



# Autoevaluación y Formación Continuada en



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

Volumen 4 - N.º 1 - 2002

*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.

## EL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LA POBLACIÓN JUVENIL ESPAÑOLA

1. Respecto a la situación global del consumo de alcohol en España y su evolución desde 1995 se puede constatar entre la población española de 15 a 65 años:
  - A. Una tendencia expansiva en los consumos de alcohol.
  - B. Una baja prevalencia de uso de alcohol.
  - C. Una mayor sensibilización de los ciudadanos con respecto a los riesgos asociados al consumo de alcohol.
  - D. Un aumento en el número de bebedores abusivos.
  - E. Un incremento en los niveles de ingesta de alcohol.
2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al abuso de alcohol entre los escolares españoles es falsa?:
  - A. La mitad de los escolares que han consumido alcohol en los últimos 30 días consumen 100 cc o más de alcohol puro durante el fin de semana.
  - B. Las cantidades medias de alcohol puro consumido por los escolares se sitúan en los 8,4 cc en día laborable.
  - C. El consumo de alcohol ocurre fundamentalmente durante los fines de semana.
  - D. Las cantidades medias de alcohol puro consumido por los escolares se sitúan en los en 161 cc en el fin de semana.
  - E. El 48,5% de los escolares reconoce haber sufrido problemas o consecuencias negativas asociadas al consumo de esta sustancia.
3. Los resultados del Programa Nacional de Encuestas sobre Drogas a Población Escolar, referidos al período 1994-2000, permiten identificar:
  - A. Una generalización de los consumos de alcohol entre los escolares.
  - B. Una expansión de los consumos de alcohol.
  - C. El consumo de alcohol entre semana sigue siendo el patrón de uso dominante.
  - D. Un descenso importante en las edades de inicio al consumo de alcohol.
  - E. Que el 50% de los jóvenes consumen alcohol para evadirse de problemas personales.

<p><b>4.</b></p>	<p>¿Cuál de las siguientes tipologías no está basada en el consumo medio diario tal y como las clasifica la Dirección General de Salud Pública y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo)?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. Moderados.</li> <li><input type="checkbox"/> B. Abstinentes.</li> <li><input type="checkbox"/> C. Ligeros.</li> <li><input type="checkbox"/> D. Embriagados.</li> <li><input type="checkbox"/> E. Gran riesgo.</li> </ul>
<p><b>5.</b></p>	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. Un hombre es considerado bebedor abusivo si consume más de 4 UBEs.</li> <li><input type="checkbox"/> B. Una mujer es que consume más de 3 UBEs es una bebedora abusiva.</li> <li><input type="checkbox"/> C. Las mayores prevalencias de abuso de alcohol se sitúa en el intervalo de edad de 25-29 años.</li> <li><input type="checkbox"/> D. Los consumos diarios de alcohol se asocian a varones adultos.</li> <li><input type="checkbox"/> E. La mayor prevalencia de bebedores de gran riesgo se sitúa en el intervalo de edad de 15-19 años.</li> </ul>
<p><b>6.</b></p>	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. La tipología de bebedores en fin de semana en función del sexo permite constatar que es el grupo de 20-24 años, para ambos sexos, el que registra las menores prevalencias de bebedores abusivos.</li> <li><input type="checkbox"/> B. El consumo de alcohol con una frecuencia semanal entre los españoles de 15 a 65 años alcanzaba en 1999 unos porcentajes muy superiores a los observados para los consumos diarios.</li> <li><input type="checkbox"/> C. En el fin de semana se observa que son los jóvenes quienes registran con mayor frecuencia los episodios de abuso de alcohol.</li> <li><input type="checkbox"/> D. Una parte significativa de la población ingiere grandes cantidades de bebidas alcohólicas en el fin de semana.</li> <li><input type="checkbox"/> E. El consumo abusivo de alcohol en el fin de semana está más equilibrado entre los sexos que el registrado en los días laborables.</li> </ul>

### ALCOHOL, JÓVENES Y ACCIDENTES DE TRÁFICO

<p><b>7.</b></p>	<p>El riesgo de sufrir un accidente de tráfico con un nivel de alcoholemia de 80 mg/100 ml:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. Es mayor en los jóvenes que en los adultos.</li> <li><input type="checkbox"/> B. Es menor en los bebedores esporádicos.</li> <li><input type="checkbox"/> C. Es mayor en los bebedores excesivos.</li> <li><input type="checkbox"/> D. Es mayor en las personas de mayor edad.</li> <li><input type="checkbox"/> E. a) y b) son ciertas.</li> </ul>
<p><b>8.</b></p>	<p>En la actualidad en España. ¿Cuál es el límite legal de alcohol en sangre permitido para conducir?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. 0,5 gramos/litro como norma general.</li> <li><input type="checkbox"/> B. 0,5 gramos/litro para transporte público.</li> <li><input type="checkbox"/> C. 0,8 gramos /litro para todo tipo de vehículos.</li> <li><input type="checkbox"/> D. 0,3 gramos /litro para transporte público.</li> <li><input type="checkbox"/> E. a) y d) son ciertas.</li> </ul>
<p><b>9.</b></p>	<p>¿Cuál de estas medidas le parece que actúa sobre la conducta a través de un control informal?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> A. Restricción en los jóvenes del nivel de alcoholemia permitido para conducir.</li> <li><input type="checkbox"/> B. Realización de campañas de publicidad.</li> <li><input type="checkbox"/> C. Aumento del precio del alcohol.</li> <li><input type="checkbox"/> D. Realización de controles de alcoholemia.</li> <li><input type="checkbox"/> E. Intervenciones educativas.</li> </ul>

10. ¿Cuál de estas medidas le parece que actúa sobre la conducta a través de un control informal y en el nivel de decisión de conducir o no conducir cuando se han consumido bebidas alcohólicas?:

- A. Entrenamiento de servidores.
- B. Programas del conductor designado.
- C. Entrenamiento de servidores.
- D. *Interlock*.
- E. Realización de campañas de publicidad.

11. ¿Qué medida 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.

12. ¿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.

### MEDIDAS COERCITIVAS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS. DIFICULTADES EN LA APLICACIÓN DE LAS POLÍTICAS RESTRICTIVAS FRENTE AL ALCOHOL

13. Respecto a la relación consumo de alcohol y morbi-mortalidad se puede decir:

- A. Es posible obtener una relación lineal entre consumo de alcohol y mortalidad.
- B. La mayoría de estudios realizados desde los años veinte han obtenido una curva en J entre el consumo de alcohol y mortalidad global.
- C. Casi siempre se observa una mortalidad más alta en los bebedores ligeros que en las personas abstemias.
- D. Algunos estudios han demostrado que no existe una relación dosis-respuesta entre riesgo mórbido y consumo individual.
- E. Desde un punto de vista poblacional es fácil establecer la relación existente entre niveles de consumo *per cápita* y riesgo relativo.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?:

- A. Un gran número de políticas han venido demostrando su efectividad en la disminución cuantitativa y cualitativa de los problemas relacionados con el alcohol.
- B. Las políticas de actuación deben ser además de eficaces de alta aplicabilidad.
- C. El consumo óptimo de alcohol a nivel poblacional debe ser 2 ó 3 veces inferior al consumo óptimo a nivel individual.
- D. La implantación de políticas encaminadas a disminuir los problemas relacionados con el alcohol han dejado de ser una prioridad dentro de las políticas de salud pública.
- E. La mayoría de los países occidentales tienen actualmente un nivel de consumo poblacional de alcohol muy superior al deseable.

15. ¿Cuál de las siguientes medidas se englobarían en políticas de disuasión a los posibles usuarios de alcohol?:

- A. Intervenciones sanitarias en el ámbito de Atención Primaria de Salud.
- B. Programas de Educación para la Salud.
- C. Programas de intervención con poblaciones específicas.
- D. La a y la b.
- E. La a, b y c.

16. ¿Cuál de las siguientes actuaciones no están encaminadas a articular medidas dirigidas a cambiar la normativa pública?:
- A. Las sanciones sobre conductores que han consumido alcohol.
  - B. Las medidas que limitan el acceso al alcohol.
  - C. Las intervenciones sanitarias a nivel de la Atención Primaria.
  - D. Las políticas impositivas.
  - E. Las restricciones publicitarias.

17. Respecto al desarrollo de políticas de intervención, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
- A. El desarrollo de políticas de intervención en el tema de alcohol es siempre un proceso de resolución de conflicto de intereses.
  - B. No se ha observado una asociación entre el incremento en el precio de la bebida y el descenso en el consumo de alcohol.
  - C. Es necesario en la aplicación de políticas de intervención conseguir un equilibrio entre los beneficios percibidos y el placer de la bebida por un lado y los costes sanitarios y socioeconómicos asociados con el consumo de alcohol.
  - D. En general, son dos las diferentes aproximaciones para reducir los problemas relacionados con el alcohol.
  - E. Una de las posibles actuaciones tendentes a disuadir al individuo de beber es proveerle información y consejos.

18. ¿Cuál de los siguientes cometidos no cumplen las políticas impositivas?:
- A. Reducen los consumos de alcohol.
  - B. Reducen los consumos de alcohol de una forma no lineal.
  - C. Reducen los consumos de alcohol de manera uniforme.
  - D. No están especialmente mal vistas por la población general y, por supuesto.
  - E. Constituyen una buena fuente de ingresos fiscales.

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 3 - N.º 4 - 2001

## CRAVING Y ADICCIÓN A DROGAS

- 121.** Tradicionalmente el *craving* y el impulso se han considerado respectivamente como:  
Respuesta: c) Deseo intenso e intención conductual.  
El *craving* representaría un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo y el impulso se conceptualiza como la consecuencia instrumental del *craving*, la intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica.
- 122.** Según Early existen cuatro tipos de deseo:  
Respuesta: d) Uso reforzado, interoceptivo, encubierto, condicionado a señales externas e internas.  
Early conceptualiza y distingue cuatro tipos de deseo de droga: uso reforzado, interoceptivo, encubierto y condicionado a señales externas e internas.
- 123.** La memoria de recompensa se refiere a:  
Respuesta: a) La elevada saliencia de las señales ambientales emparejadas con la droga o al propio consumo de ella.  
La memoria de recompensa, la cual puede ser inconsciente, da una elevada atención o saliencia, a las señales ambientales que están comúnmente emparejadas con la droga o al propio consumo de ella.
- 124.** Los modelos de condicionamiento se distinguen en:  
Respuesta: b). Modelos basados en el síndrome de abstinencia y modelos basados en la búsqueda de efectos positivos.  
Estos modelos se distinguen en modelos basados en la evitación del síndrome de abstinencia y en modelos basados en la búsqueda de efectos positivos asociados al consumo.
- 125.** Según Tiffany, los modelos cognitivo-conductuales enfatizan constructos como:  
Respuesta: c) Expectativas, atribuciones, y autoeficacia en el control de la conducta de consumo.  
Respuesta: c) Según Tiffany, los modelos cognitivo-conductuales (también llamados modelos de aprendizaje social) enfatizan constructos como expectativas, atribuciones, y autoeficacia en el control de la conducta de consumo.
- 126.** La afirmación de que «el *craving* es generado después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga provocando expectativas positivas sobre los efectos de ésta» corresponde al:  
Respuesta: d) Modelo de Expectativas de Resultado.  
El Modelo de Expectativas de Resultado afirma que el *craving* es generado después de la exposición a señales medioambientales relacionadas con la droga, que provocan expectativas positivas sobre los efectos de ésta.

## ALGORITMO E INTERPRETACIÓN DE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE METADONA

- 127.** La dosis inicial de metadona, en los programas de mantenimiento con este opiáceo, se calcula en función de:  
Respuesta: e) A y C son ciertas.  
La dosis inicial de metadona se calcula en función del consumo de heroína individual del paciente ya que es importante conocer el grado de tolerancia, por otro lado como metadona se distribuye ampliamente en el organismo, sobre todo en tejido adiposo el cual actuará como reservorio de fármacos, por lo que es importante considerar los parámetros fisiológicos (peso/altura, peso magro) a la hora de ajustar la dosis.
- 128.** En la cuantificación de metadona en plasma. ¿Qué período de tiempo mínimo debe transcurrir desde el último cambio de dosis de metadona, administrada por vía oral cada 24 horas, hasta la estabilización de su concentración plasmática?:  
Respuesta: d) 5 días.  
Cuando una sustancia se administra de forma continuada, llega un momento en el que la velocidad de administración y eliminación se igualan, alcanzándose un estado de equilibrio, esto ocurre tras 3-5 semividas. La semivida de metadona es 24 horas y coincide con el esquema de dosificación general de ésta, por lo que el estado estacionario se alcanzará a los 3-5 días. El tiempo de toma de muestras en caso de intuirse una medicación concomitante de carácter inductor del metabolismo de metadona debe incrementarse a 7 – 10 días, período de tiempo medio en el que se observa la aparición del SAO debido al incremento de la concentración de enzima.

<b>129.</b>	<p>¿Qué factores pueden inducir una alteración en los niveles plasmáticos de metadona y en consecuencia en la respuesta al tratamiento?:</p> <p>Respuesta: e) Todos los anteriores.</p> <p>La distribución de metadona en el organismo está condicionada por factores fisiológicos (edad, sexo, peso corporal) y patológicos (<math>\alpha_1</math>-glicoproteína ácida está aumentada en estrés, inflamación...) los cuales pueden modificar la concentración libre de metadona. La medicación concomitante puede producir interacciones de tipo farmacocinético (metabólicas) aumentando o disminuyendo los niveles de metadona.</p>
<b>130.</b>	<p>Cuando un paciente en programa de mantenimiento con metadona está en tratamiento antirretroviral con efavirenz, presenta síndrome de abstinencia el cual se comprueba a través de la cuantificación del nivel plasmático de metadona. ¿Qué acción considera la más correcta?:</p> <p>Respuesta: a) Aumentar la dosis y el número de tomas diarias de metadona.</p> <p>Efavirenz es un fármaco que induce la síntesis del citocromo P4503A sin afectar su actividad, esto significa que existe mayor cantidad de enzima para metabolizar la metadona produciendo una disminución de su semivida sin afectar al volumen de distribución, como estrategia compensatoria se puede incrementar la dosis de metadona fraccionándola en varias tomas diarias para evitar grandes fluctuaciones de los niveles plasmáticos manteniendo una concentración media adecuada para prevenir el SAO.</p>
<b>131.</b>	<p>¿Qué parámetros farmacocinéticos de la metadona pueden verse alterados por tratamiento concomitante con fármacos inductores enzimáticos?:</p> <p>Respuesta: c) El metabolismo.</p> <p>Los fármacos inductores enzimáticos producen un incremento del metabolismo de la metadona disminuyendo su semivida, y causando una aparición precoz y aumentada de sus metabolitos en orina sin afectar al mecanismo de excreción urinaria propiamente dicho.</p>
<b>132.</b>	<p>¿Cuál es el principal determinante para el aclaramiento hepático de la metadona?:</p> <p>Respuesta: d) Todas son ciertas.</p> <p>La alta irrigación hepática, la unión a proteínas y la capacidad intrínseca del hígado para eliminar fármacos son los principales determinantes para el aclaramiento hepático de metadona. Un hígado no funcional puede producir modificaciones fisiológicas como pérdida de peso, diarrea y alteraciones en el nivel de las proteínas plasmáticas, desestabilizando al paciente, en algunos casos con aparición de síndrome de abstinencia, con el consiguiente riesgo de consumo de drogas ilegales.</p>

#### EXPOSICIÓN PRENATAL A DROGAS Y EFECTOS EN EL NEONATO

<b>133.</b>	<p>¿Qué tipo de sustancias de abuso definen el clásico síndrome de abstinencia agudo neonatal a sustancias de abuso?:</p> <p>Respuesta: c) Narcóticos.</p> <p>El síndrome de abstinencia neonatal a sustancias de abuso fue descrito inicialmente para los narcóticos. Hoy día se asume que un cuadro clínico similar podría aparecer en el hijo de madre consumidora de cocaína, benzodiazepinas y/o alcohol. El cannabis no produce síndrome de abstinencia neonatal agudo. Bishai R, Koren G. Maternal and obstetric effects of prenatal drug exposure. Clin Perinatol 1999;26:75-86.</p>
<b>134.</b>	<p>¿Cuál de las siguientes características no es típica del síndrome clínico de abstinencia neonatal a sustancias de abuso?:</p> <p>Respuesta: d) Estreñimiento.</p> <p>Uno de los síntomas más llamativos de la clínica digestiva del síndrome de abstinencia neonatal agudo es la diarrea acuosa con gran enrojecimiento del área perineal. Lejeune C, Floch-Tudal C, Montamat S, Crenn-Hebert C, Simonpoli AM. Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Arch Pediatr 1997;4:263-70.</p>
<b>135.</b>	<p>¿Qué test de los siguientes sirve para valorar la intensidad del síndrome de abstinencia neonatal agudo en el hijo de madre toxicómana?:</p> <p>Respuesta: d) Finnegan.</p> <p>La puntuación de Finnegan es la más utilizada en nuestro medio. Se trata de una escala numérica que valora 31 ítems (algunas modificadas valoran menos ítems) y resulta muy útil para controlar el tratamiento de estos niños. Finnegan LP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. En: Rubaltelli FF, Granati B, eds. Neonatal therapy: an update. Amsterdam: Elsevier Science, 1986.</p>
<b>136.</b>	<p>De las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento del síndrome de abstinencia neonatal a drogas ¿cuál es falsa?:</p> <p>Respuesta: c) Todos los niños hijos de madre toxicómana precisan tratamiento farmacológico.</p> <p>La intensidad del síndrome de abstinencia depende de la sustancia consumida, de la cantidad, de la cronicidad, de la última dosis e, incluso, de factores individuales de cada niño. Por eso, no todos los niños precisan tratamiento farmacológico. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics 1998;101:1079-88.</p>

<b>137.</b>	<p>De las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento no farmacológico del síndrome de abstinencia neonatal agudo ¿cuál es falsa?:</p> <p>Respuesta: c) Consiste, entre otras medidas, en mantenerlo a dieta absoluta mientras dure la clínica.</p> <p>El tratamiento inicial o de soporte es esencial y consiste en medidas no farmacológicas encaminadas a disminuir la clínica de ansiedad del niño. Entre estas medidas están la disminución de la estimulación sensorial al niño, evitando ruidos y luces intensas, la alimentación con leche hipercalórica a pequeñas y frecuentes tomas, el acunarlo o mecerlo, evitar los cambios de temperatura,... Si estas medidas no son suficientes, se iniciará el tratamiento farmacológico. Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics 1998;101:1079-88.</p>
<b>138.</b>	<p>¿Cuál de las siguientes drogas está contraindicada en el tratamiento farmacológico del síndrome de abstinencia neonatal?:</p> <p>Respuesta: e) Naloxona.</p> <p>La naloxona puede producir un cuadro brusco y muy intenso de abstinencia en el neonato por lo que está contraindicada. La tintura de opio y la solución de morfina se han usado mucho, aunque hoy ya están en desuso. La metadona se empieza a utilizar actualmente y, tal vez en el futuro sea la droga de elección. El fenobarbital es la sustancia más utilizada en nuestro medio. Committee on Substance Abuse. Drug-exposed infants. Pediatrics 1995;96:364-7.</p>

**PREVENCIÓN FAMILIAR DEL CONSUMO DE DROGAS**

<b>139.</b>	<p>Las áreas en las que suelen ejercer una mayor influencia los padres sobre sus hijos adolescentes son:</p> <p>Respuesta: e) Las decisiones a largo plazo.</p> <p>Se ha demostrado que los padres ejercen una influencia duradera sobre los valores, actitudes y creencias de sus hijos y sobre las decisiones que pueden tener consecuencias a largo plazo (4).</p>
<b>140.</b>	<p>De los estudios de transmisión genética del abuso de drogas se desprende que una de las siguientes afirmaciones es falsa:</p> <p>Respuesta: a) La herencia es más importante en las mujeres.</p> <p>Los factores genéticos son más importantes en la transmisión de problemas con las drogas en los hombres (6).</p>
<b>141.</b>	<p>Según la teoría de la progresión del consumo de drogas de Kandel el modelado de los padres es crítico:</p> <p>Respuesta: c) En las etapas iniciales de consumo.</p> <p>Para la teoría de la progresión del consumo de Kandel, el modelado de los padres es crítico en las primeras etapas de consumo, mientras que la calidad de las relaciones padres e hijos cobra importancia en las etapas posteriores (18).</p>
<b>142.</b>	<p>A partir de la experiencia norteamericana de prevención familiar del consumo de drogas se concluye que los programas que tienen mejor poder de convocatoria y de retención para los padres son los que se canalizan y desarrollan a partir de:</p> <p>Respuesta: d) Los centros docentes.</p> <p>Los programas de prevención familiar que se canalizan y desarrollan en los centros docentes tienen más poder de convocatoria y de retención de los padres que aquellos que se canalizan en otros contextos.</p>
<b>143.</b>	<p>El elemento decisivo del éxito de los programas de prevención familiar del consumo de drogas parece ser:</p> <p>Respuesta: b) El entrenamiento en habilidades.</p> <p>El elemento decisivo del éxito de los programas de prevención familiar parece residir en centrar las intervenciones en el desarrollo de habilidades (4).</p>
<b>144.</b>	<p>La teoría de la conducta problema de Jessor predice que los adolescentes están en mayor riesgo si:</p> <p>Respuesta: a) Los padres y la comunidad carecen de coacciones externas al consumo de drogas.</p> <p>Un aspecto central de la teoría de la conducta problema de Jessor es que los adolescentes están en mayor riesgo si se encuentran desligados de sus padres (26).</p>