



# Autoevaluación y Formación Continuada en



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Médicos: 6,8 créditos  
Enfermería: 6,3 créditos  
Farmacéuticos: 7,7 créditos

Volumen 3 - N.º 3 - 2001

*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.

## LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PSICOPATOLOGÍA Y LAS NEUROCIENCIAS

91. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no se corresponde con la realidad?:
- A. El sistema dopaminérgico regula una parte importante de la adicción a las drogas.
  - B. El sistema dopaminérgico regula una parte importante de la neurobiología del estrés.
  - C. El sistema dopaminérgico regula una parte importante del proceso de condicionamiento.
  - D. El sistema dopaminérgico es el único que regula la adicción a las drogas.
  - E. La vulnerabilidad genética, a través del gen del receptor D<sub>2</sub> dopaminérgico, es importante en la adicción a las drogas.
92. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
- A. El sistema límbico está relacionado con las conductas motoras más que con las emociones.
  - B. El core del núcleo accumbens está incluido en la neurotransmisión noradrenérgica.
  - C. El shell del núcleo accumbens está incluido en la neurotransmisión noradrenérgica.
  - D. Tanto el core como el shell del núcleo accumbens responden a estímulos apetitivos y aversivos.
  - E. La transición entre el consumo ocasional y la dependencia es lenta.
93. En la clínica de los trastornos por uso de sustancias, todas las siguientes afirmaciones son ciertas excepto una:
- A. El eje hipófisis-hipotálamo-adrenal (HHA) es una vía de conexión entre lo glandular y lo neuronal.
  - B. Para que la dopamina produzca sus efectos reforzadores no es necesaria la integridad del eje HHA.
  - C. El eje HHA se relaciona con varios trastornos psiquiátricos.
  - D. El uso de drogas produce una disminución de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.
  - E. El uso de drogas disminuye los efectos de cualquier reforzador.

94. Con respecto a las emociones, ¿cuál de las afirmaciones es cierta?:
- A. Las emociones son necesarias para el constructo de la adicción.
  - B. Las emociones no conscientes forman los sentimientos que presentan una carga impulsiva.
  - C. Las emociones producen una activación cortical importante en los procesos de aprendizaje y memoria.
  - D. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.
  - E. Las respuestas a, b y c no son ciertas.

95. ¿Cuál de las siguientes frases suscribiría?:
- A. Las ventanas plásticas, junto a la carga genética y los cambios hormonales no explican del todo la conducta en los jóvenes.
  - B. La adicción es una conducta que interviene en la búsqueda de placer pero también en calmar el disconfort.
  - C. La compulsión es un intento de control de un estímulo aversivo.
  - D. A, B y C son ciertas.
  - E. A, B y C no son ciertas.

96. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la psicopatología en los trastornos adictivos cree apropiada?:
- A. Los síntomas psiquiátricos siempre son previos al consumo de drogas.
  - B. Los síntomas psicopatológicos no se relacionan de forma significativa con el consumo de drogas.
  - C. El trastorno psiquiátrico y adictivo siempre están específicamente relacionados.
  - D. Todas las anteriores son ciertas.
  - E. Ninguna de las anteriores es cierta.

#### ALCOHOL Y ACCIDENTES TRÁFICO: ¿PREVENIR QUÉ?

97. En relación a los efectos del alcohol es falso que:
- A. El alcohol produce un enlentecimiento del tiempo de reacción.
  - B. El alcohol produce importantes efectos sobre la visión.
  - C. La acomodación ocular se altera con niveles altos de alcohol.
  - D. Niveles bajos de alcohol producen un efecto de sobrevaloración de la persona.
  - E. Los efectos del alcohol son proporcionales a la concentración en sangre.

98. El riesgo de sufrir un accidente de tráfico:
- A. Es siempre el mismo con cualquier nivel de alcoholemia.
  - B. El aumento del riesgo en los jóvenes comienza con niveles más bajos de alcohol.
  - C. En los bebedores excesivos y en los conductores más experimentados el aumento del riesgo comienza con niveles más bajos de alcohol.
  - D. Es mayor en los bebedores habituales.
  - E. Es mayor en las personas de mayor edad.

- 99.Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:
- A. Conducir bajo los efectos del alcohol hace que las lesiones que se puedan producir sean menores.
  - B. La mayor parte de las pruebas positivas de alcoholemias realizadas se realizan en los casos en que se producen infracciones.
  - C. Menos del 10% de los conductores españoles son bebedores habituales.
  - D. Los conductores con problemas relacionados con el alcohol cometen más infracciones que los que no tienen problemas relacionados con el alcohol.
  - E. Todas son falsas.

100. ¿Los criterios de aptitud para renovar u obtener el permiso de conducir se encuentran en?:
- A. RD 13/1992.
  - B. RD 772/1997.
  - C. RD 2282/1998.
  - D. RD 2236/1993.
  - E. En ninguno de ellos.

- 101.** ¿Qué medidas considera que no es apropiada a la vista de la legislación actual?:
- A. Instaurar sistemas de transporte público.
  - B. Que no exista venta de alcohol en las carreteras.
  - C. Medidas educativas y divulgativas.
  - D. Instaurar dispositivos pasivos en el vehículo que determinen niveles de alcoholemia.
  - E. Realizar controles preventivos de alcoholemia en los conductores.

- 102.** ¿Cuál de las siguientes premisas le parece más adecuada?:
- A. La reinserción y rehabilitación del conductor reincidente en conducir bajo los efectos del alcohol es una medida importante para reducir los accidentes de tráfico.
  - B. La implicación del médico en las actividades preventivas relacionadas con el consumo de alcohol y la conducción de vehículos es importante.
  - C. Dentro del consejo médico debe hacerse hincapié en evitar conducir cuando se está bajo el efecto de sustancias psicoactivas.
  - D. El médico debe preguntar siempre a los pacientes por los hábitos de conducción.
  - E. Todas son adecuadas.

### UNA APROXIMACIÓN AL CAMBIO EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE DROGAS EN ESPAÑA

- 103.** La representación social sobre drogas:
- A. Se deriva básicamente de valores objetivos.
  - B. Refleja directamente la realidad de los acontecimientos.
  - C. Varía en función de la realidad en que se produce.
  - D. Determina unilateralmente los comportamientos.
  - E. Se transmite sin variaciones de una sociedad a otra.

- 104.** En la actualidad, las representaciones sociales sobre drogas en España:
- A. Son muy homogéneas y no existen diferencias significativas entre los distintos grupos.
  - B. Varían en gran medida según la edad.
  - C. Se distribuyen en tres perfiles estándar según la ideología política.
  - D. Dependen absolutamente del estatus social.
  - E. Se han diluido hasta el punto que no se puede hablar de la existencia de representaciones sociales.

- 105.** Entre las drogas que la representación social española considera «menos drogas», están:
- A. La cannabis.
  - B. La cocaína.
  - C. La heroína.
  - D. Las anfetaminas.
  - E. Las pastillas tranquilizantes.

- 106.** En los últimos años, en la población española, ha aumentado la tolerancia:
- A. Hacia el consumo de cannabis.
  - B. Hacia el consumo de cocaína.
  - C. Hacia la venta de cannabis.
  - D. Hacia el consumo y la venta de cannabis.
  - E. Hacia el consumo de heroína.

- 107.** Dentro de los tipos ideales según la hipótesis evolutiva:
- A. No hay apenas variaciones a partir de los 35 años.
  - B. La fractura etaria se produce en la cohorte de jóvenes en proceso de independencia entre los años 1973 y 1979.
  - C. Los adolescentes son los que aparecen marcados como un grupo aislado frente a las demás cohortes.
  - D. Se definen seis grandes grupos según el cruce de género y edad.
  - E. Todos los tipos son prácticamente equivalentes.

108. Respecto a la posición frente a los ex drogadictos:
- A. La mayoría de la población es partidaria de trabajar con ellos siempre que no consuman heroína.
  - B. Han aumentado las actitudes de distanciamiento en todos los casos.
  - C. La posición mayoritaria es la indiferencia.
  - D. Más del 50% de la población manifiesta que no le molestaría que fueran amigos suyos.
  - E. La posición mayoritaria es el miedo.

**PLAN REGIONAL SOBRE DROGAS DE CANTABRIA:  
GESTIÓN Y EVOLUCIÓN EN ESTOS 15 AÑOS**

109. En el diseño de la calidad de un servicio es necesario tener presente en primer lugar:
- A. Los costes del servicio.
  - B. La equidad conseguida con el servicio.
  - C. Las necesidades y expectativas que pretende cubrir el servicio.
  - D. Los prestatarios del servicio.
  - E. La eficacia del tratamiento.

110. Los programas de gestión de la calidad permiten, entre otras cuestiones:
- A. Seleccionar correctamente el indicador estudiado.
  - B. Medir la competencia profesional y permitir su comparación.
  - C. Reducir los costes.
  - D. Satisfacer las expectativas de los usuarios.
  - E. Mejorar la accesibilidad.

111. Un Plan Regional sobre Drogas se define como:
- A. El coordinador de las actuaciones en materia de drogodependencias.
  - B. La entidad o institución que gestiona una red asistencial de drogodependencias.
  - C. El principal proveedor de actuaciones en el ámbito de la prevención y de la atención a drogodependientes.
  - D. El planificador y responsable competencial de las actuaciones en drogodependencias.
  - E. Marco legal de referencia que elabora y desarrolla la planificación y ordenación en el ámbito de la prevención, atención de las drogodependencias y de la incorporación social del usuario de drogas.

112. ¿Qué contenidos debe integrar una ley en materia de drogodependencias?:
- A. Un ley debe establecer una perspectiva de globalidad y de causalidad del fenómeno de las drogodependencias, así como la participación y la co-responsabilidad en la intervención.
  - B. Establecer las medidas generales para la prevención del consumo de drogas, la planificación de las actuaciones y la coordinación de recursos públicos y privados empleados en la asistencia a los drogodependientes y a su inserción social, en el marco de un Plan Regional.
  - C. Es una norma en materia de coordinación, acreditación de centros y servicios de atención al toxicómano, como apoyo y desarrollo de las actuaciones contempladas en un Plan Regional.
  - D. Debe integrar el conjunto de actuaciones de prevención, asistencia e incorporación social de drogodependientes, además de prestar atención a todo tipo de drogas.
  - E. Debe guardar el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y establecer la responsabilidad de los Poderes Públicos.

113. ¿Cuál es el objetivo final de una estrategia en drogodependencias?:
- A. Lograr la universalidad de las prestaciones y especialmente la calidad de los servicios ofertados.
  - B. Definir un marco de referencia para orientar, impulsar y coordinar las diferentes actuaciones en materia de drogas, en el período de tiempo que se establezca.
  - C. Desarrollar la coordinación de las redes asistenciales de tratamiento con los Sistemas Públicos de Salud y Servicios Sociales.
  - D. Establecer los objetivos a alcanzar en los distintos ámbitos de actuación institucional.
  - E. Definir metas y objetivos cuantificados y temporalizados en los ámbitos de prevención, asistencia e integración social y en la cooperación y coordinación institucional.

114. ¿Se puede trabajar con criterios de calidad en un área sociosanitaria como las drogodependencias?:
- A. Sólo se puede trabajar con criterios de calidad para garantizar al ciudadano la adecuada atención a sus necesidades y demandas.
  - B. Es un planteamiento idealista puesto que no es posible estandarizar la variabilidad profesional que existe en la prestación de los servicios.
  - C. Resulta inevitable ante la escasez de recursos.
  - D. No es posible porque los servicios son intangibles y no pueden ser verificados ni comprobados antes de su prestación.
  - E. Existen razones éticas, de índole económica y de efectividad de los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores, que nos obligan a trabajar con criterios de calidad.

### NUEVA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE DROGAS

115. ¿Qué es «calidad»?:
- A. El grado de satisfacción que experimenta una persona cuando recibe un servicio, público o privado.
  - B. Ofrecer un servicio completo, una atención global.
  - C. Maximizar la utilización de un recurso para obtener el mayor beneficio.
  - D. El conjunto de características de una entidad, producto, servicio, actividad o proceso, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas.
  - E. Aquello que mejor responde a las expectativas del usuario o cliente.

116. ¿Existen diferencias entre «Control de la calidad» y «Gestión de la calidad»?:
- A. La gestión de la calidad es el conjunto de actividades que determina la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y se implanta por medios tales como la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la misma en el marco del sistema de la calidad.
  - B. No, ambas son actividades de evaluación del sistema de la calidad.
  - C. Sí, el control de la calidad supone una actividad de evaluación, de comparación del nivel de calidad real con el deseado, mientras que la gestión de la calidad trata de identificar posibles problemas y establecer soluciones.
  - D. No, ambas actividades tratan de ahorrar costes, disminuir el número de fallos, y adecuar recursos a necesidades.
  - E. No, ambas tratan de eliminar no conformidades o desviaciones en relación a lo que se espera a lo largo de un proceso.

117. ¿Cómo se mide la eficacia de un sistema?:
- A. A través de un buen control de la calidad.
  - B. Evaluando resultados.
  - C. De acuerdo con el cumplimiento de una serie de objetivos, resultados de las auditorías internas, indicadores de calidad, reclamaciones de clientes y cualquier otro resultado que sirva para medir la eficacia y efectividad del sistema.
  - D. Mediante el análisis costes-beneficios-adequación de los recursos.
  - E. Por medio de la comprobación del cumplimiento de objetivos.

118. ¿Para qué sirve trabajar con criterios de calidad?:
- A. Simplemente, para hacer las cosas bien.
  - B. Para poder obtener la satisfacción de los usuarios y de los clientes internos de la organización.
  - C. Para obtener buenos resultados.
  - D. Para cumplir con los objetivos establecidos.
  - E. Para optimizar recursos.

119. ¿Cómo se puede lograr la satisfacción del cliente?:
- A. Trabajando con criterios de eficacia.
  - B. Recabando la opinión de los usuarios y analizando sus aportaciones.
  - C. Adecuando los objetivos de la organización a las necesidades detectadas.
  - D. Evaluando todas las actividades para poder corregir defectos.
  - E. Conociendo el punto de vista del usuario para poder detectar y subsanar errores en la relación interpersonal.

120. ¿Para qué sirven las auditorías periódicas?:
- A. Para observar que es lo que se está haciendo mal.
  - B. Para detectar los fallos y a los responsables de los mismos.
  - C. Para saber en todo momento cómo funciona la organización.
  - D. Para saber qué es lo que no funciona en la organización.
  - E. Para conocer el cumplimiento de lo especificado en el sistema de gestión de la calidad.

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 3 - N.º 2 - 2001

## SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS ILÍCITAS EN ESPAÑA

- 67.** En el período 1995-99 las edades medias de inicio al consumo de drogas ilícitas:  
Respuesta: b) Se mantienen estables en el caso del cannabis y han aumentado levemente para la cocaína y el éxtasis. El incremento en las edades de inicio al consumo registrado entre los varones españoles ha permitido romper la precocidad creciente en los consumos de drogas ilícitas, compensando la reducción observada para el cannabis y la cocaína entre las mujeres.
- 68.** Los datos de la Encuesta Domiciliaria Sobre Drogas de 1999 confirman que las mujeres de 15-19 años, en relación a sus homólogos varones:  
Respuesta: c) Mayores consumos experimentales de cannabis, éxtasis y cocaína. Entre los adolescentes españoles los consumos experimentales de drogas ilícitas están igualados entre los sexos, con prevalencias ligeramente superiores en las mujeres, reproduciendo el fenómeno ya observado en las drogas legales. Los varones jóvenes registran mayores prevalencias para los consumos habituales.
- 69.** Los mayores prevalencias de consumo habitual («últimos 30 días») de drogas ilícitas, con la excepción de los opiáceos, se localizan:  
Respuesta: a) En el grupo de 20-24 años. Los consumos de drogas ilícitas siguen en modelo según el cual crece su consumo habitual desde los 15 años a medida que avanza la edad, hasta que se aproxima el tránsito con la vida adulta.
- 70.** La evolución de los hábitos de consumo entre 1995-99 por sexo se caracteriza por:  
Respuesta: c) La moderación de los hábitos de consumo entre los hombres y el incremento entre las mujeres. El proceso creciente de igualdad entre los sexos provocó la incorporación de las mujeres a los consumos de drogas y la progresiva equiparación de los hábitos entre los sexos. En paralelo, los varones han moderado los consumos habituales de las distintas drogas.
- 71.** Los patrones de consumo de drogas a los cuales los ciudadanos les atribuyen mayores problemas para la salud son:  
Respuesta: b) Los consumos habituales de heroína, alucinógenos y cocaína. El riesgo atribuido a los consumos de drogas viene determinado tanto por la frecuencia de uso (se atribuye mayor riesgo a los consumos habituales de cualquier sustancia que a los ocasionales), como por la naturaleza y los efectos atribuidos a ciertas sustancias (potencial adictivo, degradación personal o social).
- 72.** Las dos acciones que los ciudadanos consideran más eficaces para resolver el problema de las drogas son:  
Respuesta: e) La educación en la escuela y el tratamiento voluntario de los consumidores. Se observa una creciente madurez o pragmatismo de los ciudadanos frente al problema. Las demandas sociales coinciden con las líneas de intervención que promueven diferentes organizaciones internacionales y nacionales. Las soluciones menos posibilistas (legalización de las sustancias) tienen un respaldo mayoritario.

## NEUROIMAGEN Y DROGODEPENDENCIAS

- 73.** Los estudios de neuroimagen funcional, que evalúan el metabolismo cerebral de la glucosa, han comprobado que la administración aguda de cocaína, alcohol o benzodiazepinas, suelen producir:  
Respuesta: b) Una disminución global del metabolismo cerebral. La administración aguda de cocaína, alcohol, benzodiazepinas produce una disminución global del metabolismo de la glucosa cerebral.
- 74.** El abuso continuado de alcohol puede inducir:  
Respuesta: e) Las respuestas (a) y (c) son correctas. Las respuestas (b) y (d) no son correctas. El abuso de alcohol puede inducir una retracción del parénquima cerebral, que con frecuencia se considera como «atrofia cerebral». Como consecuencia de ello se produce un agrandamiento del tamaño de todos los ventrículos cerebrales.

75.	<p>Una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación, los pacientes dependientes del alcohol suelen presentar:          Respuesta: d) Las respuestas (a) y (c) son correctas. La respuesta (b) no es correcta.</p> <p>Los pacientes alcohólicos en desintoxicación presentan una disminución de la actividad cortical de predominio frontal, que tiende a renormalizarse durante la segunda quincena, después de haber dejado de beber (Volkow, et al., 1994).</p>
76.	<p>El abuso continuado de cocaína puede producir:          Respuesta: c) Correlación entre los déficits neuropsicológicos y las áreas cerebrales que presentan una perfusión cerebral alterada.</p> <p>El abuso continuado de cocaína puede producir un deterioro de la circulación cerebral y un aumento del riesgo de padecer un accidente vascular cerebral. Se ha podido establecer correlaciones entre los déficits neuropsicológicos y los déficits de perfusión cerebral detectados.</p>
77.	<p>Tras el cese del consumo continuado de cocaína (en abusadores de dicha sustancia), se produce:          Respuesta: b) Una disminución de la captación de raclopride (antagonista de los receptores dopamínicos D2).</p> <p>Durante la abstinencia aguda de cocaína se produce un aumento del metabolismo en córtex frontal orbitario y ganglios basales, y una disminución en la captación de raclopride. Tras la retirada de cocaína, el paciente presenta una disminución de la concentración de dopamina en las sinapsis cerebrales.</p>
78.	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:          Respuesta: a) La administración aguda de cocaína produce una disminución global del metabolismo de la glucosa cerebral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La administración aguda de cocaína produce una disminución global del metabolismo de la glucosa cerebral.</li> <li>- El <i>craving</i> de cocaína, inducido por estímulos condicionados cursa con aumento de la actividad metabólica de las estructuras límbicas.</li> <li>- El SPECT de perfusión de los pacientes alcohólicos recién desintoxicados, muestra una disminución del flujo sanguíneo cerebral, de predominio en el córtex frontal.</li> </ul>

### NUEVOS CONCEPTOS, NUEVO DISCURSO: TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

79.	<p>Los programas de reducción de riesgos y daños tienen como objetivo:          Respuesta: e) Favorecer el mantenimiento y la promoción de la salud.</p> <p>Los programas de reducción de riesgos y daños surgen del intento de favorecer el mantenimiento y la promoción de la salud de los usuarios de drogas en general y no específicamente de los heroínómanos, ni de los consumidores por vía parenteral. El consumo por vía nasal y por otras, también requiere un control por parte del usuario. Los PRRD suponen una alternativa de salud pública, rompiendo la dicotomía consumo-abstinencia y permitiendo la intervención con el usuario de drogas desde niveles de cambio previos a la abstinencia. Estos programas no se basan únicamente en la transmisión de información sobre como drogarse, sino que promueven procesos de responsabilización hacia la salud individual y colectiva. En los programas de reducción del daño, el consumidor de drogas es el protagonista activo y en ocasiones, son los servicios sanitarios los que se acercan a él y a su contexto. Son programas que se asientan en estrategias de búsqueda a diferencia de los modelos de espera más clásicos.</p>
80.	<p>Las teorías del cambio relacionadas con los talleres de consumo de menos riesgo refieren que:          Respuesta: d) Conseguir evitar las conductas de riesgo es un proceso de cambio que implica el aprendizaje y el afrontamiento de las situaciones que lo cuestionan y lo dificultan.</p> <p>Las teorías del cambio reconocen la importancia de los factores de motivación para promover la reducción de las conductas de riesgo. La información contribuye al aumento de la eficacia, pero no es determinante en sí misma. La adopción de una nueva conducta implica el desarrollo de habilidades y de factores motivacionales, que pueden ser estimulados en el grupo. Estas teorías consideran el cambio como un proceso de aprendizaje, a través del afrontamiento de las situaciones que lo cuestionan y dificultan. Estos contextos se pueden prever y a través del trabajo grupal, se puede romper su condición de ser inevitables e irremediables. Las experiencias previas de reducción de riesgos aportan conocimientos y habilidades para afrontar situaciones futuras, reconociendo en los procesos de cambio un carácter circular y ascendente.</p>
81.	<p>Los Talleres de Consumo de Menos Riesgo deben formarse para:          Respuesta: c) Cualquier persona que realice prácticas de riesgo.</p> <p>En general, los Talleres de Consumo de Menos Riesgo pueden implementarse con un amplio abanico de personas y los grupos se pueden formar teniendo en cuenta diferentes criterios. En principio, están ideados para las personas consumidoras de drogas y susceptibles de cometer prácticas de riesgo, las realicen o no. Los contenidos de los talleres no se limitan a las características de la transmisión del VIH y hepatitis, sino que trabajan también con otras complicaciones para la salud física y mental que pueden surgir de las prácticas de consumo de riesgo. A pesar de que la persona no tenga intención de cambiar, a través de los Talleres se puede suscitar la reflexión y la motivación para introducir conductas de salud.</p>

82.	<p>El contenido de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo va dirigido a:</p> <p>Respuesta: e) Aumentar la eficacia y la expectativa de resultado de las conductas de reducción de los riesgos y daños asociados.</p> <p>Evitar la transmisión del VIH, prevenir la sobredosis, conocer los recursos asistenciales y sanitarios disponibles, evitar el intercambio de jeringuillas, etcétera, son algunos de los contenidos de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo. Sin embargo, estos no son los únicos contenidos a tener en cuenta, aunque sean los más conocidos y recurrentes. El contenido de los programas se va a determinar en función de las características del grupo y de sus necesidades. Los Talleres tienen como objetivo facilitar el cambio de las actitudes y las conductas que implican riesgo para la salud, a través del aumento de las expectativas de eficacia y de resultado. Es importante evitar el mensaje sobre la posibilidad de reducir totalmente las consecuencias del consumo, ya que únicamente vamos a poder controlar aquellos resultados que se derivan de nuestros actos y nuestra conducta.</p>
83.	<p>¿Cómo debo llevar a cabo la evaluación del Taller?:</p> <p>Respuesta: d) Debería realizar una evaluación de impacto (midiendo los cambios que ha habido) y una de proceso (valorando la calidad del Taller).</p> <p>La evaluación de impacto intenta valorar si los objetivos se han logrado, y para esto es necesario medir los aspectos que se consideran esenciales en el momento de comienzo del taller (pre-test) y a la finalización de éste (post-test). Se considera adecuado (en la medida de lo posible) realizar un seguimiento a los tres meses aproximadamente para valorar el impacto a medio plazo. Con respecto al proceso, se trata de valorar al finalizar el taller si éste se ha desarrollado como estaba previsto y la opinión de los participantes sobre el mismo.</p>
84.	<p>A la hora de diseñar un Taller de Consumo de Menos Riesgo, ¿qué es lo más importante que tengo que tener en cuenta?:</p> <p>Respuesta: a) Las características del grupo, los contenidos que voy a trabajar, la metodología que voy a utilizar y el diseño de la evaluación que voy a aplicar.</p> <p>Teniendo en cuenta estas cuestiones, el formador se preocupa por diseñar un programa adecuado a las necesidades y características de sus clientes, así como por tener en cuenta aquellas investigaciones que han permitido mejorar los Programas de prevención. Los Talleres que se diseñen tienen que basarse en los modelos teóricos que explican el cambio y los determinantes del comportamiento, deben utilizar las técnicas metodológicas más adecuadas para trabajar cada contenido y deben ser evaluados con rigurosidad ya que esta evaluación es la única manera que tenemos de saber si hemos conseguido nuestro objetivo.</p>

#### ASISTENCIA ESPAÑOLA A LOS PLANES NACIONALES DE DROGAS DE LOS PAÍSES DEL ESTE DE EUROPA

85.	<p>El número de propuestas presentadas por España fue:</p> <p>Respuesta: b) 6.</p> <p>España presentó 6 propuestas Hungría, Eslovenia, Rumania, Lituania, Letonia y República Checa.</p>
86.	<p>¿Cuál de las siguientes actividades es común en los cinco países?:</p> <p>Respuesta: c) Implantación o mejora de un Punto Focal Nacional que asegure la recogida y procesamiento de información.</p> <p>La necesidad de un sistema de información epidemiológico fue demandado por todos los países candidatos. A tal efecto, la Unión Europea establece un claro modelo a través de la Regulación del Consejo nº 302/93.</p>
87.	<p>Indique cuál de los siguientes países no recibirá asesoramiento de España:</p> <p>Respuesta: d) República Checa.</p> <p>De las seis propuestas que realizó España se le adjudicó 5: Hungría, Eslovenia, Rumania, Lituania y Letonia, quedando excluida la República Checa.</p>
88.	<p>¿Cuál de las siguientes tendencias no corresponde a los países del Este, según el último informe del Observatorio Europeo?:</p> <p>Respuesta: c) El consumo de drogas se encuentra localizado en los grandes centros urbanos.</p> <p>En el informe anual 2000 del estado actual del problema de las drogas en la Unión Europea el Observatorio Europeo se advierte una preocupante rápida expansión de las grandes ciudades a las zonas rurales.</p>
89.	<p>Los tres pilares fundamentales que pretenden implementar los Países de Este son:</p> <p>Respuesta: e) Comisión Nacional de Drogas, Observatorio Nacional y Plan Nacional sobre Drogas.</p> <p>Los tres pilares fundamentales que se pretenden implementar son la Comisión Nacional de Drogas, Observatorio Nacional y Plan Nacional sobre Drogas.</p>

**90.**

España participa en estos proyectos por:

Respuesta: c) Por concurso de méritos.

La Comisión Europea estableció un concurso de méritos al cual podían concurrir las Administraciones de todos los países miembros. España se presentó en seis convocatorias desde junio hasta diciembre de 2000.