



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 7 - N.º 3 - 2005

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
CREDITOS: 5,6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicología Clínica: 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 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. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

PSICOFARMACOLOGÍA DE LA NICOTINA Y CONDUCTA ADICTIVA

- 49.** La nicotina es una sustancia adictiva debido principalmente a que:
- A. Incrementa la biodisponibilidad de dopamina en el estriado.
 - B. Reduce la biodisponibilidad de dopamina en el estriado.
 - C. Incrementa la biodisponibilidad de dopamina en el núcleo accumbens.
 - D. Reduce la biodisponibilidad de dopamina en el núcleo accumbens.
 - E. Incrementa la biodisponibilidad de acetilcolina en el área tegmental ventral.
- 50.** Los antagonistas de los receptores nicotínicos impiden el efecto reforzante de la nicotina si se administran:
- A. En el área tegmental ventral.
 - B. En el núcleo accumbens.
 - C. En el estriado.
 - D. En el hipocampo.
 - E. Ninguna opción es correcta.
- 51.** La retirada en el consumo de tabaco provoca abstinencia:
- A. Al reducirse los valores de acetilcolina.
 - B. Al incrementar los valores de acetilcolina.
 - C. Al reducirse los valores de serotonina.
 - D. Al incrementar los valores de dopamina.
 - E. Al reducirse los valores de dopamina.

52.

- El empleo de parches transdermales de nicotina en el tratamiento de la retirada del tabaco:
- A. Es efectivo porque provoca la liberación de acetilcolina.
 - B. No es efectivo porque estimula la liberación de acetilcolina.
 - C. Es efectivo porque estimula la liberación de dopamina de igual modo que el tabaco.
 - D. No es efectivo porque no estimula la liberación de dopamina como lo hace la nicotina.
 - E. Ninguna opción es correcta.

53.

- En la enfermedad de Alzheimer, la nicotina puede mejorar los síntomas asociados a la pérdida de memoria:
- A. Al estimular las células colinérgicas degeneradas.
 - B. Al estimular las células colinérgicas que aún no han degenerado.
 - C. Al estimular las células dopaminérgicas degeneradas.
 - D. Al estimular las células dopaminérgicas que aún no han degenerado.
 - E. Ninguna opción es correcta.

54.

- La nicotina puede tener efectos beneficiosos en ciertas enfermedades psiquiátricas, como la depresión o la esquizofrenia, y degenerativas, como el Parkinson:
- A. Al producir un descenso en la neurotransmisión gabaérgica.
 - B. Al producir un descenso en la neurotransmisión monoaminérgica.
 - C. Al producir un incremento en la neurotransmisión monoaminérgica.
 - D. Al producir un incremento en la neurotransmisión gabaérgica.
 - E. Ninguna opción es correcta.

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: LLAVE DEL PROCESO DE CAMBIO EN LA DEPENDENCIA NICOTINICATABÁQUICA

55.

- La entrevista motivacional (EM) se define como:

- A. Un encuentro comunicativo centrado en el cliente que, principalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta insalubre o un conflicto determinado.
- B. Una entrevista estructurada con el objetivo de diagnosticar una psicopatología que favorezca el tratamiento.
- C. Un cuestionario encaminado a la detección del estadio de cambio en el que se encuentra el paciente.
- D. Un interrogatorio para conocer el grado de motivación del paciente y la idoneidad de inclusión en un programa.
- E. Todas son correctas.

56.

- Los principios básicos de un encuadre motivacional son:

- A. — Estilo directivo, que favorezca la sensación de control del terapeuta.
— Preguntas directas, favorecedoras de un rápido diagnóstico.
— Evitar la confrontación directa.
- B. — Expresión de empatía. Escucha activa.
— Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del paciente y su comportamiento.
— Evitar la confrontación directa.
— Preguntas directas, favorecedoras de un rápido diagnóstico.
- C. — Expresión de empatía. Escucha activa.
— Evitar la discrepancia entre las metas o valores del paciente y su comportamiento.
— Evitar la confrontación directa.
— Desafiar la resistencia del cliente en lugar de aceptar su ambivalencia.
— Apoyar la autoeficacia y el optimismo.
- D. — Expresión de empatía. Escucha activa.
— Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del paciente y su comportamiento.
— Evitar la confrontación directa.
— Adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponerse frontalmente.
— Apoyar la autoeficacia y el optimismo.
- E. Todas son correctas.

57.	Entre las trampas de la demanda, la dramatización es:
	<input type="checkbox"/> A. Una técnica descrita para movilizar a las personas en la responsabilización de los conflictos. <input type="checkbox"/> B. Una forma de comunicación verbal y analógica que el demandante puede utilizar con el objeto de dar respuesta inmediata a los problemas planteados. <input type="checkbox"/> C. Una estrategia para minimizar la importancia del síntoma motivo de la demanda. <input type="checkbox"/> D. a y b son correctas. <input type="checkbox"/> E. Todas son incorrectas.
58.	Los aspectos fundamentales de la fase de definición del proceso de cambio son:
	<input type="checkbox"/> A. — Determinar la necesidad de renuncia definitiva a la conducta adictiva. — Dar prioridad a los criterios diagnósticos que determinan el pronóstico. — Identificar el estadio en el que se encuentra el paciente respecto al Modelo Transteórico de Cambio. <input type="checkbox"/> B. — Preparar al paciente para una posible recaída a largo plazo mitigando su posible frustración. — Animar al paciente al mantenimiento de la abstinencia a cualquier precio. — Incentivar en el paciente la fuerza de voluntad como motor del mantenimiento de la abstinencia. <input type="checkbox"/> C. — Deconstrucción de la abstinencia como proceso suficiente. — El mantenimiento como proceso de normalización de la abstinencia. — La finalización como integración de la abstinencia. <input type="checkbox"/> D. a y c son correctas. <input type="checkbox"/> E. Todas son correctas.
59.	¿Cuál de las siguientes es la respuesta correcta?:
	<input type="checkbox"/> A. La entrevista motivacional está marcada por la actitud del paciente sin posibilidad de modificación por parte del clínico. <input type="checkbox"/> B. La motivación es un estado estático, negativo o positivo, del que dependerá la posibilidad de intervención terapéutica. <input type="checkbox"/> C. La motivación es multidimensional. <input type="checkbox"/> D. La motivación es una clave para el cambio. <input type="checkbox"/> E. c y d son correctas.
60.	El Modelo Transteórico de Cambio:
	<input type="checkbox"/> A. Se desarrolló a partir de la sola observación de la diferente disfunción de los pacientes dependientes en su experiencia adictiva. <input type="checkbox"/> D. Explica la posibilidad o imposibilidad de intervención terapéutica ante una demanda asistencial por dependencia. <input type="checkbox"/> C. Se desarrolló a partir de observaciones comparativas entre la dinámica de la relación del sujeto con la conducta (sustancia) y modelos de cambios comportamentales sin intervención terapéutica. <input type="checkbox"/> D. Tiene como único objetivo el análisis de los movimientos actitudinales y de conducta de las personas adictas en escenarios de terapia. <input type="checkbox"/> E. Todas son correctas.

**VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE VARIABLES DE INTERACCIÓN PSICOSOCIAL (VIP):
HACIA UN MODELO DE TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS
«GUIADO POR LA PERSONALIDAD»**

61.	Entre los tratamientos psicológicos con base científica para el tratamiento de las drogodependencias el NIDA propone los siguientes menos uno:
	<input type="checkbox"/> A. Prevención de recaídas. <input type="checkbox"/> B. Psicoterapia guiada por la personalidad. <input type="checkbox"/> C. Modelo matriz. <input type="checkbox"/> D. Terapia para realzar la motivación. <input type="checkbox"/> E. Enfoque de refuerzo comunitario.

62.

El cuestionario VIP, que se propone en el presente trabajo, evalúa las siguientes menos una:

- A. Neuroticismo.
- B. Autocontrol.
- C. Habilidades sociales.
- D. Estilos de afrontamiento.
- E. Autoeficacia general.

63.

Los estudios más recientes sobre la etiología de las conductas adictivas apuntan a modelos de:

- A. Determinación genética directa.
- B. Factores ambientales.
- C. Interacción entre genotipo y variables fenotípicas.
- D. Interacción entre factores predisponentes y estresores ambientales (diátesis-estrés).
- E. Estructura y funcionalidad del córtex prefrontal.

64.

Una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

- A. Los trastornos de la personalidad se deben entender como enfermedades a pesar de que no podemos aún conocer su etiología.
- B. Los patrones de personalidad son construcciones realizadas a partir de la observación del comportamiento global del individuo y la consistencia de algunas respuestas en diversos ambientes y situaciones.
- C. Los patrones de personalidad pueden estudiarse a partir de los rasgos, desde la perspectiva de que tales rasgos son construcciones más simples cuya combinación, cualitativa y cuantitativa, da origen a los patrones estables de conducta.
- D. Los rasgos de personalidad, estudiados desde diversos enfoques, parecen compartir la característica de poder ser explicados casi a partes iguales por factores hereditarios y por factores relacionados con el aprendizaje.
- E. Las variables interaccionales representan el nivel más simple de estudio de la personalidad y, aunque no presentan el grado de consistencia y generalidad de los rasgos, son más útiles para la intervención clínica del psicólogo.

65.

Una de las siguientes afirmaciones es cierta:

- A. Existe un abundante apoyo empírico para la propuesta de Millon de «psicoterapia guiada por la personalidad».
- B. Los estudios más recientes tienden a considerar al *craving* como un fenómeno neurobioquímico que dispara conductas automáticas.
- C. Existe un importante arsenal de estrategias terapéuticas que han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversos trastornos de la personalidad.
- D. No existen apenas estudios que vinculen a las dimensiones interaccionales de la conducta con indicadores objetivos de salud física.
- E. El modelo transteórico de cambio fue formulado inicialmente para la explicación del proceso de abandono de las conductas adictivas pero se puede extrapolar a otras conductas que impliquen cambio intencional.

66.

A tenor de los resultados del presente estudio, las variables interaccionales que deben ser objeto de atención preferencial por su relación con rasgos, patrones y trastornos, son:

- A. Locus de control y optimismo.
- B. Afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social y locus de control.
- C. Autoestima y afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social.
- D. Autoeficacia y optimismo.
- E. Autoestima, autocontrol y afrontamiento emocional.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 7 - N.º 2 - 2005

¿SON TAN DIFERENTES LOS PACIENTES DE COCAÍNA? ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y TOXICOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DE COCAÍNA Y DE HEROÍNA

- 25.** Los inicios de tratamiento en las unidades asistenciales por consumo de cocaína:
Respuesta: e) a, b y c son correctas.
Los inicios de tratamiento en las unidades asistenciales por consumo de cocaína no han dejado de aumentar en los últimos años, suponen más del 50% de los inicios anuales y exige de los profesionales de los recursos asistenciales una reflexión y cambios en la oferta de servicios.
- 26.** La demanda de los pacientes de cocaína, con relación a los de heroína, cuando solicitan tratamiento:
Respuesta: c) La mayor parte solicitan psicoterapia.
La mayor parte de los pacientes de cocaína, con relación a los de heroína, cuando solicitan tratamiento solicitan psicoterapia.
- 27.** El nivel de estudios alcanzado por los pacientes de cocaína atendidos en una unidad asistencial pública, en comparación con los pacientes de heroína:
Respuesta: e) b y d son correctas.
El nivel de estudios alcanzado por los pacientes de cocaína atendidos en una unidad asistencial pública, en comparación con los pacientes de heroína, no presenta grandes diferencias, si bien, en general, el nivel alcanzado con éxito por la mayor parte de los pacientes de ambos grupos está por debajo del de enseñanza secundaria.
- 28.** En cuanto a la situación laboral de los pacientes de cocaína, señalar que:
Respuesta: e) b, c y d son correctas.
Según los datos del presente estudio, es un mito creer que los pacientes de cocaína generalmente son profesionales cualificados con un elevado poder adquisitivo: muestran un nivel de desempleo similar al de los pacientes de heroína y el 43% se encuentran parados, aunque han desempeñado algún trabajo con anterioridad.
- 29.** Los pacientes de cocaína, en comparación con los de heroína:
Respuesta: a) Muestran la misma proporción de varones y mujeres.
La distribución en función del sexo no varía entre los pacientes en tratamiento en cocaína y heroína en el presente estudio.
- 30.** Los pacientes de cocaína:
Respuesta: b) Muestran un nivel de exigencia psicoterapéutico muy superior al de los pacientes de heroína.
Los pacientes de cocaína muestran un nivel de exigencia psicoterapéutico muy superior al de los pacientes de heroína.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES COMO PREDICTORES DE LA CONDUCTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- 31.** La presente investigación muestra que:
 Respuesta: c) Se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad, en función del consumo actual y de la sustancia.
 La presente investigación muestra que se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad, en función del consumo actual y de la sustancia.
- 32.** ¿Qué indicador de personalidad predice un mayor abuso de todas las sustancias en consumidores?:
 Respuesta: a) La conducta antisocial.
 La conducta antisocial es el indicador de personalidad que predice un mayor abuso de todas las sustancias en consumidores.
- 33.** En función de la sustancia:
 Respuesta: e) La a y la c son correctas.
 Con relación a la sustancia y edad, las afirmaciones correctas son que en bebidas destiladas según aumenta la edad, disminuye la probabilidad de seguir siendo no consumidor, y que en tabaco a medida que aumenta la edad aumenta la probabilidad de pasar a ser consumidor, y ser mujer aumentará la probabilidad de ser consumidor.
- 34.** Señala la afirmación incorrecta:
 Respuesta: d) El autoconcepto disminuye el consumo en consumidores de todas las sustancias.
 El autoconcepto no disminuye el consumo en consumidores de todas las sustancias.
- 35.** El análisis aplicado ha sido el modelo de regresión de Poisson con ceros aumentados (ZIP), ¿por qué se aplica este modelo?:
 Respuesta: e) a, b y c son correctas.
 El análisis aplicado ha sido el modelo de regresión de Poisson con ceros aumentados (ZIP), y se aplica este modelo por la existencia de un exceso de ceros en la muestra, porque se comprueba la adecuación de este modelo sobre el modelo de Poisson y porque se está trabajando con datos de recuento.
- 36.** Como conclusión podemos señalar que:
 Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas.
 Todas las afirmaciones sobre las conclusiones del estudio son correctas.

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DE LAS NORMATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y MEDICAMENTOS EN EL «MODELO ESPAÑOL» DE VALORACIÓN PSICOFÍSICA DE LOS CONDUCTORES

- 37.** El consumo de alcohol, drogas y medicamentos en España se ha considerado en la valoración de los conductores desde:
 Respuesta: c) El año 1926.
 Es la primera normativa que considera este aspecto «preventivo» del riesgo vial. Con carácter «sancionador», existen normas anteriores sobre consecuencias del consumo de alcohol, drogas y medicamentos de diferentes ayuntamientos.
- 38.** La valoración de la aptitud para conducir, incluye descartar en el conductor trastornos relacionados con sustancias, distinguiendo entre:
 Respuesta: e) Todas las anteriores.
 A lo largo de los cambios normativos que se han ido sucediendo con los años, se han incorporado las distintas matizaciones que actualmente se consideran.
- 39.** Las restricciones posibles establecidas en la normativa para los conductores en los que se detectan problemas derivados del consumo de alcohol, drogas y medicamentos incluyen:
 Respuesta: c) Acortamiento del período de validez del permiso de conducir.
 La normativa es concreta en este aspecto.

40.	Los cambios normativos de los trastornos físicos y psicológicos relacionados con sustancias, han evolucionado atendiendo a diferentes aspectos:
	Respuesta: d) Todas las anteriores son correctas.
	De la observación de las diferentes normativas, se puede apreciar que la percepción del riesgo vial derivado del consumo de alcohol y sustancias adictivas, ha ido «necesariamente» incrementando.
41.	Las instituciones encargadas de la valoración de la aptitud para conducir han variado a lo largo de los años:
	Respuesta: d) Todas las anteriores son correctas.
	El «modelo español» de valoración de conductores ha pasado por diversas etapas a lo largo de la historia.
42.	La reducción del período de prórroga del permiso y/o la licencia para conducir en los conductores con problemas derivados del consumo de alcohol, drogas y medicamentos:
	Respuesta: d) Es una restricción que puede asignarse a criterio facultativo, tras un período probado de abstinencia.
	Es una medida adecuada de prevención en seguridad vial, pero solamente aplicable en conductores con trastornos por abuso crónico de sustancias, que manifiesten signos y síntomas en el reconocimiento preceptivo realizado en el CRC, circunstancia que no suele darse en conductores consumidores puntuales que no presentan signos ni síntomas.

MUJERES DROGODEPENDIENTES MALTRATADAS: ANÁLISIS PARA LA INTERVENCIÓN

43.	Ser mujer y consumir drogas sería un doble factor de riesgo para la violencia:
	Respuesta: e) c y d son correctas.
	Entre los muchos factores implicados en la violencia de género, merece especial consideración el consumo de sustancias tóxicas de carácter adictivo, tanto en el maltratador como en la propia víctima, así como que el hecho de ser mujer suponga un factor de riesgo para sufrir violencia.
44.	Con relación a las necesidades de atención a las mujeres adictas y maltratadas:
	Respuesta: c) Lo ideal sería tratar los 2 temas conjuntamente.
	Lograr un modelo de atención integrado que permita trabajar de forma conjunta el problema de los malos tratos y de la adicción permitiría una resolución mejor de ambos conflictos, ya que se encuentran entrelazados en el origen y en el proceso.
45.	Con relación a los hijos de estas mujeres es fácil observar algunas de estas características:
	Respuesta: e) Todas son verdaderas.
	Se ha observado que los hijos/as de mujeres maltratadas muestran características de excesiva agresividad/pasividad, o bien la presencia de otros trastornos psicológicos que se han de evaluar y tratar.
46.	En cuanto a la pareja maltradora y consumidora:
	Respuesta: e) a y c son correctas.
	En la pareja maltradora se observa que la presencia de drogas facilita la aparición de la violencia al actuar desinhibiendo la conducta, y a su vez la pareja maltratada puede disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor y pensar en la solución mágica de la abstinencia, lo que dificulta la salida del ciclo de la agresión.
47.	Premisas con relación al maltrato y la adicción:
	Respuesta: d) Todas son verdaderas.
	Son premisas cognitivas que hay que transmitir a la mujer drogodependiente para que inicie la comprensión de su historia de una manera diferente, sin culpas: el inicio de su adicción, el riesgo que el consumo implica para recibir malos tratos y que drogarse no justifica ser maltratada.
48.	La habituación al maltrato crónico termina por facilitar la aparición de los siguientes síntomas:
	Respuesta: e) a, c y d son verdaderas.
	El aislamiento, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos aparecen como síntomas concomitantes de una situación de maltrato crónico.