



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 6 - N.º 2 - 2004

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 5,6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicólogos Clínicos: 5,6 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 photocopies) 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. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

EL TABAQUISMO COMO TRASTORNO ADICTIVO

28. Existe una dependencia siempre que:

- A. Haya un consumo regular.
- B. Se presenten síntomas de abstinencia.
- C. Esté disminuido el control sobre el consumo.
- D. Se consuma una sustancia psicoactiva.
- E. Todas las anteriores son ciertas.

29. Los estímulos internos o externos que se asocian al consumo:

- A. Son meramente circunstanciales y no influyen en la evolución de la dependencia.
- B. Influyen casi exclusivamente en aquellos que tiene una personalidad más débil.
- C. Se detectan fácilmente al realizar la historia clínica.
- D. Todas las anteriores son ciertas.
- E. Ninguna de las anteriores es cierta.

30. Con relación al consumo de tabaco puede decirse que:

- A. Quien consume una cajetilla diaria es claramente dependiente.
- B. Quien fuma unos días más y otros días menos, claramente no es dependiente.
- C. Quien presenta molestias físicas ocasionadas por el tabaco, es claramente dependiente.
- D. Quien no fuma todos los días no puede ser dependiente.
- E. Todas las anteriores son falsas.

31. La vía inhalatoria es particularmente adictiva:

- A. Por la rapidez de llegada de la nicotina al cerebro.
- B. Por las altas temperaturas que alcanza la nicotina.
- C. Porque se evita la barrera hematoencefálica.
- D. Porque produce concentraciones cerebrales de nicotina más estables.
- E. Todas las anteriores son ciertas.

32.

En relación con el tabaquismo es cierto que:

- A. Es una costumbre más que una adicción.
- B. Fumar unos pocos cigarrillos al día no genera adicción.
- C. No todos los fumadores son dependientes del tabaco.
- D. Quien no deja de fumar, es porque no se ha empeñado en serio.
- E. El hecho de que a mucha gente no le cueste dejarlo prueba que no genera gran dependencia.

33.

En tabaquismo la recaída:

- A. No es ni debe ser considerada un fracaso.
- B. Más que un fracaso para el paciente es un fracaso para el terapeuta.
- C. Indica habitualmente que el paciente no estaba suficientemente motivado.
- D. Señala un fallo en el empleo de la medicación.
- E. Implica menor probabilidad de éxito en el siguiente intento de abandono.

TOXICIDAD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO

34.

A nivel cardiovascular la nicotina produce:

- A. Taquicardia y aumento de la contractilidad cardíaca.
- B. Aumento de la presión arterial sistólica y diastólica.
- C. Incremento del consumo miocárdico de oxígeno.
- D. Vasoconstricción periférica.
- E. Todas son ciertas.

35.

Con relación a la asociación tabaco-depresión es falso que:

- A. Las personas con trastornos depresivos fuman más.
- B. Entre los fumadores hay mayor prevalencia de trastornos depresivos.
- C. Al dejar de fumar, pueden aparecer episodios depresivos.
- D. A nivel de aminas, la nicotina comparte ciertas acciones con los antidepresivos.
- E. En la mayoría de los casos, es la nicotina la responsable de la aparición del cuadro depresivo.

36.

El síndrome de abstinencia a la nicotina:

- A. Es condición necesaria para poder decir que existe dependencia.
- B. Desaparece a los 5-7 días en la mayoría de las personas.
- C. Es mayor en los varones que en las mujeres.
- D. Puede variar notablemente en intensidad según las personas.
- E. Hace que los pacientes respondan peor a la terapia farmacológica.

37.

La toxicidad general del tabaco depende:

- A. De la labor de tabaco (puros, pipas, cigarrillos, etc.) que se consuma.
- B. De la cantidad diaria consumida.
- C. Del número de años que se lleve fumado.
- D. De la profundidad de la inhalación.
- E. Todas son ciertas.

38.

La tasa general de mortalidad de los fumadores de un paquete diario de cigarrillos es:

- A. Similar a la de los no fumadores.
- B. Un 20% más elevada, aproximadamente.
- C. Un 43,5% más elevada.
- D. El doble, aproximadamente.
- E. Unas 4-5 veces mayor.

39. Se piensa que existe una asociación causal directa entre fumar y:

- A. Cáncer de faringe, laringe y pulmón.
- B. Enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular.
- C. Cáncer de vejiga, riñón y páncreas.
- D. a y b son ciertas.
- E. a, b y c son ciertas.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO: INTERVENCIÓN MÍNIMA; HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS

40. En el diagnóstico del tabaquismo lo más importante es conocer:

- A. El número de cigarrillos que fuma el paciente.
- B. El tipo de tabaco que fuma.
- C. Qué aporta el tabaco a esa persona.
- D. Qué enfermedades le ha ocasionado el tabaco.
- E. A qué edad empezó a fumar diariamente.

41. De una persona con una puntuación de 2 en el test de Fagerström, puede decirse que:

- A. Puede dejar de fumar cuando quiera.
- B. El tratamiento farmacológico no mejorará los resultados conseguidos con otras técnicas solas.
- C. Siempre le resultará más fácil dejar de fumar que a una persona con un Fagerström de 7.
- D. Su dependencia es de origen fundamentalmente social.
- E. Todas las anteriores son falsas.

42. Las terapias conductuales se utilizan:

- A. Porque hay evidencia grado A de su eficacia en el tratamiento del tabaquismo.
- B. Como vestigio de las épocas en las que no había tratamientos farmacológicos útiles.
- C. Porque en el tratamiento del tabaquismo predominan quienes no son médicos.
- D. Porque presentan un alto grado de efecto placebo.
- E. Todas las anteriores son ciertas.

43. Dentro de la prevención de recaídas se incluyen:

- A. Reconocimiento de situaciones de peligro.
- B. Desarrollo de estrategias de evitación, sustitución o enfrentamiento.
- C. Técnicas aversivas, como el fumar rápidamente.
- D. a y b son ciertas.
- E. a, b y c son ciertas.

44. El empleo de los siguientes recursos psicológicos aumenta las tasas de abstinencia:

- A. Consejo práctico (solución de problemas, entrenamiento en habilidades).
- B. Dotar a los fumadores de apoyo social intratratamiento (otros fumadores del grupo, el propio terapeuta).
- C. Dotar a los fumadores de apoyo social extratratamiento (la familia, amigos o colegas).
- D. a, b y c son ciertas.
- E. a, b y c son falsas.

45. El objetivo fundamental del tratamiento del tabaquismo es:

- A. Conseguir a largo plazo que la gente permanezca sin fumar.
- B. Evitar la sintomatología de abstinencia.
- C. Conseguir que dejar de fumar no requiera esfuerzo.
- D. Obtener altas tasas de abstinencia al terminar el tratamiento farmacológico.
- E. Todos los anteriores son objetivos fundamentales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

- 46.** En relación con los parches de nicotina:
- A. Los de 24 h son más eficaces que los de 16 h.
 - B. Carece de sentido combinarlos con otras presentaciones de tratamiento de sustitución con nicotina (TSN).
 - C. Su mayor problema es que se usan mal.
 - D. Suelen aplicarse en el momento del día en que los deseos de fumar son mayores.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.
- 47.** En relación con los chicles de nicotina es cierto que:
- A. Los pacientes tienden a usar un mayor número del que se les indica.
 - B. No es frecuente que se utilicen de modo inadecuado.
 - C. Pueden recetarse con pauta fija o a voluntad del paciente como dosis de rescate.
 - D. Su eficacia en pacientes motivados es superior a la del bupropión.
 - E. No pueden generar dependencia.
- 48.** Frente a los chicles, los comprimidos para chupar presentan las siguientes ventajas:
- A. Se utilizan a dosis mayores.
 - B. Apenas producen efectos secundarios.
 - C. No están explícitamente contraindicados en el embarazo.
 - D. No presentan las contraindicaciones generales del TSN.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.
- 49.** Cuando se pauta bupropión a la dosis de 300 mg/día, se administra en 2 dosis porque:
- A. Así es más eficaz.
 - B. Así se alcanzan mayores concentraciones plasmáticas.
 - C. La sintomatología de abstinencia es menor.
 - D. Para evitar las convulsiones que podrían derivarse de un mayor pico plasmático.
 - E. Disminuir el insomnio que se da como efecto secundario.
- 50.** Entre las reacciones adversas más frecuentes del bupropión se encuentran:
- A. Sedación y somnolencia.
 - B. Sialorrea.
 - C. Depresión respiratoria y coma (a dosis altas).
 - D. Exantema cutáneo.
 - E. Ginecomastia en el varón y virilización en la mujer.
- 51.** El bupropión está contraindicado:
- A. Si se administran simultáneamente IMAO.
 - B. Si existen antecedentes de crisis convulsivas.
 - C. En presencia de un tumor del sistema nervioso central (SNC).
 - D. En la fase de desintoxicación alcohólica.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.

TABAQUISMO EN LA MUJER: CONSIDERACIONES ESPECIALES

- 52.** El problema del tabaquismo en la mujer es grave porque:
- A. Las mujeres son más sensibles a la toxicidad derivada del tabaco.
 - B. El grado de adicción suele ser mayor en las mujeres que en los varones.
 - C. La prevalencia de consumo de tabaco en el mundo es mucho mayor en la mujer.
 - D. Aunque la prevalencia global es menor en las mujeres, las adolescentes fuman más que sus compañeros y las mujeres de mediana edad lo dejan menos que sus coetáneos.
 - E. Da lugar a la transmisión de enfermedades congénitas.

| | |
|------------|---|
| 53. | <p>En comparación con las no fumadoras, las fumadoras presentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Mayor infertilidad, sobre todo de origen tubárico. <input type="checkbox"/> B. Mayor riesgo de embarazo ectópico. <input type="checkbox"/> C. Mayor riesgo de placenta previa. <input type="checkbox"/> D. Mayor riesgo de parto prematuro. <input type="checkbox"/> E. Todas las anteriores son ciertas. |
| 54. | <p>En relación con el peso que se gana al dejar de fumar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Es un mito, no se gana peso. <input type="checkbox"/> B. De media se ganan 10-12 kg al cabo de un año. <input type="checkbox"/> C. Suelen ganarse 3-4 kg de media al cabo de un año. <input type="checkbox"/> D. Se debe casi exclusivamente a que se está más nervioso. <input type="checkbox"/> E. No se gana nada de peso si no se come más. |
| 55. | <p>La ganancia de peso al dejar de fumar puede ser paliada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Utilizando TSN. <input type="checkbox"/> B. Utilizando bupropión. <input type="checkbox"/> C. Realizando más ejercicio físico. <input type="checkbox"/> D. Controlando la ingesta, pero sin hacer dietas estrictas. <input type="checkbox"/> E. Todas las anteriores son ciertas. |
| 56. | <p>Hay fumadoras que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Utilizan los cigarrillos para refrenar el apetito o para controlar el peso. <input type="checkbox"/> B. Se pasan al tabaco <i>light</i> por temor a engordar al dejar de fumar. <input type="checkbox"/> C. No les preocupa excesivamente el tema de la figura. <input type="checkbox"/> D. Que no engordan lo más mínimo al dejar de fumar <input type="checkbox"/> E. Todas las anteriores son ciertas. |
| 57. | <p>Entre las razones que podrían justificar un enfoque de género en el abordaje del tabaquismo se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Distinta funcionalidad de la conducta de fumar. <input type="checkbox"/> B. Diferente intensidad de la abstinencia. <input type="checkbox"/> C. Diferente percepción de la importancia de la propia figura. <input type="checkbox"/> D. Prevención del tabaquismo previo al embarazo. <input type="checkbox"/> E. Todas las anteriores son ciertas. |

CONTROL DEL TABAQUISMO. PERSPECTIVAS FUTURAS

| | |
|------------|--|
| 58. | <p>En el tabaco, la relación precio-consumo se caracteriza porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Al ser una adicción, el precio no influye prácticamente en el consumo. <input type="checkbox"/> B. A menor precio, disminuye también el consumo por depreciación de la valoración social. <input type="checkbox"/> C. En general, a mayor incremento de precio, mayor disminución del consumo. <input type="checkbox"/> D. Un incremento del precio del 10% reduce el consumo en un 20% aproximadamente. <input type="checkbox"/> E. c y d son ciertas. |
| 59. | <p>El incremento del precio del tabaco afecta sobre todo al consumo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Los jóvenes. <input type="checkbox"/> B. Las mujeres. <input type="checkbox"/> C. Los jubilados y los parados. <input type="checkbox"/> D. Los grupos marginales. <input type="checkbox"/> E. a, b y c son ciertas. |

| | |
|-----------------------------|--|
| 60. | Con relación a la promoción y la publicidad del tabaco puede decirse que: |
| <input type="checkbox"/> A. | Es el principal vehículo de transmisión de la enfermedad del tabaquismo. |
| <input type="checkbox"/> B. | En una sociedad libre no hay ninguna razón para intentar limitarla. |
| <input type="checkbox"/> C. | Va dirigida fundamentalmente a consumidores adultos responsables. |
| <input type="checkbox"/> D. | La OMS considera que, al ser el fumar una actividad voluntaria, la restricción de la promoción y publicidad apenas aportaría algo. |
| <input type="checkbox"/> E. | Es un fenómeno que no se observa en los países en desarrollo. |
| 61 | El interés de la OMS en restringir la aparición del tabaco en las películas viene determinado: |
| <input type="checkbox"/> A. | Porque consideran que las artes deben promover estilos de vida saludables. |
| <input type="checkbox"/> B. | Porque los estudios demuestran que ésa ha sido y está siendo una vía utilizada por las compañías tabaqueñas para promocionar sus productos. |
| <input type="checkbox"/> C. | Por el interés en evitar que los términos de libertad de creación y expresión sean utilizados para promover meros intereses comerciales y eludir así las restricciones existentes. |
| <input type="checkbox"/> D. | Por la gran presión mediática del <i>lobby</i> antitabaco americano. |
| <input type="checkbox"/> E. | b y c son ciertas |
| 62. | La restricción del consumo de tabaco en los lugares de trabajo: |
| <input type="checkbox"/> A. | Disminuye la prevalencia de tabaquismo en la población laboral. |
| <input type="checkbox"/> B. | Al crear ambientes sin humo, ayuda a proteger el derecho a la salud de todos los trabajadores. |
| <input type="checkbox"/> C. | Es uno de los factores que más ayuda a desnormalizar la conducta de fumar. |
| <input type="checkbox"/> D. | Conviene realizarla teniendo en cuenta las opiniones de los trabajadores y sus representantes. |
| <input type="checkbox"/> E. | Todas las anteriores son ciertas. |
| 63. | Los profesionales sanitarios deberían limitarse a: |
| <input type="checkbox"/> A. | Tratar las complicaciones del tabaquismo. |
| <input type="checkbox"/> B. | Dar una vez un consejo sobre el tabaco y dejar que cada paciente decida. |
| <input type="checkbox"/> C. | Intentar impedir que nadie fume antes de los 18 años. |
| <input type="checkbox"/> D. | Tratar del tabaquismo a quienes se lo pidan. |
| <input type="checkbox"/> E. | Ninguna de las anteriores es cierta. |

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 6 - N.^o 1 - 2004

ESTUDIO DE **BURNOUT** EN PROFESIONALES DE DROGODEPENDENCIAS

- 1.** El primer investigador en proponer el concepto de *burnout* fue:
Respuesta: b) Herbert Freudenberger.

Fue Freudenberger quien, a principios de la década de los setenta, observó un cierto número de casos de agotamiento de los profesionales que trabajaban en servicios de atención humana directa, definiendo el burnout, desde una perspectiva psicodinámica, como una depleción emocional resultante de las condiciones de trabajo. Cristina Maslach sería quien, posteriormente, y desde una perspectiva más cognitiva, desarrollaría teórica y empíricamente el concepto.

- 2.** Tras su trabajo de observación de los profesionales y sus condiciones de trabajo, formuló sucesivamente las 3 dimensiones del *burnout*, siendo la última en incluirse:

Respuesta: a) Reducción de la autorrealización.

Incluyó en primer lugar el cansancio emocional (*emotional exhaustion*) como la pérdida de energía, a costa de una fatiga física y psíquica, que puede influir en el desempeño de las funciones. En segundo lugar la despersonalización (*depersonalization*) caracterizada por sentimientos negativos hacia los pacientes y actitudes negativas hacia ellos. En tercer lugar incluyó la reducción de la autorrealización (*reduced personal accomplishment*) que se caracteriza por las sensaciones de incompetencia y un descontento general con la labor realizada.

- 3.** El instrumento más utilizado en la evaluación del *burnout* es:

Respuesta: d) El MBI, Maslach Burnout Inventory, que estudia las 3 dimensiones del *burnout*.

El MBI es el instrumento elaborado por Maslach a partir de su teoría dimensional del *burnout*, que explora las 3 dimensiones del modelo.

- 4.** Los estudios psicométricos que se han realizado sobre el MBI arrojan como conclusiones:

Respuesta: d) El MBI aparece como un instrumento débil, con una baja consistencia interna, especialmente en la escala de despersonalización, y una estructura factorial dudosa.

Los análisis realizados sugieren severas debilidades en la estructura del cuestionario, que presenta una aceptable consistencia interna para las escalas de cansancio emocional y realización profesional, pero muy baja en la escala de despersonalización, de entre 0,34 y 0,63, salvo en los estudios de la propia autora, que alcanzan el 0,79. Nuestra muestra supera ligeramente a la de otros estudios similares, observándose un alfa de Cronbach de 0,67. Los estudios de factorialización tampoco avalan la estructura de 3 dimensiones propuesta por el modelo.

- 5.** Según algunos estudios, las siguientes variables disminuyen o hacen más tolerable el estrés profesional, salvo:

Respuesta: a) La ambigüedad de roles profesionales.

La clara definición de los roles profesionales reduce los conflictos y elimina fuentes de estrés. Las restantes respuestas aluden a condiciones que favorecen un correcto desempeño y, en consecuencia, previenen el *burnout*.

- 6.** Las principales corrientes teóricas en las que se ha dado cabida al concepto de estrés son las siguientes, menos una:

Respuesta: e) Teoría triádica de la depresión.

Aunque, sin duda, la teoría triádica de los esquemas depresógenos formulada por Beck podría dar cuenta de cierta parte de la sintomatología depresiva asociada al *burnout* y de la predisposición a presentarlo, han sido los otros encuadres teóricos los que han dado cuenta del *burnout* como proceso, si bien desde perspectivas diferentes o complementarias.

ÉXTASIS (3,4-METILENDIOXIMETANFETAMINA, MDMA): ASPECTOS FARMACOLÓGICOS, CLÍNICOS Y CRIMINOLÓGICOS

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- Respuesta: b) Se ha descrito, con el uso regular y frecuente de MDMA, un fenómeno de tolerancia a los efectos euforizantes buscados.

Salvo la b), el resto de respuestas son incorrectas. a) Los consumidores de éxtasis suelen hacerlo con otras sustancias, como el cannabis, el alcohol, las amfetaminas o la cocaína, según numerosas encuestas, como recogen Navarro y Gómez (1998). c) En los animales de laboratorio, sobre todo en roedores, los efectos de la MDMA sobre la conducta son más similares a los de los psicoestimulantes, como la cocaína. d) El neurotransmisor cuya liberación es más potenciada por la administración de MDMA es la serotonina. e) El estímulo de los receptores muscarínicos M₁ es el que podría explicar algunos de los efectos de la MDMA sobre la actividad motora y la memoria.

8. En relación con la administración repetitiva de MDMA:

- Respuesta: a) Se asocia con una disminución del funcionalismo serotoninérgico en el tronco cerebral.

La administración repetitiva de MDMA ocasiona, en el animal de experimentación, y de forma más intensa y perdurable en los primates, una disminución de los transportadores de serotonina en áreas cerebrales como la corteza, el hipocampo y ciertos núcleos talámicos. Otro evento observado ha sido una disminución en la capacidad de descarga de las neuronas dopamínergicas en el área tegmental ventral. Asimismo, todas las evidencias experimentales apuntan a que en la lesión de los axones serotoninérgicos tras la administración de MDMA ejerce un papel clave la dopamina. Por tanto, todas las respuestas son incorrectas, salvo la a).

9. Han existido varios tipos de patrones de consumo o situaciones específicas de empleo de la MDMA. ¿Cuál de las siguientes es incorrecta?

- Respuesta: d) Consumo compulsivo de reafirmación social.

Este tipo de patrón de consumo no es propio de las drogas de diseño, es habitual con ciertos psicoestimulantes, como la cocaína. La experimentación militar con la MDMA fue un hecho en la armada de Estados Unidos durante las décadas de los cincuenta y los sesenta.

10. Los efectos tóxicos más graves observados en consumidores de éxtasis son:

- Respuesta: c) Accidentes cerebrovasculares, insuficiencias hepáticas agudas, hiponatremias e hipertermias malignas.

Los efectos tóxicos más graves descritos en consumidores de MDMA pueden englobarse en 4 grandes grupos: accidentes cerebrovasculares, como hemorragias, trombosis e infartos cerebrales; insuficiencias hepáticas agudas, algunas de ellas con resultado mortal; hiponatremias, bien de tipo dilucional, por consumo excesivo de agua, o por una secreción inadecuada de hormona antidiurética; hipertermias malignas, que pueden acompañarse de coagulopatías y/o rabdomiolisis, que pueden llegar a una insuficiencia renal aguda.

11. El motivo de que pequeños incrementos de dosis en consumidores de éxtasis puedan ocasionar un importante aumento del riesgo de toxicidad aguda estriba en:

- Respuesta: e) La MDMA posee una farmacocinética no lineal.

La MDMA exhibe una farmacocinética no lineal, de orden 0 o dependiente de la dosis, según constatan Camí et al en 1997. En estos casos, se elimina una cantidad fija de la sustancia por unidad de tiempo. Posiblemente por fenómenos de saturación (metabólicos o de excreción tubular), esta cinética de la MDMA es de tipo creciente, por lo que las concentraciones plasmáticas van incrementándose, de forma que llega un momento en que ante pequeños incrementos de la dosis se obtienen grandes aumentos de las concentraciones plasmáticas, con el consiguiente riesgo de toxicidad aguda.

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- Respuesta: d) La estimulación de los receptores D₂ explicaría, en el ser humano, ciertos síntomas psicológicos de tipo visual (alucinaciones, *flashbacks*).

Los síntomas psicológicos de tipo visual reportados por consumidores de éxtasis, como alucinaciones o *flashbacks*, podrían deberse, según defienden numerosos autores, como Glennon et al en 1984, a la estimulación de receptores 5-HT₂.

EVOLUCIÓN PENITENCIARIA DE UNA COHORTE DE 135 ADICTOS A HEROÍNA ENTRE 1985 Y 2000

13. El historial de entradas y salidas de prisión, se puede considerar:

- Respuesta: a) Un indicador de reincidencia.

Entre las ventajas del uso del historial de entradas y salidas de centros penitenciarios, encontramos que éste se puede considerar como un indicador de reincidir en actividades ilegales, en casi todas las ocasiones vinculadas a delitos de tráfico o contra la propiedad.

| | |
|------------|--|
| 14. | ¿Cuál ha sido el tipo de diseño utilizado en esta investigación? |
| | Respuesta: c) Estudio longitudinal de una cohorte mediante registros oficiales. |
| | El diseño utilizado en esta investigación ha sido un estudio longitudinal, ya que se ha seguido durante un período de 15 años a una cohorte de personas que iniciaron tratamiento en el año 1985. |
| 15. | ¿Cuál ha sido la técnica utilizada en este estudio? |
| | Respuesta: b) Consulta de registros oficiales. |
| | La técnica utilizada en esta investigación ha sido la consulta de registros oficiales, en concreto se consultaron el Programa Catalunya y el Programa SIGMA del Departament de Justicia de la Generalitat de Catalunya. |
| 16. | Los registros oficiales ofrecen una medida de tipo: |
| | Respuesta: d) Indirecta. |
| | Los registros oficiales ofrecen una medida de tipo indirecta, ya que reflejan el ingreso en prisión en lugar de la actividad delictiva, o los episodios de tratamiento en lugar del consumo de drogas. |
| 17. | Entre las ventajas del uso de registros oficiales, encontramos: |
| | Respuesta: e) Todas las respuestas anteriores se pueden considerar como ventajas de este tipo de técnicas. |
| | Entre las ventajas del uso de registros oficiales destacan su fiabilidad; su economía, este tipo de técnicas no conllevan el coste económico de otro tipo de métodos como puede ser la entrevista telefónica; su sensibilidad, cuando un sujeto ingresa o sale de prisión queda identificado en el registro, y además, aseguran la participación de toda la cohorte, ya que evita que se produzcan pérdidas de personas que, por ejemplo, no quieren ser entrevistadas o no son localizadas. |
| 18. | Al usar los registros oficiales como técnica de investigación, conviene tener en cuenta diferentes consideraciones menos una de las siguientes, ¿cuál? |
| | Respuesta: e) La sobreestimación de casos. |
| | En el uso de registros oficiales es importante estar atento a la subestimación de casos, no a la sobreestimación. Uno de los motivos puede ser el hecho de que un evento puede no registrarse debido a la dificultad de identificar a la persona o a que no se haya informado al registro. |
| 19. | ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se puede considerar correcta basándonos en los resultados del estudio? |
| | Respuesta: a) Parece que son mayores las posibilidades de reingresar en prisión del adicto a la heroína respecto a otros tipos de presos. |
| | Según los datos obtenidos en ésta y otras investigaciones, las personas diagnosticadas de trastorno de abuso o dependencia a la heroína tienen un mayor índice de reincidencia penitenciaria respecto al resto del conjunto de los presos. |
| 20. | ¿Cuál es una de las limitaciones del uso del historial de entradas y salidas de prisión? |
| | Respuesta: d) Las respuestas a y c son correctas. |
| | Entre las limitaciones del uso del historial de entradas y salidas de prisión, encontramos que ni el número de denuncias ni el de ingresos coincide con el número de delitos reales, ya que del total de delitos, sólo una parte son conocidos y perseguidos por el sistema policial y de éstos, sólo una parte llega al sistema judicial. Por otro lado, tampoco se tiene acceso al tipo de delito cometido (sólo queda registrado la fecha de ingreso y salida de prisión), ni el número de causas que determinan la duración total de la condena. |
| 21. | Una de las hipótesis elaboradas en el estudio para explicar la disminución de las actividades delictivas con el paso de los años sería: |
| | Respuesta: a) Existencia de un proceso de maduración. |
| | Una de las hipótesis elaboradas para explicar el descenso de las actividades delictivas con el paso de los años, es la existencia de un proceso de maduración personal. La carrera delictiva de la población EMETYST coincide con la juventud y la primera madurez de la persona, al igual que sucede con otros colectivos de adictos y con el resto de la población delincuente. |

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ESTUDIO DE UNA MUESTRA MEDIANTE EL CCE-R

| | |
|------------|---|
| 22. | La socialización es el proceso mediante el cual: |
| | Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas. |
| | Fermoso (1993), define la socialización como un proceso de interacción entre la sociedad y el individuo por el que se interiorizan las pautas, costumbres y valores compartidos por la mayoría de los integrantes de la comunidad (respuesta a), se integra la persona en el grupo, se aprende a conducirse socialmente (respuesta b), la persona se adapta a las instituciones (respuesta c), se abre a los demás, convive con ellos y recibe la influencia de la cultura (Respuesta d), de modo que se afirma el desarrollo de la personalidad. |

- 23.** El factor pertenencia puntuó bajo:
Respuesta: d) a y b son correctas.
La observación de los profesionales ha establecido relación entre una puntuación baja en el factor pertenencia del test CCE-R y personas que muestran un alto nivel de desarraigamiento, ya sea por ruptura de las relaciones familiares o de pareja, o por haber mantenido un estilo de vida autodestructivo y asocial que ha conducido a un alto nivel de deterioro personal.
- 24.** La evaluación del cambio educativo debe fundamentarse en los siguientes supuestos:
Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas.
La revisión de documentación sobre los fundamentos y bases de la Comunidad Terapéutica Barajas y de la bibliografía disponible sobre el cambio educativo en comunidad terapéutica estableció que la evaluación del cambio educativo debe fundamentarse en los supuestos reflejados en las respuestas a, b, c y d.
- 25.** Los elementos que orientan el trabajo en las CTP son:
Respuesta: e) a, b y d son correctas.
El trabajo en una CTP está orientado por un equilibrio entre los aspectos individuales de cada persona y los aspectos colectivos del grupo, la temporalidad de la intervención opuesta a las «comunidades de vida» y la referencia de teorías científicas que avalen las estrategias aplicadas.
- 26.** ¿Cuál de estas definiciones no es cierta?
Respuesta: b) Autonomía es la disposición a regir el proyecto de vida propio mediante las apetencias personales.
La autonomía no hace referencia a las apetencias personales, sino a normas y objetivos propios, entendidos desde la base de la autorregulación personal y no desde el hedonismo.
- 27.** Las teorías de Oetling et al y Jessor y Jessor son, respectivamente:
Respuesta: c) La de la socialización primaria y la de la conducta problema.
Oetling et al formulan la teoría de la socialización primaria en 1988 y Jessor y Jessor la teoría de la conducta problema en 1977.