



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 4 - N.º 3 - 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.

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DE SUJETOS DROGODEPENDIENTES QUE SOLICITAN TRATAMIENTO MEDIANTE EL BIG-FIVE QUESTIONNAIRE

49. El paradigma de los Big-Five o Cinco Grandes dimensiones de la personalidad:
- ☐ A. Utiliza el análisis factorial.
 - ☐ B. Considera que las diferencias individuales más sobresalientes y socialmente relevantes se encuentran «sedimentadas» en el lenguaje cotidiano (hipótesis léxica).
 - ☐ C. Se dedica al estudio de la personalidad sana.
 - ☐ D. Prescinde de teorías explicativas, adoptando un enfoque meramente empírico.
 - ☐ E. Todas las respuestas anteriores son ciertas.
50. ¿Cuál de los siguientes autores no ha adoptado el análisis factorial como paradigma de investigación?:
- ☐ A. Catell.
 - ☐ B. Eysenck.
 - ☐ C. Millon.
 - ☐ D. Caprara.
 - ☐ E. Costa.
51. Cuando nos referimos a la personalidad estamos utilizando un constructo que se refiere:
- ☐ A. Exclusivamente a las características estables del comportamiento que han sido adquiridas mediante el proceso de aprendizaje.
 - ☐ B. A los repertorios básicos de conducta aprendidos.
 - ☐ C. Principalmente a las cualidades de índole biológica heredadas.
 - ☐ D. A las características de índole biológica tales como neurotransmisión, función endocrina y estructura del sistema nervioso central.
 - ☐ E. A la conjugación de factores biológicos (genéticos y metabólicos) y el proceso de aprendizaje, que proporcionan un patrón de actividad peculiar e idiosincrásico, estable y consistente.
52. ¿Cuáles de estos cuestionarios estudian la personalidad desde el paradigma de los Big-Five?:
- ☐ A. El EPQ de Eysenck y el 16-PF de Catell.
 - ☐ B. El SCL-90-R de Derogatis y el MCMI-2 de Millon.
 - ☐ C. El MCMI-2 de Millon y el BFQ de Caprara.
 - ☐ D. El BFQ de Caprara y el NEO-PI-R de McCrae y Costa.
 - ☐ E. El NEO-PI-R de McCrae y Costa y el SCL-90-R de Derogatis.

53.	El proceso de <i>matching</i> hace referencia: ☐ A. A la selectividad que muestran sujetos con determinado patrón de personalidad por una droga concreta. ☐ B. A la eficiente asignación de recursos de rehabilitación en función de características y necesidades de los pacientes. ☐ C. A los períodos de «ventana plástica» que muestra el SNC en su proceso de desarrollo. ☐ D. A la correlación entre rasgos estables de la personalidad y manifestaciones psicopatológicas del malestar. ☐ E. Ninguna de las anteriores es cierta.
54.	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?: ☐ A. La dimensión de afabilidad puede considerarse análoga al eje Introversión/Extraversión de Eysenck. ☐ B. La dimensión de estabilidad emocional es la más relacionada con la predisposición a desarrollar conductas de riesgo para la salud. ☐ C. La dimensión de tesón es asimilable a la dimensión de neuroticismo formulada por Eysenck. ☐ D. La dimensión de apertura mental muestra, en muy diversos estudios, una consistente correlación negativa con la dimensión de búsqueda de sensaciones formulada por Zuckerman. ☐ E. La dimensión de Energía aparece habitualmente elevada cuando se estudian muestras de sujetos drogodependientes.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA PSICOSIS CANNÁBICA	
55.	¿En qué década han sido publicados la mayoría de los estudios llevados a cabo acerca de la existencia de la psicosis cannábica?: ☐ A. Década de los años 50. ☐ B. Década de los años 60. ☐ C. Década de los años 70. ☐ D. Década de los años 80. ☐ E. Década de los años 90.
56.	A partir de la publicación del estudio ECA ha aumentado el interés hacia cierto de fenómeno existente en la patología psiquiátrica. ¿Cómo se conoce a dicho fenómeno?: ☐ A. Cannabismo. ☐ B. Dimensionalidad. ☐ C. Continuidad. ☐ D. Comorbilidad. ☐ E. Bipolaridad.
57.	¿Cuál de las siguientes respuestas NO describe una de las críticas empleadas para negar la existencia de la psicosis cannábica?: ☐ A. Muestras pequeñas en los estudios. ☐ B. Ausencia de entrevistas estandarizadas de evaluación. ☐ C. Falta de estudios de seguimiento. ☐ D. Ausencia de grupos control. ☐ E. Buena metodología en los estudios.
58.	¿En cuál de las versiones de los manuales diagnósticos empleados con mayor asiduidad (DSM y CIE) aparece por primera vez el término «Trastorno psicótico por consumo de cannabis»?: ☐ A. DSM-III. ☐ B. CIE-8. ☐ C. DSM-III-R. ☐ D. DSM-IV. ☐ E. CIE-10.
59.	¿Cuál de los siguientes síntomas NO suele aparecer en los trastornos psicóticos tras consumo de cannabis?: ☐ A. Fenómenos de despersonalización. ☐ B. Ideas delirantes de referencia. ☐ C. Auto y/o heteroagresividad. ☐ D. Ausencia de alucinaciones auditivas. ☐ E. Síntomas depresivos.

60.	¿Cuál de los aspectos relacionados con las críticas a los estudios acerca de las psicosis por cannabis continúa sin haberse mejorado?: ☐ A. Estudios de seguimiento. ☐ B. Detección fiable de consumo de cannabis. ☐ C. Uso de entrevistas estandarizadas. ☐ D. Metodología adecuada. ☐ E. Uso de grupos control.
MALESTAR PSICOLÓGICO Y DESCONTROL ALIMENTARIO EN DROGODEPENDENCIAS	
61.	En relación a la patología dual, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?: ☐ A. Entre un 80-90% de los consumidores de drogas ha tenido al menos un diagnóstico psiquiátrico durante su vida y en un 50% más de uno. ☐ B. Se ha encontrado una relación entre la dependencia de alcohol y el trastorno antisocial de la personalidad. ☐ C. El 90% de la población de las prisiones con patología psiquiátrica han tenido adicción a alcohol y otras drogas. ☐ D. Los pacientes de programas de drogodependencias que abandonan el tratamiento suelen tener una personalidad con síntomas de impulsividad, pocas relaciones sociales, inestabilidad emocional y dependencia. ☐ E. Todas las anteriores son ciertas.
62.	¿Cuál de los siguientes trastornos presenta más riesgo de presentar una drogodependencia?: ☐ A. Anorexia Nerviosa. ☐ B. Bulimia Nerviosa. ☐ C. Trastorno por Atracón. ☐ D. Anorexia Nerviosa Atípica. ☐ E. Trastorno alimentario no especificado.
63.	¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?: ☐ A. El alcohol es un desinhibidor de la ingesta alimentaria. ☐ B. Los agonistas opiáceos inducen la ingesta de comidas altamente sabrosas (lípidos y dulces). ☐ C. La naltrexona disminuye el consumo de comidas altamente sabrosas. ☐ D. El alcohol refuerza el sistema opioide. ☐ E. La sobreingesta alimentaria aumenta la probabilidad de reforzar el uso de sustancias como el alcohol, heroína y cocaína.
64.	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?: ☐ A. La cocaína aumenta la ingesta alimentaria. ☐ B. El consumo de tabaco aumenta la ingesta alimentaria. ☐ C. Los antagonistas opiáceos aumentan el deseo de consumir alcohol. ☐ D. El consumo de cocaína no favorece la aparición de un trastorno alimentario. ☐ E. Todas las respuestas anteriores son falsas.
65.	¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?: ☐ A. La noradrenalina disminuye la ingesta alimentaria. ☐ B. La serotonina produce sensación de saciedad y bienestar general. ☐ C. La dopamina y serotonina está involucrada en los mecanismos de recompensa. ☐ D. La colecistocinina disminuye el volumen de la ingesta alimentaria. ☐ E. Todas las anteriores respuestas son correctas.
66.	Cuando nos referimos a la teoría de la Automedicación, nos estamos refiriendo: ☐ A. Que existe una vulnerabilidad biológica común que favorece la aparición de un trastorno alimentario y una drogodependencia. ☐ B. Que existe un trastorno del control de los impulsos que favorece la aparición de varios trastornos psiquiátricos. ☐ C. La utilización de una sustancia psicotropa para aliviar el malestar psicológico que provoca un trastorno psiquiátrico. ☐ D. La existencia de un factor ambiental que aumenta la probabilidad de que un paciente con bulimia nerviosa presente una drogodependencia. ☐ E. Cuando dos trastornos psiquiátricos coexisten de forma independiente.

DROGODEPENDENCIAS JUVENILES: REVISIÓN SOBRE LA UTILIDAD DE LOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS BASADOS EN LA FAMILIA	
67.	Uno de los siguientes es un principio teórico básico de los abordajes familiares de orientación sistémica: ☐ A. Las enfermedades mentales y los trastornos de conducta responden a un patrón fenotípico familiar. ☐ B. Las conductas humanas son unidades de información y comunicación cuyo significado solo puede ser entendido conociendo el contexto donde se producen. ☐ C. Las terapias familiares consisten en el tratamiento psicoterapéutico de todos y cada uno de los miembros de una familia. ☐ D. El abordaje sistémico es incompatible con otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas. ☐ E. Todas las anteriores son falsas.
68.	En qué aspectos ha demostrado ser beneficiosa la terapia familiar en la esquizofrenia: ☐ A. Es un tratamiento etiológico que hay que hacer siempre. ☐ B. Aumenta las tasas de cumplimiento de tratamiento psicofarmacológico, disminuyen el tiempo de hospitalización en las recaídas y disminuyen las tasas de recaídas post-hospitalización. ☐ C. Disminuyen los síntomas positivos de la enfermedad. ☐ D. Actúa fundamentalmente sobre la clínica delirante. ☐ E. Se ha demostrado eficaz para realizar consejo genético.
69.	Añadir terapia familiar al tratamiento de los drogodependientes ayuda a: ☐ A. Disminuir las dosis de sustancias que consumen. ☐ B. Prevenir el uso de sustancias en otros miembros de la familia. ☐ C. Reducir el nivel de consumo de sustancias post-tratamiento y aumentar la adherencia y permanencia de los pacientes en los programas de tratamiento. ☐ D. No se ha demostrado ninguna utilidad. ☐ E. A y B son ciertas.
70.	Indicar cuales de los siguientes criterios utiliza la Asociación de Psicólogos Americana para considerar que una técnica de intervención psicoterapéutica está empíricamente sustentada y puede clasificarse en la Categoría I: ☐ A. Deben haberse realizado tres trabajos de investigación sobre una técnica y la patología sobre la que se aplica. ☐ B. Debe haberse realizado un estudio en una muestra suficientemente amplia y randomizada, y que se establezca su superioridad frente a condiciones de placebo u otro tratamiento genuino. ☐ C. Al menos dos ensayos clínicos randomizados, realizados por grupos de condiciones de placebo u otro tratamiento genuino. ☐ D. Tres estudios de seguimiento y una serie de casos. ☐ E. Ninguno de los anteriores.
71.	¿En qué patologías ha demostrado la terapia familiar ser más eficaz que otros tipos de intervenciones psicoterapéuticas?: ☐ A. Anorexia, bulimia, trastornos bipolares. ☐ B. Neurosis de angustia, fobias y trastornos obsesivos. ☐ C. Demencias y otros trastornos relacionados con la senilidad. ☐ D. Esquizofrenia, trastornos de conducta y drogodependencias. ☐ E. Depresión.
72.	¿Qué hipótesis parece más plausible para explicar los buenos resultados obtenidos al aplicar terapia familiar en adolescentes con trastornos de conducta y drogodependencias?: ☐ A. La terapia familiar actúa sobre el núcleo patológico que es la familia. ☐ B. La terapia familiar dirige su objetivo sobre los modelos de aprendizaje de los jóvenes. ☐ C. Las conductas antisociales que sustentan en déficit en la disciplina y en las relaciones afectivas dentro de la familia y la terapia familiar dirige su objetivo sobre estos aspectos. ☐ D. Las conductas transgresoras son propias de la organización familiar a la que pertenece el paciente. ☐ E. La terapia familiar actúa deprimiendo las funciones parentales de los progenitores que son demasiado exigentes.

PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN EL PAÍS VASCO: DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS Y OFICINAS DE FARMACIA	
73.	¿Cuándo se difundieron con mayor rapidez los programas de mantenimiento con metadona?: ☐ A. En 1965 con Dole y Nyswander. ☐ B. En la década de los años 90 tras la epidemia del SIDA. ☐ C. En 1981 tras conocerse los primeros casos de SIDA. ☐ D. Aún no se han difundido con rapidez. ☐ E. En los años 50 tras el reciente descubrimiento de la metadona.
74.	¿Qué son los <i>niveles de retención</i> en los programas de mantenimiento con metadona?: ☐ A. Son la capacidad y disposición del usuario para permanecer en el programa de tratamiento. ☐ B. Es el consumo mantenido de metadona dentro o fuera de un programa sanitario. ☐ C. Es la dependencia de la metadona por los pacientes. ☐ D. Es la actitud a consumir menos heroína. ☐ E. Son los modos de relación que se establecen entre pacientes y los tratamientos.
75.	¿Cuál puede ser el perfil más frecuente entre los usuarios de los PMM?: ☐ A. Personas de larga trayectoria de consumo con múltiples fracasos terapéuticos, con importante deterioro en su salud. ☐ B. Personas que solo han consumido heroína en los últimos dos años y tiene estabilizada su residencia. ☐ C. Heroinómanos por vía endovenosa que no son seropositivos a VIH. ☐ D. Politoxicómanos que no presentan intolerancia gastroduodenal. ☐ E. Cualquier persona heroinómana excepto si está embarazada, tiene hepatitis o es positivo a VIH.
76.	¿Cuál de las siguientes iniciativas fueron precursoras de los programas y políticas de reducción de riesgos?: ☐ A. A principios de siglo XX fue utilizada la heroína como terapia sustitutiva de la morfinomanía. ☐ B. En EE.UU. se crearon las <i>Narcotic Clinics</i> entre 1911 y 1923 especializadas en desintoxicación y mantenimiento con opiáceos. ☐ C. Dole y Nyswander iniciaron en los años 60 los programas de mantenimiento con metadona para bloquear los efectos de los opiáceos. ☐ D. En Gran Bretaña se instauró en 1926 el <i>British System</i>, reapareciendo en los años 60, pudiendo prescribirse todo tipo de drogas, heroína y cocaína incluidas. ☐ E. Todas son ciertas.
77.	La reducción de consumos de opiáceos es uno de los objetivos de los PMM, pero también se han constatado prevalencias considerables de sustancias ilícitas. Se han sugerido diversos mecanismos de acción para su explicación: ☐ A. El consumo de ciertas sustancias podría potenciar los síntomas de abstinencia opiácea y/o crear ansiedad y alterar el umbral de bloqueo opiáceo por mecanismos neuroquímicos. ☐ B. El consumo de cocaína puede asociarse con un alto porcentaje del metabolismo hepático de la metadona. ☐ C. El alcohol influye en el metabolismo de la metadona. ☐ D. Hay razones explicativas de tipo psicosocial (condicionamiento al medio, hábitos sociales adquiridos, el craving,...). ☐ E. Todas son ciertas.
78.	De los programas de mantenimiento con metadona derivan una serie de resultados: ☐ A. Menores consumos de heroína y de otras sustancias así como mejores condiciones de consumo. ☐ B. Tasas de seroconversión a VIH superiores a quienes no están en tratamiento. ☐ C. Disminuyen los episodios y conductas de riesgo. También se reduce considerablemente la delincuencia. ☐ D. Son ciertas A y C. ☐ E. Son ciertas A, B y C.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 4 - N.º 2 - 2002

CALIDAD DE VIDA, PSICOPATOLOGÍA, PROCESOS DE CAMBIO E HISTORIAL ADICTIVO EN LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	
19.	El Inventario de Procesos de cambio: Respuesta: d) Mide la utilización por parte del sujeto de distintas estrategias de cambio. El Inventario de Procesos de Cambio es un autoinforme desarrollado por Prochaska y Diclemente, para evaluar la frecuencia con la que las personas utilizan las distintas estrategias cognitivo-conductuales correspondientes a lo que en su modelo se denominan procesos de cambio.
20.	En los resultados del estudio, para el total de pacientes: Respuesta: a) Las variables del historial adictivo informan que a más años de abuso, mayores puntuaciones en ansiedad rasgo, ansiedad-estado y depresión. Según los resultados obtenidos en el estudio, las variables correspondientes al historial adictivo (años de consumo, años de abuso, tratamientos anteriores) correlacionan de forma positiva con las variables de ansiedad medidas con el cuestionario STAI y, con la variable depresión medida con el Inventario de depresión de Beck.
21.	En general y, según los resultados del estudio: Respuesta: b) Un mayor historial adictivo se asocia con menos estrategias de afrontamiento, mayor psicopatología y menor calidad de vida. Los resultados obtenidos en el grupo de pacientes estudiados informan que un mayor número de años de consumo y de abuso se asocian a un menor desarrollo de estrategias de afrontamiento ante situaciones de riesgo, puntuaciones más altas en diversos indicadores de psicopatología y menores puntuaciones en calidad de vida.
22.	El grupo (o grupos) de pacientes con un mayor número de indicadores clínicos relacionados con el historial adictivo es (o son): Respuesta: b) El grupo alcohol. En los resultados obtenidos en nuestro estudio el grupo de pacientes que presenta un mayor número de asociaciones entre las variables del historial adictivo y el resto de variables es el grupo alcohol. Este resultado debe de interpretarse como una relación obtenida entre las variables estudiadas y la muestra concreta de pacientes con la que se ha realizado el estudio.
23.	Según los resultados del estudio, los pacientes del grupo cocaína: Respuesta: e) Todas son falsas. Los resultados han mostrado que los pacientes del grupo cocaína, obtienen puntuaciones bajas sobre el nivel de concienciación de su trastorno, niveles altos de impulsividad, síntomas de suspicacia y déficit en el control de estímulos.
24.	En general, los resultados del estudio permiten concluir que: Respuesta: e) Todas son correctas. Considerando que los resultados hacen referencia a una muestra de pacientes concreta, y que las variables estudiadas se corresponden a indicadores de unos instrumentos de evaluación específicos, todas las afirmaciones pueden considerarse correctas.

RECURSOS DE TRATAMIENTO EN INTERNET PARA CONDUCTAS ADICTIVAS	
25.	En relación a las conductas adictivas: Respuesta: d) Cualquier conducta gratificante puede convertirse en adictiva. Así lo proponen Echeburúa y Corral, y queda ratificado por la somera enumeración de conductas potencialmente adictivas que realizan Gándara et al. De hecho, muchas actividades socialmente aceptadas como aficiones saludables pueden invadir el repertorio conductual de algunos sujetos y cumplir los requisitos para ser consideradas como adicciones.

26.	En relación a la adicción a Internet: Respuesta: b) Algunos estudios concluyen que el uso de Internet puede considerarse un recurso de afrontamiento en la medida en que incrementa la autoeficacia percibida. LaRose et al han estudiado la conducta de sujetos que dedican una considerable cantidad de tiempo a navegar en Internet; a la luz de la teoría del aprendizaje social de Bandura, proponen que la autoeficacia percibida frente al ordenador puede utilizarse como un recurso de afrontamiento en la medida en que incrementa la autoestima de los sujetos y revierte estados depresivos previos.
27.	En relación a la adicción al juego: Respuesta: c) La filosofía de 12 pasos y 12 tradiciones se aplica a los jugadores problemáticos desde la red. La filosofía y el método de 12 pasos y 12 tradiciones, originario de Alcohólicos Anónimos, está disponible de forma implícita en muchas páginas de autoayuda, y de forma explícita en algunas de ellas.
28.	En relación a la adicción a la comida: Respuesta: d) Pueden encontrarse en la red diversos instrumentos de evaluación de los trastornos de la alimentación y de problemas asociados. En paidopsiquiatria.com y en utcas.com están disponibles varios cuestionarios de evaluación de la conducta alimentaria y problemas asociados; también se menciona alguna página que ofrece cuestionarios actitudinales que exploran variables sociales precursoras de los trastornos alimentarios.
29.	En relación a la dependencia nicotínica: Respuesta: b) Según estudios recientes, sólo el 5% de los fumadores que se proponen abandonar el hábito lo consiguen. Estudios recientes ofrecen cifras tan bajas para el abandono del hábito tabáquico, lo que situaría a la nicotina en niveles similares a los de otras drogas ilegales. Sin embargo, estas cifras son cuestionables en tanto que se refieren a resultados de tratamiento y omiten las remisiones espontáneas.
30.	En relación a Internet: Respuesta: e) Se han realizado intentos de regular los tratamientos psicológicos ofertados desde la red. El Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya ha propuesto un código ético para los terapeutas que ofrecen sus servicios en la red, encaminados a preservar los derechos de los usuarios, la privacidad de los datos, la confidencialidad de las informaciones y la garantía de la provisión de servicios de calidad con base científica.

ALCOHOL Y REDUCCIÓN DE DAÑO: LA INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	
31.	¿Cuál sería el objetivo más razonable para los médicos clínicos en los bebedores de riesgo sin conducta dependiente?: Respuesta: c) Pacto de consumo en torno a las 14-21 unidades/semanales. No existen evidencias científicas para recomendar firmemente la abstinencia alcohólica en ausencia de conducta dependiente. Hay sin embargo evidencias para recomendar un consumo inferior a 11-17 unidades diarias.
32.	En poblaciones con prevalencia de bebedores excesivos del 10%, el Valor Predictivo Positivo de la Gamma Glutamil Transeptidadas es aproximadamente del: Respuesta: e) 25%. El poder predictivo del CAGE es bajo en atención primaria. Recordemos que fue diseñado para pacientes hospitalizados. Dado que la prevalencia de alcoholismo es inferior al 10%, su valor predictivo será en el mejor de los casos del 25%.
33.	Señale cual de las siguientes preguntas es falsa respecto al empleo de gramos o unidades en la cuantificación del consumo de alcohol: Respuesta: e) La cuantificación por unidades no es fiable en bebedores excesivos. La cuantificación por unidades es equivalente a la cuantificación por gramos y permite en la práctica la toma de decisiones operativas equivalentes. Para los no iniciados es más fácil su aprendizaje que la cuantificación por gramos. Es un mito que los bebedores excesivos sin dependencia grave oculten o minimicen su consumo. Esto puede darse con los bebedores dependientes pero estos se detectan por otros procedimientos complementarios.
34.	El consumo del equivalente a tres cervezas diarias durante el primer trimestre del embarazo, NO supone un mayor riesgo de: Respuesta: b) Muerte súbita del lactante. No esta demostrada la relación entre consumo de alcohol en el primer trimestre del embarazo y mayor riesgo de muerte súbita del lactante. Sin embargo no ocurre así con el tabaquismo (materno) donde esta relación es especialmente intensa y grave.

35.	¿Cuál de los siguientes tumores se ha asociado de forma muy significativa con el consumo excesivo de alcohol?: Respuesta: d) Esófago. El cáncer de mama se ha asociado al consumo excesivo de alcohol y de tabaco. Por cada 20 g de alcohol/día el riesgo se incrementa en un 10%. No hay un umbral de seguridad válido para la población general.
36.	¿Cuál sería el límite de consumo de alcohol para varones adultos?: Respuesta: c) 40 g/día. La cantidad de 280 g a la semana o 40 g por día es un límite arbitrario pero internacionalmente aceptado (por la OMS entre otras instituciones) para definir el límite a partir del cual tanto los riesgos relativos para padecer problemas biológicos como el riesgo de presentar desviaciones psicoconductuales se incrementan de forma inaceptable e incompatible con la salud en su más amplio concepto.

PREVENCIÓN DE LESIONES ATRIBUIBLES AL ALCOHOL EN EL MARCO DE UNA POLÍTICA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS	
37.	La principal causa de años de vida perdidos en relación con el alcohol es: Respuesta: e) Las lesiones. Si bien la fracción atribuible de morbilidad y mortalidad relacionada con el alcohol es superior en las patologías mencionadas en las otras respuestas, las lesiones son la principal causa de años de vida perdidos tanto por su mayor número total como por tratarse de causas de mortalidad que inciden sobre gente joven.
38.	La relación entre consumo de alcohol y problemas sociales, entre los que cuentan los accidentes de tráfico, se representa gráficamente mediante: Respuesta: b) Una línea que progresa de forma paralela al consumo. Cualquier consumo de alcohol puede incidir negativamente sobre la accidentalidad. No existe ningún nivel de consumo asociado a una reducción de la mortalidad, observándose, por el contrario, una progresión lineal de la misma a medida que aumenta el consumo. En los jóvenes, cuya probabilidad de accidentarse es elevada y su riesgo cardiovascular es bajo, no cabe esperar beneficio alguno de un consumo «prudente» de alcohol.
39.	La mayor repercusión del consumo excesivo de alcohol en una comunidad se da a nivel de: Respuesta: d) Las minusvalías. Las lesiones son, numéricamente, la principal consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Éstas provocan más minusvalías que muertes. Por lo que respecta al coste del abuso de alcohol, más del 60% es a expensas del coste indirecto. El gasto sanitario (coste directo) representa alrededor del 28% del coste total.
40.	Las intervenciones preventivas seleccionadas son: Respuesta: c) Las medidas ambientales destinadas a población con elevada probabilidad de exponerse a riesgo. Las intervenciones seleccionadas son aquéllas destinadas a subpoblaciones con elevada probabilidad de exponerse a riesgo en función de su estilo de vida. Inciden sobre el ambiente cuyo riesgo se trata de disminuir.
41.	Cuando hablamos de prevención universal nos referimos a: Respuesta: e) A, B, C y D son ciertas. La prevención universal se dirige a la población general, susceptible de correr un riesgo. Al tratarse de medidas que se adelantan al problema, podemos considerarlas de prevención primaria, en su doble vertiente de prevención de oferta (medidas fiscales y legales) y demanda (información y educación).
42.	Los programas de dispensación responsable de bebidas alcohólicas tienen como objetivo: Respuesta: e) B y C son ciertas. La dispensación responsable beneficia al cliente, al empresario y a la sociedad. Sin embargo, el objetivo directo de los programas de dispensación responsable y, por tanto, de la formación del personal dispensador, es evitar servir alcohol a menores, a clientes intoxicados y disuadir de la conducción bajo los efectos del alcohol.

ASPECTOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA CLÍNICA EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS	
43.	La ética deontológica tiene como base: Respuesta: e) Solo la B y la C son ciertas. La ética nace del conflicto y es una rama de la filosofía cuyo fin nada tiene que ver con el sentimiento o las emociones.
44.	Las teorías que dan origen a la ética establecen: Respuesta: d) Todas las anteriores son falsas. La teoría utilitaria no conduce a una relación moral entre las partes, esto es así en la teoría de la autonomía. Por otra parte la teoría utilitaria no rechaza el paternalismo médico, todo lo contrario pues es su base.
45.	De la cultura postmoderna hay una aseveración falsa, ¿cuál de ellas es?: Respuesta: a) La enfermedad se plantea como algo individual y enmarcado en la cultura persona. En el nuevo paradigma postmoderno la enfermedad se planteará como algo crónico y basado en la comunidad, salud de la población y diversidad cultural.
46.	La globalización va a producir cambios en la ética médica: ¿cuál de ellos cree correcto?: Respuesta: a) Se producirá un cambio de principios: del de la autonomía, como principal, al de la beneficencia. La globalización llevará a un cambio de los principios éticos, pasando a ser prioritario el de la beneficencia. Incluso este principio deberá regir el diálogo intercultural.
47.	¿Cuál de estas aseveraciones, por sus aspectos éticos, le parece adecuada?: Respuesta: d) En el marco postmoderno destaca la relación cultural basada en la integridad. La ética en el marco actual se basa en la obligación, para pasar en el posmoderno a basarse en la integridad e impuesta por decisión voluntaria y confianza en un orden de conciencia o en comunidad.
48.	La ética... Respuesta: d) Las tres primeras son ciertas. Las tres primeras son ciertas pues la ética general se basa en principios aceptados a nivel general, mientras que la deontológica tiene su origen en el antiguo culto pitagórico. Además, la ética como la psicoterapia ofrece una concienciación del conflicto.