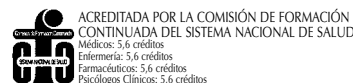




Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 9 - N.º 1 - 2007



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 esta 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. Sant Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

TABAQUISMO PASIVO: IMPORTANCIA

1. El humo ambiental de tabaco está formado por:
 - ☐ A. Sólo la corriente principal.
 - ☐ B. Sólo la corriente secundaria o lateral.
 - ☐ C. La corriente principal exhalada y la corriente lateral.
 - ☐ D. La corriente principal inhalada y la corriente lateral.
 - ☐ E. Todas son ciertas.
2. En relación con los contenidos de las corrientes principal y la lateral es cierto que:
 - ☐ A. La corriente principal se llama así porque contiene sustancias más tóxicas.
 - ☐ B. La corriente lateral contiene más componentes tóxicos que la corriente principal.
 - ☐ C. La corriente lateral es fruto de la combustión completa del cigarrillo.
 - ☐ D. En el ambiente se alcanzan concentraciones más altas que las de la propia corriente principal.
 - ☐ E. Los fumadores activos no están expuestos al humo de tabaco ambiental.
- 3.Cuál de los siguientes ambientes pueden tener importancia en la exposición ambiental del humo de tabaco:
 - ☐ A. El lugar de trabajo.
 - ☐ B. El hogar.
 - ☐ C. Centros de ocio.
 - ☐ D. Lugares públicos.
 - ☐ E. Todos son importantes.

4. En cuál de las siguientes **no se** ha demostrado relación de causalidad con la exposición involuntaria al humo de tabaco:

- ☐ A. Muerte súbita del lactante.
- ☐ B. Síntomas respiratorios crónicos en niños y adultos.
- ☐ C. Otitis media en población pediátrica.
- ☐ D. Carcinoma nasofaríngeo.
- ☐ E. Cáncer de pulmón y enfermedad coronaria.

5. En cuál de las siguientes no se ha comprobado relación estadística (aunque no necesariamente causal) con el tabaquismo pasivo en adultos:

- ☐ A. Accidentes cerebrovasculares.
- ☐ B. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- ☐ C. Exacerbaciones del asma.
- ☐ D. Hipersensibilidad a fármacos.
- ☐ E. Cáncer de pulmón.

6. Señale la falsa: el tabaquismo pasivo...

- ☐ A. Provoca más muerte y discapacidad que el tabaquismo activo.
- ☐ B. Se considera un problema de salud pública relevante.
- ☐ C. Es causa de enfermedad y muerte.
- ☐ D. Provoca enfermedad coronaria en adultos.
- ☐ E. Las medidas de política de control ayudan a proteger a los sujetos expuestos.

EL TRATAMIENTO GRUPAL DEL TABAQUISMO

7. El tratamiento grupal del tabaquismo es:

- ☐ A. Eficaz siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual.
- ☐ B. Eficaz siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y a los materiales de autoayuda por sí solos.
- ☐ C. No ha demostrado su eficacia.
- ☐ D. Eficaz siendo consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos.
- ☐ E. A y D son ciertas.

8. Se recomienda que, para permitir a los pacientes participar activamente en las sesiones y compartir mutuamente sus experiencias, el tamaño de un grupo sea de:

- ☐ A. Mínimo de 2 y máximo de 10 participantes.
- ☐ B. Mínimo de 4 ó 5 y máximo de 15 participantes.
- ☐ C. Más de 40 participantes.
- ☐ D. Más de 30 participantes.
- ☐ E. Todas son falsas.

9. El tratamiento grupal del tabaquismo:

- ☐ A. Ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.
- ☐ B. Es coste-efectivo.
- ☐ C. Tiene una relación dosis-respuesta.
- ☐ D. A y B son ciertas.
- ☐ E. A, B y C son ciertas.

10. En relación con la terapia «en» grupo y terapia «de» grupo:
- ☐ A. En la terapia de grupo el énfasis se pone en las conductas individuales de los miembros del grupo; las interacciones principales son entre los miembros y el terapeuta.
 - ☐ B. El tratamiento en grupo ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo.
 - ☐ C. En el tratamiento en grupo el grado de dirección y de intervención del terapeuta es mayor que en la terapia de grupo.
 - ☐ D. B y C son ciertas.
 - ☐ E. Todas son ciertas.

11. El número de sesiones que se realizan habitualmente en el tratamiento en grupo es:
- ☐ A. Entre 2 y 10.
 - ☐ B. Entre 5 y 12.
 - ☐ C. Entre 3 y 20.
 - ☐ D. 10 de media.
 - ☐ E. Todas son falsas.

12. La práctica totalidad de los programas grupales de deshabituación tabáquica son multicomponentes lo que significa que:
- ☐ A. Incluyen varias técnicas.
 - ☐ B. Constan de 4 fases: preparación, abandono, mantenimiento y prevención de recaídas.
 - ☐ C. Se emplean varias técnicas combinadas para la fase de preparación, cesación y mantenimiento de la abstinencia.
 - ☐ D. Abordan los componentes psicológicos y físicos.
 - ☐ E. A y B son ciertas.

¿SON EFICIENTES LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR?

13. Los análisis de coste-efectividad de los tratamientos hacen referencia a:
- ☐ A. Los resultados en contextos clínicos naturales.
 - ☐ B. La relación entre el consumo de costes económicos y los resultados.
 - ☐ C. La eficacia en contextos clínicos.
 - ☐ D. La efectividad.
 - ☐ E. El coste de los recursos materiales y humanos utilizados.

14. Los estudios de coste-efectividad han demostrado que, en comparación con otras intervenciones sanitarias, los tratamientos para dejar de fumar son:
- ☐ A. Altamente coste-efectivos.
 - ☐ B. Muy costosos.
 - ☐ C. Muy poco coste-efectivos, debido a su escasa eficacia.
 - ☐ D. Muy eficaces, pero muy poco eficientes.
 - ☐ E. Igual de eficientes que el resto de las intervenciones

15. ¿Cuál de las siguientes se considera la actividad preventiva más coste-efectiva de las que se pueden llevar a cabo con relación al tabaco en Atención Primaria?
- ☐ A. Autoayuda con seguimiento telefónico.
 - ☐ B. Parches de nicotina.
 - ☐ C. Consejo sanitario.
 - ☐ D. Terapia de grupo.
 - ☐ E. Bupropión.

16. Los resultados de los escasos estudios realizados muestran que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar:
- ☐ A. Son más eficaces pero menos eficientes que la mayoría de las intervenciones.
 - ☐ B. Son más eficientes pero menos eficaces que la mayoría de las intervenciones.
 - ☐ C. Son las intervenciones menos coste-efectivas de todas.
 - ☐ D. Son más coste-efectivos, sobre todo si se aplican en formato individual.
 - ☐ E. Son más coste-efectivos que otras alternativas terapéuticas.
17. En general, entre las terapias farmacológicas para dejar de fumar, ¿cuál de las siguientes se muestra más coste-efectiva?:
- ☐ A. Bupropión.
 - ☐ B. Nortriptilina.
 - ☐ C. Parches de nicotina.
 - ☐ D. Chicles de nicotina.
 - ☐ E. Fármacos ansiolíticos.
18. En general, los resultados de los estudios muestran que los tratamientos intensivos para dejar de fumar aplicados en Atención Primaria suelen tener:
- ☐ A. Baja eficacia.
 - ☐ B. Baja efectividad.
 - ☐ C. Alto coste.
 - ☐ D. Alta adherencia.
 - ☐ E. Alta demanda.

CONSUMO DE TABACO Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

19. ¿Qué enfermedad mental tiene mayor prevalencia de tabaquismo?
- ☐ A. La esquizofrenia.
 - ☐ B. La depresión.
 - ☐ C. El trastorno bipolar.
 - ☐ D. Los trastornos de ansiedad.
 - ☐ E. Los otros trastornos por uso de sustancias.
20. La hipótesis que hace referencia a que la patología psiquiátrica es un trastorno derivado del uso continuado de una sustancia se denomina...
- ☐ A. Hipótesis de la automedicación.
 - ☐ B. Hipótesis de la vulnerabilidad.
 - ☐ C. Hipótesis de los síntomas negativos.
 - ☐ D. Hipótesis de la patología reactiva.
 - ☐ E. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta respecto del tratamiento del tabaquismo en población psiquiátrica?
- ☐ A. Es necesario vigilar la evolución del paciente para detectar las repercusiones de la abstinencia en el trastorno psiquiátrico.
 - ☐ B. Es necesaria la coordinación con Salud Mental.
 - ☐ C. Las intervenciones generales no son útiles en estos pacientes.
 - ☐ D. Hay que tener en cuenta las interacciones con psicofármacos.
 - ☐ E. Suelen precisar tratamientos más largos e intensivos.

22. Respecto del consumo de tabaco en pacientes depresivos no es cierto que:
- ☐ A. La prevalencia de consumo es del 50% aproximadamente.
 - ☐ B. Suele ser una dependencia más severa.
 - ☐ C. Suele haber aumento del consumo en fase asintomática.
 - ☐ D. Los pacientes depresivos suelen tener menor autoeficacia, hacen menos intentos y las tasas de cesación son menores.
 - ☐ E. Tras la cesación aparecen con mayor frecuencia síntomas depresivos.
23. La prevalencia aproximada de consumo de tabaco en pacientes con trastorno bipolar es:
- ☐ A. Menor que la población general.
 - ☐ B. 30%.
 - ☐ C. 50%.
 - ☐ D. 70%.
 - ☐ E. 90%.
24. El consumo de tabaco es especialmente elevado en quienes presentan dependencia o altos consumos de:
- ☐ A. Alcohol y cocaína.
 - ☐ B. Alcohol y opiáceos.
 - ☐ C. Opiáceos y cocaína.
 - ☐ D. Alucinógenos y benzodiacepinas.
 - ☐ E. Alcohol y benzodicepinas.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA Y EL RESTO DE LAS DEPENDENCIAS

25. Las diferencias que se observan entre la dependencia de la nicotina y otras dependencias se basan en:
- ☐ A. Los diferentes efectos farmacológicos.
 - ☐ B. El distinto contexto social.
 - ☐ C. En el marco legal de cada una de ellas.
 - ☐ D. A, B y C son correctas.
 - ☐ E. Todas son incorrectas.
26. En cuanto a los patrones de autoadministración que se observan en los animales de experimentación:
- ☐ A. Los animales no se autoadministran sustancias químicas que no sean alimentos o bebidas.
 - ☐ B. Los factores que influyen en la extinción y readquisición de estos patrones son bastante similares a lo que se observan en humanos.
 - ☐ C. Los animales sólo se autoadministran sustancias si previamente están enfermos.
 - ☐ D. No dependen de la sustancia que se administre, sólo de que el animal tenga la posibilidad de administrársela.
 - ☐ E. El patrón de la nicotina es totalmente distinto del de la cocaína o la heroína.
27. En toda dependencia los estímulos que han quedado asociados al consumo:
- ☐ A. Pueden desencadenar por sí mismos deseos urgentes e intensos de consumo.
 - ☐ B. Se derivan de los efectos que produce la sustancia.
 - ☐ C. Se asocian al consumo mediante condicionamiento operante o instrumental.
 - ☐ D. Se denominan consecuentes del consumo.
 - ☐ E. Sólo influyen si el individuo es ambivalente.

28. En relación con los consumos como mecanismos de afrontamiento:
- ☐ A. No se suelen utilizar como mecanismos de afrontamiento a estados de ánimo negativos.
 - ☐ B. Ante una situación concreta, los consumidores regulares de una sustancia psicoactiva pueden ser incapaces de acudir a otro recurso que no sea ese consumo.
 - ☐ C. La nicotina se comporta de manera diferente a las sustancias que alteran la percepción.
 - ☐ D. En el efecto farmacológico de la sustancia siempre se relaciona el valor con la situación afrontada.
 - ☐ E. Los consumidores regulares de cualquier sustancias suelen disponer de muchas estrategias alternativas de afrontamiento.

29. A diferencia de otras sustancias adictivas, la nicotina:
- ☐ A. Es muy poco liposoluble.
 - ☐ B. No atraviesa la barrera hemato-encefálica.
 - ☐ C. Apenas llega al cerebro.
 - ☐ D. Las concentraciones plasmáticas y cerebrales no son paralelas.
 - ☐ E. Todas son falsas.

**EL PAPEL INTEGRADOR Y COMPLEMENTARIO
DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN
Y DE LA COMUNICACIÓN EN EL CONTROL
Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

30. ¿Qué son las TICS?
- ☐ A. Avances tecnológicos informáticos y telecomunicaciones.
 - ☐ B. Los audiovisuales.
 - ☐ C. A y B son falsas.
 - ☐ D. A y B son ciertas.

31. Las quitlines permiten dos tipos de intervención según su complejidad e interacción:
- ☐ A. Prototípica y simple.
 - ☐ B. Reactiva y proactiva.
 - ☐ C. Reaccionaria e intensiva.
 - ☐ D. Mínima y consolidada.

32. Utilizar las TICS para dejar de fumar en comparación con los materiales y servicios de autoayuda incrementaron los intentos de dejar de fumar en:
- ☐ A. 75%.
 - ☐ B. 34%.
 - ☐ C. 47%.
 - ☐ D. 56%.

33. Los tratamientos por internet en comparación con los presenciales se diferencian en que los primeros pueden ser:
- ☐ A. Asincrónicos.
 - ☐ B. Sincrónicos.
 - ☐ C. Dirigidos a poblaciones especiales.
 - ☐ D. Todo lo anterior es cierto.

34. Las intervenciones para dejar de fumar a través de internet:
- ☐ A. Tienen como principal ventaja la flexibilidad en el acceso a la información.
 - ☐ B. Están ampliamente contrastadas a nivel científico.
 - ☐ C. Son todas de tipo reactivo en las que el fumador encuentra información y consejos sobre su dependencia.
 - ☐ D. No requieren de un profesional sanitario que controle la intervención.
 - ☐ E. Siempre requieren de alguna intervención presencial para que el tratamiento sea efectivo.

35. El uso de mensajes de texto del teléfono móvil en el control del tabaquismo:
- ☐ A. Se ha utilizado sobre todo en prevención, pero no como método para dejar de fumar.
 - ☐ B. Es una intervención reciente que requiere de una mayor investigación.
 - ☐ C. Parece ser especialmente útil en el rango de edad entre los 30-40 años.
 - ☐ D. Empezó a utilizarse por la falta de resultados satisfactorios en jóvenes con los métodos convencionales.
 - ☐ E. Sólo las respuestas B y D son correctas.

TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA

36. Señale la opción que no es correcta:
- ☐ A. Globalmente predominan los hombres sobre las mujeres y las edades intermedias sobre las extremas.
 - ☐ B. La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 15 años.
 - ☐ C. Entre las mujeres los porcentajes más elevados se observan en las edades intermedias.
 - ☐ D. Entre los hombres se observan porcentajes más altos en los grupos de mayor edad.
 - ☐ E. El tabaquismo afecta a ambos sexos y a todos los grupos de edad.

37. Señale la opción correcta:
- ☐ A. El objetivo asistencial del programa «Mano a mano» es apoyar la atención de los problemas asociados a los consumos.
 - ☐ B. El objetivo asistencial del programa «Mano a mano» es tratar a las personas con problemas por consumo de drogas dentro de la empresa.
 - ☐ C. El objetivo asistencial del programa «Mano a mano» es facilitar la comunicación con los recursos comunitarios de tratamiento.
 - ☐ D. A y C son correctas.
 - ☐ E. El objetivo asistencial del programa «Mano a mano» es revisar los protocolos de intervención para el diagnóstico y actuación de los servicios médicos de empresa.

38. El artículo 43 de la Constitución española es una norma básica en la protección de derechos de los fumadores. ¿Qué derecho básico establece?
- ☐ A. Derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado.
 - ☐ B. Derecho a la protección de la salud individual.
 - ☐ C. Derecho a la libertad personal.
 - ☐ D. Derecho a la seguridad.
 - ☐ E. Derecho a la asistencia social en caso de enfermedad.

39. ¿Cuál es nombre del programa para dejar de fumar a través de internet del Gobierno de La Rioja?
- ☐ A. Con ayuda lo puedes conseguir.
 - ☐ B. Ya puedes dejar de fumar desde tu casa.
 - ☐ C. Internet te ayuda a dejar de fumar.
 - ☐ D. La Rioja sin tabaco.
 - ☐ E. La Rioja te ayuda a dejar de fumar a través de internet.

40. ¿A quién estaba destinada la Unidad de atención al fumador inicialmente?

- ☐ A. A profesionales del sector sanitario.
- ☐ B. A población general.
- ☐ C. A profesionales del sector sanitario y docente.
- ☐ D. Ninguna opción es correcta.
- ☐ E. A pacientes hospitalizados con patologías de riesgo.

41. Señala entre las siguientes opciones cuáles no son criterios de derivación a la Unidad de Atención al Fumador desde Atención Primaria:

- ☐ A. Pacientes resistentes.
- ☐ B. Mujeres embarazadas.
- ☐ C. Pacientes con patología de alto riesgo.
- ☐ D. Pacientes de más de 60 años.
- ☐ E. Pacientes con patología psiquiátrica grave.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 8 - N.º 4 - 2006

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA E IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES AUTOPERCIBIDAS EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

94.

La evaluación de la calidad de vida (CV) es usada con el fin de:

Respuesta: E) Todas las respuestas anteriores.

La evaluación de CV es ampliamente usada en ensayos clínicos y en estudios observacionales de salud y enfermedad, con el fin de evaluar intervenciones, efectos adversos de tratamientos y el impacto de la enfermedad en el tiempo. La información puede ser usada tanto por clínicos como por pacientes drogodependientes para tomar decisiones respecto al tratamiento.

95.

Referente a la atención de las necesidades del paciente:

Respuesta: B) La atención de las necesidades autopercebidas del paciente tienen un gran impacto en la CV.

La atención de las necesidades autopercebidas por los pacientes (especialmente en los dominios de salud y relaciones sociales) tienen un impacto en la CV, al contrario de aquellas necesidades registradas por los profesionales que no mostraron asociación con los cambios producidos. Una amplia gama de necesidades autopercebidas atendidas aseguran una mejor CV.

96.

Entre los instrumentos de medición de CV utilizados con población drogodependiente, ¿cuál permite que el paciente valore qué áreas son importantes para su CV y puntúe su satisfacción en cada una de ellas?

Respuesta: E) *Injection Drug User Quality of Life Scale* (IDUQOL).

El IDUQOL considera las circunstancias únicas e individuales que determinan la CV percibida en varias áreas de vida entre consumidores de drogas por vía inyectable. Actualmente se encuentra en proceso de validación en población española la versión para drogodependientes con consumo inyectable o no: *Drug User Quality of Life Scale- Spanish* (DUQOL-Spanish).

97.

Los atributos y criterios usados por el proyecto ePRO:

Respuesta: E) Todas las anteriores respuestas son correctas.

Señala 8 atributos fundamentales, con sus respectivos criterios, que debe presentar un instrumento de medición, permitiendo una evaluación estandarizada de instrumentos de medida de CV.

98.

El atributo «sensibilidad al cambio» de un instrumento de medición se refiere a:

Respuesta: B) La capacidad del instrumento de detectar los efectos del tratamiento en el tiempo.

En su evaluación se suele comparar las puntuaciones obtenidas antes y después de una intervención, que se entiende que tendrá como efecto una modificación en la magnitud del constructo de CV.

99.

En la evaluación de CV y necesidades autopercebidas:

Respuesta: A) Es recomendable una evaluación continua: al inicio, durante y tras el tratamiento.

Es conveniente y necesaria una evaluación continua dado que otras necesidades pueden emerger y ser prioritarias de atender durante el tratamiento. Especialmente es relevante si se comparte la premisa de que el trastorno por dependencia de sustancias debe ser evaluado y tratado como una enfermedad crónica (por la alta probabilidad de recaída en este tipo de población).

LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON METADONA: SITUACIÓN REAL E IDEAL, DEFINIDA POR PROFESIONALES DE ANDALUCÍA

- 100.** Con relación al trabajo presentado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
 Respuesta: D) Todas las afirmaciones propuestas son ciertas.
 Las opciones de respuesta A, B y C son algunos de los resultados obtenidos en la sesión de trabajo realizada con algunos profesionales de Andalucía.
- 101.** Por lo general, los equipos terapéuticos de los Centros de Atención a las Toxicomanías en Andalucía están compuestos por las disciplinas de:
 Respuesta: A) Medicina, Psicología y Trabajo social.
 Los CAT están integrados por profesionales de Medicina para la prescripción y negociación de dosis, así como del tratamiento y seguimiento del estado de salud de los pacientes, profesionales de Psicología encargados de la salud psíquica de los usuarios y del tratamiento de la adicción desde otro punto de vista no farmacológico y de profesionales de Trabajo social, encargados, entre otras tareas, de las necesidades sociales (vivienda, gestión de entrada en comunidades terapéuticas, etc).
- 102.** Parte de lo novedoso del trabajo que se presenta reside en la metodología empleada, consistente en una variación del grupo nominal al que se le han aplicado técnicas, ¿de qué área proviene y que autor/es las proponen?
 Respuesta: B) Marketing empresarial, Eduardo Bueno Campos.
 Es una técnica extraída del marketing empresarial dirigida al procedimiento de comparar el perfil de una empresa frente a sus competidores del mismo sector, propuesta por E. Bueno en su libro titulado *Dirección estratégica de la empresa: metodología, técnicas y casos*.
- 103.** ¿Cuáles son principales conclusiones de este trabajo?
 Respuesta: A) Los PTM, a pesar de ser tratamientos válidos y efectivos, en la actualidad se produce en ellos una importante divergencia entre lo ideal y excelente y la situación real actual, por ello entre las principales áreas de mejora destacan aquellas en la línea de acercamiento del tratamiento y del fármaco a los pacientes.
 Los profesionales consultados han señalado que la situación actual por la que atraviesan los PTM difiere de lo que pudieran y deberían ser las intervenciones terapéuticas a desarrollar. Uno de los aspectos que mayor distancia establece entre ambas situaciones definidas es el que gira en torno a la dispensación como medio de garantizar el acceso a la sustancia de tratamiento. Las otras opciones de respuesta son falsas.
- 104.** La dispensación de la metadona es una las áreas a las que los profesionales consultados le han conferido mayor importancia, ¿en qué términos la definen y cuál puede ser la causa de dicha importancia conferida?
 Respuesta: A) Dispensación ligada a los procedimientos a seguir para garantizar el acceso y la toma diaria del fármaco, por su influencia en la retención y adherencia de los pacientes usuarios al tratamiento.
 En el trabajo realizado los profesionales consideran la dispensación de la sustancia de tratamiento y acercamiento a todos los usuarios como una de las dimensiones más importantes que configuran los PTM. Las otras opciones son falsas.
- 105.** ¿Cuáles son las áreas que según los profesionales consultados en Andalucía divergen más en la formulación ideal y de excelencia y la situación real actual?
 Respuesta: B) La dispensación y agilidad y rapidez en los programas.
 En consonancia con lo planteado anteriormente sobre la dispensación, junto a la celeridad de actuación profesional con estos colectivos, son los elementos que mayor puntuación obtienen en la definición ideal de los PTM y planteados negativamente en cuanto a su situación real actual.

MONITORIZACIÓN ANALÍTICA DE DROGAS DE ABUSO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

- 106.** ¿Cuál es la ventaja del uso de orina como muestra para el análisis?
 Respuesta: B) Se recoge de manera no invasiva.
 El uso de orina como muestra para el análisis presenta ciertas ventajas porque se recoge de manera no invasiva y las drogas se detectan fácilmente, pero también presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta en este tipo de análisis, y es que es una muestra fácil de adulterar y de diluir produciendo falsos negativos.

107.	<p>Las drogas de abuso que se incluyen en el <i>screening</i> son todas excepto:</p> <p>Respuesta: C) Alcohol.</p> <p>A cada petición se le realizó el análisis de las 4 drogas que se incluyen en este <i>screening</i> y que son: cocaína, opiáceos, cannabis y anfetaminas.</p>
108.	<p>¿Cuáles fueron los puntos de corte para considerar positiva una muestra de orina?</p> <p>Respuesta: A) 300 ng/ml para la cocaína.</p> <p>Se establecieron puntos de corte para cada droga con el fin de presentar los resultados como positivos o negativos. Para la cocaína y los opiáceos se consideró positivo un valor en orina de más de 300 ng/ml, para el cannabis el punto de corte se estableció en 50 ng/ml y para las anfetaminas en 1.000 ng/ml. A partir de estos valores se consideró el resultado positivo, es decir, que el paciente consumió la droga de abuso.</p>
109.	<p>Los resultados de las muestras señalan que:</p> <p>Respuesta: A) Más del 40% fueron positivas.</p> <p>Del total de peticiones recibidas el 41,76% dieron positivo algún parámetro. De las peticiones que resultaron positivas un 41,4% fue por cannabis seguido por la cocaína (28,6%), las anfetaminas (18,2%) y por último los opiáceos (11,8%). Se observó un alto porcentaje de policonsumidores.</p>
110.	<p>El policonsumo es muy frecuente en nuestra muestra, siendo mayoritaria la combinación de:</p> <p>Respuesta: E) Las dos anteriores son las más frecuentes.</p> <p>El policonsumo mayoritario es la combinación de cocaína con opiáceos igualado con el de cocaína con cannabis (28%). Cinco pacientes dieron positivo para cocaína y anfetaminas a la vez, lo que constituye un 13%. En 4 pacientes los resultados indicaron la combinación de cocaína, opiáceos y cannabis (11%).</p>
111.	<p>Las encuestas de prevalencia sobre cannabis en nuestro país señalan que:</p> <p>Respuesta: B) El cannabis es la droga ilegal más consumida.</p> <p>El cannabis es la droga ilegal más consumida en España según la encuesta del Plan Nacional de Drogas. El perfil sociodemográfico de los consumidores de cannabis reveló que más de la mitad eran hombres solteros con una edad inferior a 29 años.</p>

GÉNERO Y USO DE DROGAS. DE LA ILEGALIDAD A LA LEGALIDAD PARA ENFRENTAR EL MALESTAR

112.	<p>Las teorías feministas incorporan conceptos para comprender las diferencias y desigualdades que se producen entre las personas con diferentes sexos. Uno de los conceptos es el género, éste se define como:</p> <p>Respuesta: D) A, B y C son ciertas.</p> <p>Entre los conceptos teóricos aportados por las teóricas feministas para comprender las diferencias y desigualdades entre los sexos está el concepto de género. El género es una construcción social, histórica y contingente que influye en todas las dimensiones de la vida social, sitúa a las mujeres en posiciones dependientes y de inferioridad con respecto a los varones y está implicado en todas las relaciones sociales, tanto públicas como privadas.</p>
113.	<p>Incorporar la perspectiva de género al ámbito médico supone:</p> <p>Respuesta: D) A, B y C son ciertas.</p> <p>Incorporar la perspectiva de género al ámbito médico supone preguntarse por las diferentes causas de los procesos de enfermedad y mortalidad y por los diferentes modos de expresar y comunicar los síntomas. Así mismo, supone tener en cuenta la posible influencia de los estereotipos de género en el diagnóstico y tratamiento médico.</p>
114.	<p>Según los datos proporcionados por el Ministerio de Asuntos Sociales para el año 2000 la prevalencia del consumo de tranquilizantes en las mujeres españolas es del 3,5% de la población. Al comparar estos datos con la prevalencia del consumo de tranquilizantes en los varones observamos que...</p> <p>Respuesta: B) La prevalencia del consumo de tranquilizantes en las mujeres es casi tres veces superior a la de los varones.</p> <p>La prevalencia del consumo de tranquilizantes en las mujeres españolas es casi tres veces superior al consumo en los varones.</p>

115.	<p>¿Qué se entiende por sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento?</p> <p>Respuesta: D) Ay B son ciertas.</p> <p>El sesgo de género supone una distorsión de la percepción de la realidad que produce una representación diferente en función del sexo de las personas. Por ello, si no se tiene en cuenta, puede actuar en el prescriptor y producir diagnósticos y/o tratamientos diferentes en función del sexo.</p>
116.	<p>Teniendo en cuenta los resultados del estudio ¿existe relación entre los malestares que expresan las mujeres y sus estilos de vida?</p> <p>Respuesta: C) Sí, los malestares se asocian a diferentes momentos del ciclo vital social y el proceso de socialización de género.</p> <p>Los resultados del estudio indican una relación entre los malestares expresados por las mujeres y los momentos del ciclo vital social en los que éstas se encuentran.</p>
117.	<p>El autoconsumo de psicofármacos es una práctica...</p> <p>Respuesta: C) Algunas participantes reconocen realizar autoconsumo, otras participantes no lo llevan a efecto nunca.</p> <p>El autoconsumo de psicofármacos es una práctica que llevan a cabo algunas consumidoras.</p>

EL ALCOHOLISMO FEMENINO, UNA VERDAD OCULTA	
118.	<p>Los patólogos sociales consideraban que los problemas sociales se debían a:</p> <p>Respuesta: C) Desajustes de tipo individual y mal funcionamiento institucional.</p> <p>Según Clemente la teoría de la patología social considera que las personas o situaciones se convierten en problemas sociales cuando interfieren con el funcionamiento normal de la sociedad.</p>
119.	<p>¿Qué significa la socialización de las personas?</p> <p>Respuesta: A) El proceso de adaptación al entorno social.</p> <p>Guy Rocher define la socialización como el proceso por cuyo medio la persona aprende e interioriza, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medio ambiente, los integra a la estructura de su personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir.</p>
120.	<p>El perfil de mujer alcohólica que acude a los centros de asistencia y rehabilitación es:</p> <p>Respuesta: D) Mujer entre 35 y 50 años, con una media de 10 años transcurridos entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento.</p> <p>Las mujeres beben de forma clandestina, en secreto y en solitario. Este encubrimiento impide la detección precoz del problema y retrasa el inicio del proceso de desintoxicación y deshabitación, por lo cual transcurre una media de 10 años entre la aparición de los problemas y la demanda de tratamiento.</p>
121.	<p>El proceso de socialización de la mujer alcohólica abarca dos tiempos. ¿Cuáles son?</p> <p>Respuesta: B) El primero, en su infancia y adolescencia; el segundo o re-socialización se inicia con la recuperación.</p> <p>El primer tiempo, previo a la instauración de la dependencia del alcohol, durante su infancia y adolescencia, está marcado por factores y contextos socioculturales desfavorables. El segundo (re-socialización) comienza con la recuperación. Frente a la norma de beber alcohol se impone la conducta abstinencia.</p>
122.	<p>¿Qué relación existe entre alcoholismo femenino y marginación?</p> <p>Respuesta: C) La marginación surge del rechazo de los valores tradicionales por el abandono del papel que la mujer tiene atribuido en nuestra sociedad.</p> <p>A la mujer se le adjudica aún la sumisa dependencia, y por el contrario, al hombre se le supone dinámico, enérgico, decisivo e independiente. Por lo tanto, el alcoholismo femenino está impregnado de profundas connotaciones subjetivas que juzgan a la mujer por abandonar su papel de cuidadora y relacionado con las tareas domésticas.</p>

123. Se han identificado tres barreras que pueden reducir la eficacia del tratamiento en las mujeres. Señala la que creas incorrecta:

Respuesta: A) La idea de que la mujer no es receptiva a las terapias de grupo.

En una revisión de 23 estudios en los que se habían incluido mujeres, en 18 de ellos no se encontraron diferencias con los hombres, y en 4 las mujeres tenían mejor pronóstico. No obstante, tras dicha revisión se identificaron tres importantes barreras que podían reducir la eficacia del tratamiento en mujeres: a) las expectativas por parte de los terapeutas de que las mujeres, debido a su comorbilidad con trastornos depresivos, respondían peor al tratamiento; b) la creencia por parte de los terapeutas de que las mujeres tenían un menor potencial para el cambio que los varones y c) la falta de información sobre el pronóstico del alcoholismo femenino llevaba a algunos terapeutas a considerar que el tratamiento iba a ser ineficaz.

MUJERES Y CONSUMO DE OPIÁCEOS: UNA REALIDAD ESPECÍFICA

124. Las sustancias de mayor consumo y abuso en el colectivo femenino son:

Respuesta: A) Tabaco, alcohol y psicofármacos.

Los datos que poseemos del Plan Nacional Sobre Drogas, desde las encuestas domiciliarias y escolares, nos presentan un mayor consumo de drogas en las sustancias psicoactivas legales y toleradas socialmente que de las drogas ilegales. Una de las razones de este tipo de consumo en las mujeres está relacionado con los papeles de género en la sociedad y se estigmatiza en mayor medida a las mujeres por el uso de drogas ilegales que a los varones.

125. Algunas mujeres alcanzan el consumo compulsivo de heroína en menor tiempo que los varones debido a:

Respuesta: B) Porque el período de consumo ocasional es menor que en los varones.

Aunque ya hemos planteado en el artículo que existen pocos trabajos que demuestren una mayor vulnerabilidad biológica en las mujeres respecto a los varones. Rosebaum señaló que las mujeres que se iniciaban con sus parejas, éstas eran ya adictas, y ellas asumían rápidamente el consumo diario de sus compañeros sentimentales, y Campbell ha criticado la reducción a la vulnerabilidad biológica de aquellas características que presentan las mujeres y que tienen su origen en aspectos socioculturales.

126. La iniciación del consumo de heroína se presenta en las mujeres con:

Respuestas: A) y B) Sus parejas sentimentales; Con sus grupos de iguales.

Como hemos comentado en el punto de inicio al consumo de heroína, tradicionalmente se ha asociado con la pareja sentimental el comienzo del uso de heroína, sin embargo hemos planteado que no se trata de una situación estática y mientras que al comienzo de la expansión del consumo de heroína era la situación más prevalente, conforme avanza la década de los ochenta y especialmente los noventa la iniciación con los grupos de iguales está más presente, como ha mostrado Romo en su trabajo de usuarias de éxtasis.

127. Algunas usuarias de heroína pueden desarrollar estrategias de reducción del daño en sus consumos cuando:

Respuesta: B) Se encuentran embarazadas.

Ya que en este trabajo, y siguiendo a Rosenbaum y Murphy, se han señalado estrategias de disminución de riesgo ante el embarazo, como el cese del consumo, cambio de vía de administración, reducción de las dosis de consumo o sustitución de las sustancias de abuso. La motivación de ser madres activa las estrategias para que los problemas generados por el consumo sean disminuidos y no produzcan daños en sus futuros bebés.

128. En la intervención con usuarias de drogas se ha planteado que cierto tipo de terapia puede ser contraproducente en las mujeres. Este tipo de terapia es:

Respuesta: D) La terapia de confrontación.

Son numerosos los trabajos internacionales, que expusimos en otro lugar, señalando la inadecuación de este tipo de intervención porque genera un mayor sentimiento de culpabilidad, mayor baja autoestima y más probabilidades de recaídas o abandono del programa de tratamiento en las mujeres con problemas de drogas.

129. La perspectiva de género en un programa de tratamiento podría contemplar:

Respuestas: A) y B) El mismo tipo de intervención sobre las responsabilidades parentales en varones y mujeres; La insistencia en la preparación y cualificación para la inserción laboral en ambos sexos.

Son muchos los trabajos que han señalado que las mujeres asumen en mayor medida las responsabilidades de los hijos que los varones, así mismo hemos señalado la necesidad de la inserción laboral en las mujeres de la misma manera que en los varones para romper las relaciones de subordinación y dependencia.

EL USO DIFERENCIAL, SEGÚN LA VARIABLE GÉNERO, DE LAS HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

- 130.** Señala qué es lo que mejor define una Comunidad Terapéutica:
 Respuesta: B) Organización y relaciones piramidales, el carácter residencial y unas normas que regulan la convivencia.
 La Comunidad es definida por su carácter residencial, por las complejas y amplias relaciones que se establecen entre las personas y por unas normas y reglas que regulan la convivencia. Las otras respuestas no reúnen estas tres condiciones.
- 131.** Qué conceptos definen mejor «las normas» dentro de la Comunidad Terapéutica:
 Respuesta: A) Protectoras y reguladoras de convivencia.
 Aunque todas las definiciones se acercan al sentido de las normas en la Comunidad Terapéutica, la que más sugiere el carácter educativo y permite el cambio y la mejora en los comportamientos es la respuesta A. Las normas nos protegen del caos al decirnos cómo tienen que ser las cosas y al consensuar la realidad a través de la acción. También reglamentan y regulan la convivencia, al determinar prioridades en relación con su importancia y su urgencia.
- 132.** Cuáles son las ideas principales de los programas de «prevención de recaídas»:
 Respuesta: E) Protectoras y reguladoras de convivencia.
 Los programas de «prevención de recaídas» ayudan al control de impulsos y al manejo de las situaciones de riesgo a través de técnicas y métodos cognitivo-conductuales, favoreciendo el autocontrol y la autoprotección frente al *craving* y promueven y promulgan un cambio de hábitos.
- 133.** ¿Cuáles son las fases del proceso de cambio de Prochaska y DiClemente?
 Respuestas: C) y D) Desear cambiar, balance de pros y contras para el cambio, acción para el cambio y mantenimiento; consumo, precontemplación del cambio, contemplación y toma de decisión, acción, mantenimiento y (quizá) recaída.
 Las dos nombran las fases del proceso (en el orden descrito) del cambio establecidas por los mencionados autores.
- 134.** ¿Qué sentido tienen los sueños en períodos de rehabilitación?
 Respuesta: B) Compensan necesidades psíquico-físicas y anticipan situaciones no conscientes.
 Los sueños mediante el lenguaje simbólico y universal contienen material terapéutico muy valioso, ayudan al tránsito dentro del proceso de cambio, compensan necesidades y dan claves para actuar de una manera más favorable al cambio.
- 135.** ¿Qué hace adictiva una sustancia?
 Respuesta: D) Que actúan sobre zonas del cerebro muy antiguas asociadas con emociones positivas.
 Todas son afirmaciones correctas, pero la que responde a la pregunta es esta respuesta. Las zonas del cerebro sobre las que actúan son las que se activan al comer, beber, con el sexo... las relacionadas con la supervivencia.