



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 6 - N.º 1 - 2004



Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada*. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en este área.

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

ESTUDIO DE *BURNOUT* EN PROFESIONALES DE DROGODEPENDENCIAS

1. El primer investigador en proponer el concepto de *burnout* fue:
 - A. Cristina Maslach.
 - B. Herbert Freudenberger.
 - C. Michael Leiter.
 - D. Albert Bandura.
 - E. Albert Ellis.
2. Tras su trabajo de observación de los profesionales y sus condiciones de trabajo, formuló sucesivamente las 3 dimensiones del *burnout*, y la última en incluirse fue:
 - A. Reducción de la autorrealización.
 - B. Inestabilidad emocional.
 - C. Motivación de logro.
 - D. Afrontamiento del estrés.
 - E. Prestigio social.
3. El instrumento más utilizado en la evaluación del *burnout* es:
 - A. El SCL-90-R, que estudia los síntomas de estrés.
 - B. El BDI, Burnout Depresión Inventory, elaborado por Beck.
 - C. El MCMI-II, que estudia las variables de personalidad implicadas en el *burnout*.
 - D. El MBI, Maslach Burnout Inventory, que estudia las tres dimensiones del *burnout*.
 - E. Todos los anteriores.
4. Los estudios psicométricos que se han realizado sobre el MBI arrojan como conclusiones:
 - A. Es un sólido instrumento de evaluación que presenta elevados índices de fiabilidad en todas sus escalas.
 - B. El análisis factorial confirma la existencia de 3 factores que se corresponden con las dimensiones formuladas en el modelo.
 - C. La consistencia interna de las 3 escalas es similar, con una leve debilidad del cansancio emocional.
 - D. El MBI aparece como un instrumento débil, con una baja consistencia interna, especialmente en la escala de despersonalización, y una estructura factorial dudosa.
 - E. Las 3 primeras respuestas son correctas.

5. Según algunos estudios, las siguientes variables disminuyen o hacen más tolerables el estrés profesional, salvo:
- A. La ambigüedad de roles profesionales.
 - B. La autonomía en el desempeño.
 - C. La percepción de control sobre la labor realizada.
 - D. La existencia de un cierto nivel «vocacional».
 - E. La congruencia entre los valores del profesional y los del modelo asistencial.

6. Las principales corrientes teóricas en las que se ha dado cabida al concepto de estrés son las siguientes menos una:
- A. Teorías basadas en el aprendizaje social.
 - B. Modelo de conservación de los recursos.
 - C. Teoría transaccional-cognitiva del estrés.
 - D. Teoría organizacional.
 - E. Teoría triádica de la depresión.

ÉXTASIS (3,4-METILENDIOXIMETANFETAMINA, MDMA): ASPECTOS FARMACOLÓGICOS, CLÍNICOS Y CRIMINOLÓGICOS

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
- A. Habitualmente, el consumo de éxtasis no suele asociarse al de otras sustancias.
 - B. Se ha descrito, con el uso regular y frecuente de MDMA, un fenómeno de tolerancia a los efectos euforizantes buscados.
 - C. Los efectos conductuales de la MDMA en el animal de experimentación son más parecidos a los de los alucinógenos que a los de los psicoestimulantes.
 - D. La administración aguda de MDMA ocasiona una importante liberación de dopamina y, en menor medida, de noradrenalina y serotonina.
 - E. Los efectos de la MDMA sobre la memoria y la actividad motora podrían deberse al efecto antagonizante de receptores histaminérgicos H₁.

8. En relación con la administración repetitiva de MDMA:
- A. Se asocia con una disminución del funcionalismo serotoninérgico en el tronco cerebral.
 - B. Tiene lugar un incremento de los transportadores de serotonina en distintas áreas cerebrales.
 - C. Los efectos neurotóxicos son más intensos y duraderos en los roedores que en los primates.
 - D. En la lesión de los axones serotoninérgicos juega un papel fundamental la noradrenalina.
 - E. La MDMA ocasiona un incremento de las descargas dopaminérgicas en el área tegmental ventral.

9. Han existido varios tipos de patrones de consumo o situaciones específicas de empleo de la MDMA. ¿Cuál de las siguientes es incorrecta?:
- A. Agente de experimentación militar.
 - B. Consumo recreativo de fin de semana.
 - C. Agente coadyuvante de la psicoterapia.
 - D. Consumo compulsivo de reafirmación social.
 - E. Uso por movimientos espiritualistas «new age».

10. Los efectos tóxicos más graves observados en consumidores de éxtasis son:
- A. Hipertermias malignas, insuficiencias renales, hiponatremias y exantemas cutáneos.
 - B. Hiponatremias, ictus, insuficiencias cardíacas y discinesias.
 - C. Accidentes cerebrovasculares, insuficiencias hepáticas agudas, hiponatremias e hipertermias malignas.
 - D. Accidentes cerebrovasculares, hepatopatías, dolores paroxísticos e hipertermias malignas.
 - E. Ninguna es correcta.

11. El motivo de que pequeños incrementos de dosis en consumidores de éxtasis puedan ocasionar un importante aumento del riesgo de toxicidad aguda estriba en:
- A. El proceso de absorción completo de la MDMA es muy rápido (3-6 h).
 - B. La distribución orgánica de la MDMA es muy reducida.
 - C. La MDMA sufre un intenso metabolismo hepático, que ocasiona abundantes metabolitos activos.
 - D. La vida media de eliminación de la MDMA es superior a 24 h.
 - E. La MDMA posee una farmacocinética no lineal.

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?:
- A. El éxtasis pertenece a un nuevo grupo de sustancias denominadas «entactógenos».
 - B. El perfil del consumidor de éxtasis se corresponde al de buscador de sensaciones, con elevados niveles de impulsividad.
 - C. El mecanismo de liberación de monoaminas por la MDMA podría ser la inversión del flujo de los neurotransmisores en los transportadores de membrana.
 - D. La estimulación de los receptores D₂ explicaría, en el humano, ciertos síntomas psicológicos de tipo visual (alucinaciones, *flashbacks*).
 - E. En España, el consumo de éxtasis, al menos ocasional, en la población estudiantil asciende casi al 6%; la fecha aproximada de inicio es a los 18 años.

EVOLUCIÓN PENITENCIARIA DE UNA COHORTE DE 135 ADICTOS A HEROÍNA ENTRE 1985 Y 2000

13. El historial de entradas y salidas de prisión, se puede considerar:
- A. Un indicador de reincidencia.
 - B. Un indicador de buena salud.
 - C. No se puede considerar fiable ni sensible.
 - D. Es claramente un indicador del consumo de sustancias.
 - E. Se puede considerar como un indicador de madurez psicológica.

14. ¿Cuál ha sido el tipo de diseño utilizado en esta investigación?:
- A. Estudio retrospectivo de una cohorte mediante registros oficiales.
 - B. Estudio retrospectivo de una cohorte mediante entrevistas personales.
 - C. Estudio longitudinal de una cohorte mediante registros oficiales.
 - D. Estudio longitudinal de una cohorte mediante entrevistas personales.
 - E. Estudio transversal de parte de una cohorte mediante registros oficiales.

15. ¿Cuál ha sido la técnica utilizada en este estudio?:
- A. Consulta de expedientes personales.
 - B. Consulta de registros oficiales.
 - C. Entrevistas telefónicas.
 - D. Entrevistas personales.
 - E. Se ha ido variando la técnica utilizada en función de cada caso.

16. Los registros oficiales ofrecen una medida de tipo:
- A. Directa y fiable.
 - B. Indirecta y no sensible.
 - C. Directa.
 - D. Indirecta.
 - E. El tipo de media depende del registro oficial empleado en cada caso.

17. Entre las ventajas del uso de registros oficiales, encontramos:
- A. Fiabilidad.
 - B. Economía.
 - C. Sensibilidad.
 - D. Participación de toda la cohorte.
 - E. Todas las respuestas anteriores se pueden considerar como ventajas de este tipo de técnicas.

18. Al usar los registros oficiales como técnicas de investigación, conviene tener en cuenta diferentes consideraciones menos una de las siguientes, ¿cuál?:
- A. Es necesario el apoyo institucional.
 - B. La cobertura territorial del estudio ha de ser pertinente.
 - C. Es necesario preservar la confidencialidad de los datos personales.
 - D. No establecer relaciones causales entre las variables.
 - E. La sobreestimación de los casos.
19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se puede considerar correcta de acuerdo con los resultados del estudio?:
- A. Parece que son mayores las posibilidades de reingresar en prisión del adicto a la heroína respecto a otros tipos de presos.
 - B. No existen diferencias significativas entre la reincidencia media en prisión del adicto a la heroína respecto a otro tipo de presos.
 - C. Las posibilidades de reingreso en prisión de un adicto a la heroína son menores cuanto más edad tiene el sujeto.
 - D. La reincidencia en prisión no ha sido un factor tenido en cuenta en esta investigación.
 - E. Tanto la edad como la cantidad de heroína consumida al día, son claves para establecer la evolución penitenciaria del preso.
20. ¿Cuál es una de las limitaciones del uso del historial de entradas y salidas de prisión?:
- A. Ni el número de denuncias ni el de ingresos coincide con el número de delitos reales.
 - B. No tiene limitaciones, ya que son datos obtenidos de registros oficiales.
 - C. No se tiene acceso al tipo de delito cometido por el recluso.
 - D. Las respuestas a y c son correctas.
 - E. No se tiene en cuenta el proceso judicial por el que atraviesa el adicto.
21. Una de las hipótesis elaboradas en el estudio para explicar la disminución de las actividades delictivas con el paso de los años sería:
- A. Existencia de un proceso de maduración personal.
 - B. Deterioro del estado de salud.
 - C. Disminución del consumo.
 - D. Aumento del número de defunciones en los últimos años.
 - E. Todas las respuestas anteriores son hipótesis planteadas en el texto.

EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ESTUDIO DE UNA MUESTRA MEDIANTE EL CCE-R

22. La socialización es el proceso mediante el cual:
- A. Se interiorizan las pautas, costumbres y valores compartidos por la mayoría de los integrantes de la comunidad.
 - B. Se integra la persona en el grupo y se aprende a conducirse socialmente.
 - C. Se adapta la persona a las instituciones.
 - D. Se abre a los demás, convive con ellos y recibe la influencia de la cultura.
 - E. Todas las anteriores son correctas.
23. El factor pertenencia puntúa bajo:
- A. En personas que muestran un alto nivel de desarraigo, ya sea por ruptura de las relaciones familiares o de pareja.
 - B. Haber mantenido un estilo de vida autodestructivo y asocial que ha conducido a un alto nivel de deterioro personal.
 - C. Haber pertenecido anteriormente a asociaciones o clubes de tiempo libre.
 - D. Las opciones a y b son correctas.
 - E. Las opciones a y c son correctas.

24. La evaluación del cambio educativo debe fundamentarse en los siguientes supuestos:
- A. La intervención coordinada de las áreas educativa y psicoterapéutica de la CT pretende la modificación de determinadas conductas asociadas con los determinantes de la drogodependencia.
 - B. Esta modificación se pretende, en sus aspectos más molares, en una dirección predeterminada por el área educativa, y que tiene su referente último en valores de índole social.
 - C. La consecuencia buscada por el trabajo conjunto es la emisión de conductas adaptativas que posibiliten una adecuada socialización.
 - D. Esta socialización habría de producirse fuera de la CT, una vez que el individuo se reincorpore a su ambiente social de referencia.
 - E. Todas las anteriores son correctas.
25. Los elementos que orientan el trabajo en las CCTTPP son:
- A. Diferenciar entre lo individual y lo grupal, y la compatibilización de los 2 elementos de forma adecuada.
 - B. Ser un lugar de paso, un espacio temporal que se ubica en una red asistencial.
 - C. Contar con ex drogodependientes dentro del equipo técnico.
 - D. Llevar a cabo la aplicación de estrategias con referentes teóricos claramente científicos y clínicamente testados.
 - E. Las opciones a, b y d son correctas
26. ¿Cuál de estas definiciones no es cierta?:
- A. Cooperatividad es la disposición a trabajar con los demás en la búsqueda de objetivos comunes.
 - B. Autonomía es la disposición a regir el proyecto de vida propio mediante las apetencias personales.
 - C. Responsabilidad es la disposición a la toma de decisiones y la asunción de las consecuencias que de ellas se deriven.
 - D. Tolerancia es la disposición a admitir el derecho de los demás a obrar y pensar de modo y manera diferentes a los propios.
 - E. Pertenencia es la disposición a sentirse parte importante y activa de un entorno social.
27. Las teorías de Oetling et al y de Jessor y Jessor son, respectivamente:
- A. La de la socialización primaria y la del autocontrol pasivo.
 - B. La de la socialización secundaria y la de la conducta problema.
 - C. La de la socialización primaria y la de la conducta problema.
 - D. La de la socialización diferencial y la de la conducta pasiva.
 - E. Todas las anteriores son erróneas.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 5 - N.º 4 - 2003

DE METADONA A BUPRENORFINA. LA INDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

- 91.** La acción de la buprenorfina sobre los receptores mu se debe a que presenta:
Respuesta: a) Alta afinidad por los receptores mu y moderada actividad intrínseca sobre ellos.
La buprenorfina tiene una alta afinidad por los receptores mu, uniéndose a éstos más intensamente que los agonistas opiáceos completos y tiene una moderada actividad intrínseca, estimulando los receptores opiáceos sólo parcialmente, aunque su intensidad es suficiente para prevenir el deseo de consumo.
- 92.** La buprenorfina:
Respuesta: b) Desplaza a la metadona del receptor opiáceo kappa, pudiendo precipitar síntomas de abstinencia a opiáceos.
La buprenorfina desplaza a la metadona y a la heroína del receptor opiáceo mu, y el cambio de un agonista total a parcial puede precipitar la aparición de síntomas de abstinencia.
- 93.** ¿Cual debería ser la dosis de metadona previa al cambio a buprenorfina para disminuir la precipitación de síntomas de abstinencia?
Respuesta: e) c y d son correctas.
La dosis máxima recomendable para el paso de metadona a buprenorfina es de 30-40 mg. No pasar con dosis superiores a 60 mg.
- 94.** En un paciente en tratamiento con metadona, ¿cuánto tiempo hay que esperar para dar la primera dosis de buprenorfina? (tiempo SAO Esperado):
Respuesta: e) Todas son correctas.
En el proceso de transición metadona-buprenorfina no se debe comenzar con buprenorfina mientras dure el efecto opiáceo anterior y hay que esperar hasta que aparezcan los primeros síntomas de abstinencia a opiáceos, que suelen aparecer trascurridas las primeras 24 h; generalmente, dentro de las 24-48 h tras una dosis de metadona menor de 40 mg y 48-96 h tras unas dosis mayor de 40 mg.
- 95.** Tras la primera dosis de buprenorfina, ¿cuánto tiempo tardan en aparecer síntomas de abstinencia precipitados? (SAO precipitado):
Respuesta: d) b y c son correctas.
La dosis inicial de buprenorfina puede provocar síntomas de abstinencia precipitados en algunos casos, por competición en el receptor entre la metadona que queda y la primera dosis de buprenorfina. No siempre aparecen, pues si el receptor está vacío de metadona no aparecen síntomas. En caso de aparecer, el tiempo habitual es a la 1-4 h tras la primera dosis.
- 96.** Los síntomas de abstinencia precipitados tras la primera dosis de buprenorfina suelen ser:
Respuesta: b) de moderada intensidad y no duran mas 12 h.
Los síntomas de abstinencia precipitados suelen aparecer 1-4 h, en general, son de moderada intensidad y duran un máximo de 12 h. En condiciones normales los síntomas suelen ser moderados, pero en algunos casos pueden ser de suficiente intensidad para causar náuseas, vómitos, dolores abdominales, ansiedad y deseo de consumo, causando malestar a un paciente que no esté ni física y ni psicológicamente preparado, necesitando medicación sintomática.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN CON BUPRENORFINA (SUBUTEX): MODELO DE APLICACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

- 97.** La buprenorfina:
 Respuesta: c) Es un opiáceo semisintético.
 La buprenorfina es un opiáceo semisintético derivado de la tebaína.
- 98.** En la clasificación de opiáceos, la buprenorfina:
 Respuesta: e) Ninguna es correcta.
 La buprenorfina tiene propiedades de fármaco agonista parcial, pero a veces se describe como una mezcla de agonista-antagonista en relación a las propiedades agonistas sobre el receptor mu y antagonistas sobre el receptor kappa.
- 99.** La buprenorfina puede utilizarse:
 Respuesta: e) Todas son correctas.
 La buprenorfina se desarrolla en un intento de buscar un analgésico opiáceo no adictivo. Se utiliza como medicamento alternativo para el dolor agudo, crónico, analgesia perioperatoria y estados cancerosos. Posteriormente, se ha demostrado su seguridad y eficacia en la dependencia de heroína.
- 100.** Las dosis de buprenorfina utilizadas para mantenimiento de la adicción a opiáceos:
 Respuesta correcta: e) La b y la d son correctas.
 Las dosis que se manejan para el mantenimiento de la adicción de opiáceos son superiores a las que se usan para conseguir efectos analgésicos. En cualquier caso, la dosis autorizada en ficha técnica depende de los países. En España es hasta 16 mg, pero en otros puede llegar como máximo a 32 mg.
- 101.** La buprenorfina puede ser administrada:
 Respuesta: e) Puede ser administrada en cualquiera de las vías anteriormente expuestas.
 La buprenorfina puede ser administrada vía oral, sublingual, intramuscular, subcutánea o intravenosa.
- 102.** ¿Por cuál de estas vías de administración la buprenorfina es más eficaz?
 Respuesta: b) Sublingual.
 La buprenorfina se absorbe bien vía sublingual con una biodisponibilidad máxima a los 8 min, evitando el efecto de primer paso hepático y llegando inalterada al lugar de acción.

EXPERIENCIA CON BUPRENORFINA EN FRANCIA

- 103.** ¿En que año fue aprobada por la Agencia del Medicamento Francés la buprenorfina?:
 Respuesta: b) 1995.
 La Agencia del Medicamento Francés aprobó en uso de la buprenorfina en 1995.
- 104.** En relación con la prescripción de la buprenorfina en Francia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?:
 Respuesta: e) Las farmacias no pueden supervisar la administración de la buprenorfina, ni incluso bajo indicación del médico.
 Es posible para las farmacias suministrar diariamente, supervisando la dosis con buprenorfina, si así lo especifica el médico.
- 105.** En relación con la sintomatología de abstinencia a opiáceos del recién nacido de madres tratadas con metadona y/o buprenorfina, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:
 Respuesta: a) La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue menos frecuente.
 La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue menos frecuente, menos severa y de menor duración.
- 106.** En relación con los casos de presuntas muertes relacionadas con la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?:
 Respuesta: e) El riesgo de mortalidad atribuida a buprenorfina y metadona es similar.
 Los datos del período 1995-98, muestran que el riesgo de una muerte atribuida a metadona es considerablemente más alto que el de la atribuida a la buprenorfina.

<p>107.</p>	<p>¿Cuál de los siguientes efectos adversos no son frecuentemente comunicados en casos de uso intravenoso de buprenorfina?:</p> <p>Respuesta: e) Infarto cerebral.</p> <p>Entre los posibles efectos adversos de la buprenorfina administrada por vía intravenosa no figura el infarto cerebral.</p>
<p>108.</p>	<p>¿Cuál ha sido el efecto adverso más frecuente referido en niños que accidentalmente han tomado buprenorfina?</p> <p>Respuesta: b) Somnolencia.</p> <p>El efecto adverso más frecuentemente referido en estos casos ha sido el de somnolencia.</p>

**PERCEPCIONES Y OPINIONES DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL**

<p>109.</p>	<p>La mayoría de los médicos siguen obviando la incorporación del cribado de abuso de alcohol, de modo rutinario, en su práctica clínica. ¿Cuáles son las principales razones?:</p> <p>Respuesta: e) Todas son ciertas.</p> <p>Hoy día, la mayoría de los médicos de APS siguen obviando la incorporación del cribado de abuso de alcohol, de modo rutinario, en su práctica clínica. El fallo detectado a la hora de practicar el cribado de los PRA parece residir en problemas de capacitación del médico, insuficiencia de habilidades de manejo, actitudes de aceptación de dicho consumo, etc.; por ello, se pone más énfasis en que los médicos de APS adopten algún método de cribado, de los validados, y en que los profesionales de APS han de estar preparados para que puedan enseñar a sus pacientes a adoptar actitudes de cambio hacia hábitos más saludables y a una mayor implicación en su cuidado de salud.</p>
<p>110.</p>	<p>La detección del consumo de alcohol, en nuestro medio, suele realizarse principalmente mediante:</p> <p>Respuesta: a) Búsqueda oportunística.</p> <p>Aún siendo una estimación indirecta, los datos actuales apuntan a que se lleva a cabo un sistema de detección del consumo abusivo de alcohol que, no obstante, parece obedecer más a una estrategia de búsqueda oportunística entre la población con factores de riesgo y enfermedades relacionadas con el alcohol, que a un cribado poblacional (o de población que asiste a consulta) efectivo.</p>
<p>111.</p>	<p>La principal razón aducida por el médico de APS para no realizar intervenciones más importantes en materia de consumo de alcohol es:</p> <p>Respuesta: b) La falta de colaboración con otros niveles asistenciales.</p> <p>Según se observa en la revisión de la literatura sobre alcoholismo, entre las razones aducidas para que no se realice una mayor intervención por parte de los médicos de APS fueron, en orden decreciente de importancia, la falta de colaboración con otros niveles asistenciales, la falta de formación adecuada y la falta de tiempo suficiente.</p>
<p>112.</p>	<p>Son fundamentales para potenciar la APS como pilar básico en el manejo de los PRA todos los siguientes excepto:</p> <p>Respuesta: a) Potenciar actitudes paternalistas en el médico de APS.</p> <p>La formación específica es un eje fundamental de cara a la potenciación de la APS como pilar básico en el manejo de los PRA, y así ha sido identificado en la literatura médica. Pero sabemos también que la mejora de las habilidades del médico y una actitud positiva hacia el manejo de los PRA, si bien son necesarios, no son elementos suficientes para solucionar esta problemática. Deben potenciarse actitudes de empatía por parte del médico de APS, lejos del modelo paternalista que limita la autorresponsabilidad e independencia del paciente respecto a su patología.</p>
<p>113.</p>	<p>Señala la respuesta correcta:</p> <p>Respuesta: d) Sólo son correctas a y b.</p> <p>España es una de las primeras potencias mundiales, tanto en la producción de alcohol (tercera posición mundial en producción de vino, octavo productor mundial de cerveza, y decimocuarto productor de bebidas destiladas) como en su consumo, el cual experimentó un crecimiento muy importante y se estabilizó alrededor de los 10 l en la década de los noventa.</p>
<p>114.</p>	<p>El consumo de alcohol afecta:</p> <p>Respuesta: e) Al área biopsicosocial.</p> <p>El consumo de alcohol afecta a la triple vertiente de la patología biopsicosocial, con repercusiones físicas, psíquicas, y en el ámbito sociofamiliar, conjuntamente o con predominio de alguna de las mismas.</p>

**EMOCIONES, MOTIVACIÓN Y TRASTORNOS ADICTIVOS:
UN ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**

- 115.** Las funciones básicas de las emociones se caracterizan por:
Respuesta: d) a, b y c son ciertas.
Las emociones son motivadoras, activan múltiples sistemas cerebrales y del organismo y mantienen la curiosidad e interés por lo nuevo en los organismos superiores.
- 116.** En relación a las emociones, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
Respuesta: b) Bloquean la memoria, sobre todo las emociones básicas.
Las emociones no bloquean, activan la memoria en general.
- 117.** Entre las áreas cerebrales que intervienen en las emociones destacan:
Respuesta: e) Todas ellas.
La amígdala cumple un importante papel en las emociones que implican peligro para el sujeto, la corteza orbito-frontal relaciona las emociones con otros aspectos de la función cognitiva, y los hemisferios; el derecho con emociones positivas y el izquierdo con negativas, son también parte de las áreas que intervienen.
- 118.** La transmutación y la tergiversación en la motivación:
Respuesta: d) Las 3 primeras son ciertas.
La transmutación, a la que se llamó la capacidad de «transmutar la debilidad en mérito» y la tergiversación, son las que permiten promover nuestros intereses dando una imagen que evite el rechazo de los otros.
- 119.** La adicción se explica por cualquiera de los siguientes razonamientos, excepto por uno:
Respuesta: c) Es el resultado de una progresiva hiposensibilización de sistemas neuronales.
No es una hiposensibilización, sino una hipersensibilización de sistemas neuronales específicos, fundamentalmente dopaminérgicos.
- 120.** ¿Qué respuesta no cree idónea entre las siguientes?:
Respuesta: c) Las emociones bloquean de forma total las relaciones sociales y con el entorno.
No solamente no bloquean, las emociones regulan de manera flexible las relaciones sociales y con el entorno en los organismos superiores.