



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 11 - N.º 1 - 2009



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,1 créditos
Enfermería: 6,1 créditos
Farmacéuticos: 6,1 créditos
Psicólogos Clínicos: 6,1 créditos
El n.º de créditos correcto ha sido éste durante todo el año 2007.
Debido a una incidencia apareció de forma equivocada

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

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. San Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

TCI-R-67: VERSIÓN ABREVIADA DEL TCI-R DE CLONINGER. PROCESO DE CREACIÓN Y ADMINISTRACIÓN A UNA MUESTRA DE ADICTOS A SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO

1. La característica principal del modelo de personalidad propuesto por Cloninger es:
 - A. Es un modelo derivado factorialmente
 - B. Sus categorías responden directamente a las propuestas por el DSM-IV
 - C. Distingue entre elementos biológicos (temperamento) y derivados del aprendizaje (carácter)
 - D. Su formulación es ateórica y permite la descripción fenomenológica de la personalidad
 - E. Describe rasgos invariables determinados genéticamente
2. El TCI-R:
 - A. Es el primer instrumento de medida propuesto por Cloninger y su equipo para medir los rasgos propuestos por su modelo
 - B. Es un cuestionario breve
 - C. Es el primero de los cuestionarios elaborados por Cloninger y su equipo que refiere sus rasgos a las categorías diagnósticas DSM y CIE
 - D. Es un cuestionario de lápiz y papel con respuestas dicotómicas
 - E. Su gran longitud (240 ítems) ha promovido la elaboración de versiones abreviadas que faciliten su cumplimentación
3. Uno de los principales hallazgos del trabajo presentado es:
 - A. El rasgo de Evitación del Daño parece presentar una muy baja consistencia y ha sido eliminado del nuevo cuestionario
 - B. La Dependencia de Recompensa y la Persistencia se funden en un solo rasgo, como sucedía en versiones previas del TCI
 - C. Los ítems de validez no resultaron discriminantes y se incluyó una nueva escala de Validez y Deseabilidad
 - D. La subescala de Excitabilidad Exploratoria parece medir un constructo diferente al del resto de subescalas de Búsqueda de Novedad y por ello se ha conservado como escala independiente para su estudio
 - E. No es posible encontrar escalas fiables con menos ítems de los que las componen en la versión completa del TCI-R

4. En cuanto al nuevo cuestionario TCI-R-67, y a tenor de los datos expuestos, puede afirmarse que:
- A. Preserva las suficientes garantías psicométricas para estimar las dimensiones y subdimensiones del TCI-R completo
 - B. Preserva las suficientes garantías psicométricas para estimar las dimensiones, pero no las subdimensiones, del TCI-R completo
 - C. No se ha podido confirmar factorialmente su estructura
 - D. Las dimensiones temperamentales preservan una adecuada consistencia interna, pero no sucede lo mismo con las caracteriales, que pierden una parte sustancial
 - E. Permite una adecuada estimación de los rasgos del modelo de Cloninger, pero sólo en población clínica
5. Cuando se estimaron las diferencias entre población clínica y no clínica con el nuevo cuestionario reducido:
- A. No aparecieron diferencias significativas entre ambas muestras
 - B. Aparecieron diferencias significativas, pero sólo en las escalas temperamentales
 - C. Aparecieron diferencias significativas, pero sólo en las escalas caracteriales
 - D. Aparecieron diferencias significativas en todas las escalas, salvo en Autodirección
 - E. Aparecieron diferencias significativas en todas las escalas, pero el tamaño del efecto sólo permite considerar algunas de ellas como relevantes
6. La estructura final del cuestionario TCI-R-67 es:
- A. 8 ítems por cada dimensión y 11 ítems de Validez y Deseabilidad
 - B. 9 ítems por cada dimensión y 4 ítems de Validez y Deseabilidad
 - C. 8 ítems por cada dimensión, 6 para la Excitabilidad Exploratoria y 5 ítems de control
 - D. Un número variable de ítems por cada dimensión y subdimensión, oscilando entre 5 y 10 para cada una de ellas
 - E. 30 ítems temperamentales, 30 caracteriales y 7 ítems de control

ESCALA DE ADECUACIÓN DE DOSIS DE OPIÁCEOS (EADO): UN NUEVO INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL AJUSTE DE LAS DOSIS DE METADONA

7. Entre los factores pronósticos que determinan la efectividad de los programas de tratamiento con metadona, uno de los que han demostrado mayor poder predictivo es:
- A. Las características galénicas de la metadona
 - B. La dosis de metadona diaria
 - C. El horario de dispensación
 - D. Las dimensiones del local de dispensación
 - E. La *ratio* terapeuta-paciente
8. Si un estudio concluye, por ejemplo, que «el grupo de los pacientes que toman más de 100 mg/día de metadona obtiene mejores resultados», nuestra actitud «basada en pruebas» debería ser:
- A. Tratar de que todos los pacientes del centro lleguen a tomar más de 100 mg/día
 - B. Tratar que el 50% de los pacientes del centro tomen más de 100 mg/día
 - C. Pensar que aquellos pacientes que tomen 60 o 70 mg/día fracasarán irremediadamente
 - D. Es probable que pacientes con distintas dosis puedan tener buena respuesta, aunque habrá que tratar de que la dosis de cada paciente sea la suficiente
 - E. Es probable que pacientes con distintas dosis puedan tener buena respuesta
9. Por lo general se considera que una dosis de metadona es apropiada cuando:
- A. Suprime los síntomas de abstinencia (SAO)
 - B. Reduce el *craving*
 - C. Reduce el efecto reforzador de la heroína («bloqueo narcótico»)
 - D. Reduce el consumo continuado de heroína
 - E. Todas las anteriores son ciertas

10. La Escala de Adecuación de Dosis de Opiáceos (EADO):
- A. Es una escala de síntomas
 - B. Es una batería de evaluación compuesta
 - C. Es una entrevista clínica altamente estructurada
 - D. Es una entrevista clínica semiestructurada formada por 20 ítems
 - E. Es una entrevista clínica semiestructurada formada por 10 ítems

11. La Escala de Adecuación de Dosis de Opiáceos (EADO):
- A. Trata de medir los niveles plasmáticos de metadona
 - B. Mide el grado en que una dosis de metadona es adecuada para un paciente en función de los síntomas de abstinencia
 - C. Mide los síntomas de tolerancia cruzada exclusivamente
 - D. Mide el grado en que una dosis de metadona es adecuada para un paciente en función de la reducción del consumo de heroína, de la disminución del SAO y el *craving*, así como de alcanzar la tolerancia cruzada
 - E. Mide exclusivamente los síntomas de *craving* de heroína

12. Uno de los datos más interesantes proporcionados por este primer estudio en que se emplea la EADO es:
- A. El tamaño de la muestra
 - B. La potencia estadística
 - C. Documentar que el estado clínico del paciente está más determinado por el grado de adecuación de la dosis de metadona que toma el paciente (medido con la EADO), que la dosis de metadona por sí misma o que los niveles plasmáticos de la metadona
 - D. Demostrar que aquellos pacientes que toman dosis de metadona más altas son los que tienen mejor respuesta al tratamiento
 - E. Ninguna de las anteriores

ADOLESCENCIA, CONSUMO DE DROGAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO: DIFERENCIAS POR SEXO, ETNICIDAD Y ÁREAS GEOGRÁFICAS EN ESPAÑA

13. ¿Qué tipo de sustancias de consumo son más prevalentes entre las chicas?
- A. Todas las sustancias psicoactivas
 - B. El consumo de tabaco diario
 - C. El uso de drogas de síntesis
 - D. El consumo de cannabis
 - E. El uso de sustancias psicoactivas ilegales

14. Las conductas de riesgo que destacan en la muestra de adolescentes y que deberían ser objeto de especial atención preventiva son:
- A. El consumo de cannabis y las relaciones sexuales
 - B. Las conductas de seguridad vial, consumo de alcohol y la violencia
 - C. Las conductas violentas bajo los efectos del alcohol
 - D. El consumo de drogas legales o toleradas socialmente
 - E. Todas son ciertas

15. Los comportamientos de riesgo más destacados por autoidentificación étnica de los adolescentes fueron:
- A. Prácticamente destacan en todos los comportamientos de riesgo analizados aquellos que se identificaron con otros grupos étnicos
 - B. En el uso de drogas ilegales y legales sobresalieron los adolescentes autoidentificados como blancos
 - C. En las conductas de seguridad vial y consumo de alcohol destacaron los que se autoidentificaron como blancos
 - D. En las relaciones sexuales desprotegidas no se encontraron diferencias por etnicidad
 - E. Sólo se distinguieron en las conductas violentas los autoidentificados como otros grupos étnicos

16. El efecto «*white male*» hace referencia:
- A. A las diferencias de género en las conductas de riesgo
 - B. A la percepción y valoración del riesgo diferenciadas por género y etnicidad
 - C. A las diferencias de edad en la gestión del riesgo
 - D. A las conductas de riesgo que los adolescentes varones realizan durante su desarrollo
 - E. Todas son ciertas

17. La distinción entre situaciones y comportamientos de riesgo puede definirse como:
- A. La primera hace referencia a la acción ante del riesgo y la segunda no
 - B. No existe una distinción entre ambas circunstancias
 - C. En el primer caso los sujetos se encuentran con el riesgo mientras que en el segundo son actores activos frente al riesgo
 - D. Las situaciones, factores y comportamientos de riesgo son circunstancias para valorar las probabilidades de riesgo
 - E. Las formas en que el riesgo es percibido, valorado y gestionado

18. Desde los resultados obtenidos en la muestra las diferencias de género y etnicidad son importantes porque:
- A. Permiten realizar una valoración de las conductas de riesgo diferenciadas y realizar acciones preventivas más acordes con los subgrupos sociales
 - B. Analizan las diferencias en las conductas de riesgo en función de variables de salud que ayudan a prevenirlas
 - C. Describen los roles de género que existen en la sociedad y cómo se construyen
 - D. Son dos categorías analíticas que dan cuenta de factores de riesgo en los adolescentes
 - E. Ayudan a distinguir los subgrupos de riesgo existentes en una comunidad y realizar las acciones preventivas más pertinentes para ellos

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

19. La etiología de las adicciones en la actualidad:
- A. Nos permite escoger un tipo de tratamiento
 - B. Nos permite explicar el problema
 - C. Es desconocida
 - D. Orienta el pronóstico del paciente
 - E. La evolución es independiente de la etiología

20. La adicción es un trastorno que presenta alguna de las siguientes características:
- A. Afecta a la persona en su conjunto, actúa sobre muchas facetas del paciente
 - B. Es básico que el paciente consiga tener un cierto nivel de bienestar
 - C. Los sanitarios no estamos suficientemente preparados para tratarlos
 - D. La historia del consumo de sustancias psicoactivas es muy antigua
 - E. Todas son ciertas

21. Cómo valoraría la frase: «Si el paciente no tiene suficiente motivación, no es posible hacer nada»:
- A. Debemos realizar una historia clínica, incluyendo una historia familiar y social para valorar esa motivación
 - B. Labor de los profesionales es recalificar la demanda
 - C. Según la actitud del paciente el profesional tomará la medida más apropiada
 - D. Todas las anteriores son correctas
 - E. La afirmación del enunciado es cierta

22. La duración de la adicción es:
- A. Larga, el cambio de hábitos y conductas requiere mucho tiempo
 - B. Terminada la desintoxicación es posible dar el alta
 - C. Son irrecuperables
 - D. Hasta que presente controles toxicológicos negativos
 - E. Basta con tener acuerdos terapéuticos con el paciente

23. El «*burnout*» o «síndrome del quemado» es muy frecuente entre los profesionales que trabajan en adicciones. Es debido a:

- A. Las dificultades de manejo que presentan estos pacientes
- B. La falta de buenos resultados
- C. Las numerosas recaídas que tienen estos pacientes
- D. La falta de incentivos profesionales
- E. Todas las respuestas anteriores son válidas

24. Sobre el «*burnout*» o «síndrome del quemado», el método más eficaz para disminuir o evitar su incidencia es:

- A. Incrementos salariales
- B. Aumento de días libres
- C. Facilidad en cambios de lugares de trabajo
- D. Trabajo en equipo
- E. Cursos de formación y reciclaje

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 10 - N.º 4 - 2008

EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA «GUIADO POR LA PERSONALIDAD»

- 107.** La idea de que los tratamientos deben formularse y desarrollarse «guiados por la personalidad» se debe a:
Respuesta correcta: B. Millon.
Fue Theodore Millon quien propuso que la personalidad del paciente es el elemento que debe guiar los tratamientos, y que éstos deben ser integrales, combinando estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y educativas, de modo que entre ellas establezcan una sinergia que potencie los efectos de cada una de ellas.
- 108.** El concepto de personalidad:
Respuesta correcta: E. Se refiere a un patrón complejo de rasgos psicológicos que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje.
La definición integrada de Millon considera que la personalidad sólo puede ser entendida como un patrón complejo de rasgos psicológicos profundamente arraigados, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo, que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo.
- 109.** Es cierto que:
Respuesta correcta: B. La terapia dialéctica de Linehan es un claro ejemplo de terapia guiada por la personalidad.
Marsha Linehan ha propuesto un modelo de tratamiento para personas con trastorno límite de la personalidad, que atiende a las características críticas de este tipo de pacientes. La terapia plantea distintas modalidades de actuación basadas en la idea de que el tratamiento psicosocial de las personas con este trastorno era tan importante para el control de la afección, como eran la psicoterapia y la farmacoterapia tradicionales. Propone una estructura jerárquica de los objetivos del tratamiento y prioriza la reducción de los comportamientos de autolesión y los que ponen en peligro la vida del paciente. Sin duda, y a pesar de propuestas generales de Millon, por una parte, y Beck y Freeman, por otra, esta modalidad propuesta por Linehan es la más completa y específicamente guiada por la personalidad.
- 110.** El estudio promovido por la APA (Widiger y Simonsen, 2005), que tenía como objetivo encontrar las dimensiones subyacentes a todos los modelos de personalidad, encontró ciertas dimensiones que eran comunes a casi todos ellos, a saber:
Respuesta correcta: C. Extraversión-introversión, oposicionismo-amabilidad, compulsividad-impulsividad y estabilidad emocional-desregulación emocional.
Dentro de la agenda APA para el DSM-V, un grupo de investigadores tiene el encargo de estudiar lo relativo al Eje II de la clasificación diagnóstica. Una de sus funciones consiste en encontrar las comunilidades entre las diversas teorías de la personalidad, encontrando, con suficiente soporte empírico, que los modelos predominantes del funcionamiento normal y anormal de la personalidad parecen converger en 4 grandes dominios: extraversión-introversión, oposicionismo-amabilidad, compulsividad-impulsividad y estabilidad emocional-desregulación emocional.
- 111.** Según los conocimientos actuales del funcionamiento cerebral:
Respuesta correcta: C. Hay evidencias de que algunas alteraciones en el funcionamiento cerebral pueden facilitar la aparición de conductas adictivas y de que éstas, una vez establecidas, pueden incrementar los déficit funcionales.
Hay suficiente evidencia como para afirmar que determinadas características o alteraciones en el funcionamiento cerebral (por ejemplo, déficit inhibitorios), vinculados a ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, impulsividad), pueden operar como facilitadores del paso del consumo experimental o esporádico al consumo habitual y la conducta adictiva. Sin embargo, también hay evidencia de las modificaciones que el consumo de sustancias provoca en el funcionamiento de diversas estructuras cerebrales. Lo más probable es que ambos, características previas y efectos del abuso, interaccionen, y que éste sea el sustrato neuropsicológico de la adicción.
- 112.** Un modelo de intervención terapéutica integrada y guiada por la personalidad supone:
Respuesta correcta: D. Que todas las áreas de trabajo (médica, psicológica, socio-educativa, ocupacional) deben procurar una comprensión transdisciplinar de la adicción y la comprensión de la función que el consumo de drogas cumple en relación al patrón de personalidad de cada sujeto.
Un modelo de intervención terapéutica integrada y guiada por la personalidad requiere necesariamente de la aportación de diversas áreas de trabajo, facilitando una comprensión transdisciplinar del problema individual que presenta cada sujeto. Esta comprensión no debe ser la suma de visiones diferentes, sino que debe facilitar una comprensión global, incorporando las aportaciones de cada área, desde las perspectivas que le son propias a cada una, pero facilitando una hipótesis de trabajo que pueda ser compartida por todas las disciplinas. El concepto de personalidad puede facilitar este proceso.

**TRATAMIENTO CONDUCTUAL
DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA**

- 113.** Los programas de manejo de contingencias se derivan de los principios de:
 Respuesta correcta: C. Condicionamiento operante.
 Desde la terapia de conducta se proponen tres tipos de intervención derivados de diferentes modelos de aprendizaje: las técnicas de exposición a pistas derivadas del condicionamiento clásico, los programas de entrenamiento en habilidades o prevención de recaídas basados en los principios del aprendizaje social y los programas de manejo de contingencias, derivados de los principios del condicionamiento operante.
- 114.** El programa de tratamiento avalado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) para la adicción a la cocaína es:
 Respuesta correcta: E. B y C son correctas.
 La terapia cognitivo-conductual de entrenamiento en habilidades (CBT) junto con el Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo son los dos programas avalados por el NIDA para el tratamiento de la adicción a la cocaína.
- 115.** El tipo de reforzador más utilizado en los programas de manejo de contingencias (MC) ha sido:
 Respuesta correcta: B. Vales (*vouchers*).
 En cuanto al tipo de reforzadores que han sido usados en los programas de manejo de contingencias, la intervención que ha recibido mayor atención en las investigaciones es aquella en la que los pacientes ganan *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la conducta objetivo (normalmente la ausencia de consumo de drogas). Además de los *vouchers*, otro tipo de reforzadores que han sido usados desde los programas de MC han sido: dinero en efectivo, privilegios clínicos como dosis de metadona para llevarse a casa, acceso a empleo o alojamiento tras un período inicial de abstinencia o reembolso y descuentos sobre las tarifas estipuladas de la terapia.
- 116.** ¿Cuál de los siguientes componentes no forma parte del Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo?
 Respuesta correcta: E. Terapia familiar.
 La terapia familiar no forma parte de los componentes del Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo.
- 117.** Una de las limitaciones de los programas de manejo de contingencias es:
 Respuesta correcta: A. La adaptación a contextos naturales.
 Los programas de manejo de contingencias han sido muy criticados por las dificultades que conlleva la puesta en marcha de este tipo de intervenciones. Las principales críticas que se hacen a estos programas son el coste de los incentivos, la adaptabilidad a contextos comunitarios y la aceptación por parte de pacientes y terapeutas. No obstante, estudios recientes como el de Kirby et al han mostrado la aceptación y buena disposición para adoptar estas técnicas por parte de pacientes y terapeutas.
- 118.** En el programa de manejo de contingencias, *Therapeutic workplace*, se utiliza como reforzador contingente a la abstinencia:
 Respuesta correcta: A. El salario del paciente.
 Una versión particular del empleo de manejo de contingencias es el programa denominado *Therapeutic workplace*. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente de la abstinencia (de cocaína en pacientes en programas de mantenimiento con metadona) y de otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras «conductas profesionales»).

**TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADO
EN LA DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA**

- 119.** Según evidencian la investigación y la práctica clínica serían consideradas atribuciones adaptativas favorables al mantenimiento de la abstinencia las:
 Respuesta correcta: A. Internas, estables y controlables.
 Los cocainómanos que confían en ser capaces de superar los deseos de consumo atribuirán sus recaídas a causas internas, inestables y controlables, mientras que sus períodos de abstinencia los atribuirán a causas internas, estables y controlables.

- 120.** El EVA como componente de aprendizaje de un programa de prevención de recaídas es conocido como:
 Respuesta correcta: C. Efecto de violación de la abstinencia.
 Se postula que el EVA se presenta bajo las siguientes condiciones. Antes del primer fallo, el individuo se ha comprometido personalmente a un período de abstinencia, ya sea indefinido o limitado. La intensidad del EVA variará en función de diversos factores, incluyendo el grado de compromiso anterior o esfuerzo realizado para mantener la abstinencia, la duración del período de abstinencia (cuanto más largo sea el intervalo, mayor será el efecto) y el valor subjetivo o importancia de la conducta problema para el individuo. Los autores del modelo de prevención de recaídas plantean la hipótesis de que el EVA se caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).
- 121.** El DTCQ y el CACD son instrumentos de evaluación que nos permiten:
 Respuesta correcta: D. Conocer el perfil de autoeficacia del adicto para afrontar situaciones de riesgo de consumo de cocaína.
 El CACD está basado en el DTCQ de Annis y Martin (1985) y validado en diferentes drogas en Canadá (Annis, Sklar y Turner 1996) y adaptado y validado en población española adicta a la heroína (Llorente 1997). De igual forma que el inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD), del cual procede, comprende un total de 60 situaciones de consumo de drogas, con la misma distribución de ítems y factores. El objetivo del CACD validado en México en adictos a cocaína (de León, Pérez, Oropeza y Ayala, 2001) es conocer la «autoeficacia» que tiene el usuario para hacer frente a cada una de las situaciones de riesgo y resistir la tentación de consumo de cocaína.
- 122.** La técnica que consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbra consumir, aparear estos pensamientos a sensaciones o consecuencias negativas y ser utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving* se denomina:
 Respuesta correcta: C. Sensibilización encubierta.
 Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta (Cautela 1975). Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbra consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia (Rimmele, Howard y Hilfrink, 1995). Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving*.
- 123.** El estadio en el que el adicto está pensando seriamente en el cambio es más objetivo al evaluar sus problemas y sobre la necesidad de cambio, pero no ha desarrollado aún un compromiso de solución, se le denomina según Prochaska y DiClemente:
 Respuesta correcta: B. Contemplación.
 Es el período en que los individuos están pensando seriamente en el cambio, están mucho más abiertos al *feedback* y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de solución. Durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática creada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que existe gran ambivalencia entre coste y beneficio de dejar la droga. Cuando ambos aspectos están en competencia equilibrada, muchos usuarios de drogas pueden pasarse años en este estadio, siendo contempladores crónicos y tendiendo a sustituir «actuación» por la «acción de pensar».
- 124.** Según Marlatt y colaboradores, la confianza del individuo en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo de drogas se denomina:
 Respuesta correcta: D. Autoeficacia de afrontamiento.
 La autoeficacia de afrontamiento reflejaría la confianza del individuo en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo. Dicho en otras palabras, y considerando como objetivo la abstinencia, indicaría la capacidad de ese individuo para mantener la abstinencia, independientemente de la situación en que se encuentre. Por el contrario, la autoeficacia de recuperación entraría en juego cuando la persona ha sufrido un desliz o una recaída; reflejaría su capacidad para sobreponerse y evitar volver a su antiguo patrón de consumo.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA DEPENDIENTES DE LA COCAÍNA EN LA RED SANITARIA PÚBLICA

- 125.** Los tratamientos recomendados para tratar los problemas de dependencia de la cocaína son:
 Respuesta correcta: C. No existe un consenso claro.
 En la actualidad no existe un consenso claro en cuanto a qué tipo de abordaje es el más apropiado para tratar los problemas derivados del abuso y la dependencia de la cocaína. No obstante, se recomiendan algunas formas de intervención, en particular los programas de refuerzo comunitario junto a los enfoques de manejo de contingencias (Knapp et al, 2007).

126. Según las últimas revisiones sistemáticas publicadas en la literatura internacional, las tasas de retención en los programas de tratamiento psicosocial:

Respuesta correcta: C. Son tasas moderadas, en torno al 50%.

En general, el cumplimiento en los programas en adicciones es moderado. Aproximadamente la mitad de los pacientes que inician un programa de adicciones lo abandona antes de finalizarlo (Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers y Otto, 2008).

127. El programa CRA para el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de la cocaína:

Respuesta correcta: E. Todas son verdaderas.

El enfoque de refuerzo comunitario (CRA) (Budney y Higgins, 1998) es una terapia conductual ambulatoria intensiva con una duración recomendada de 24 semanas. Los objetivos fundamentales son lograr abstinencia de la cocaína y reducir el consumo del alcohol para los pacientes que asocian la bebida con el uso de la cocaína. El objetivo final es el de mejorar la calidad de vida en diferentes áreas, y por tanto mejorar la calidad de aquellos reforzadores perdidos a lo largo de la historia de consumo del individuo.

128. El programa CRA:

Respuesta correcta: D. Pone especial énfasis en el control de la abstinencia.

En su aplicación a los problemas de la cocaína, se trata de una terapia ambulatoria intensiva con una duración recomendada de 24 semanas, más otras 24 de seguimiento. Dos o tres veces por semana, los pacientes se someten a muestras de orina para comprobar la abstinencia. La terapia suele asociarse con procedimientos de manejo de contingencias, en los cuales los terapeutas y los pacientes seleccionan conjuntamente elementos y actividades para reforzar la abstinencia. Se puede realizar una aplicación en formato individual o en formato de grupo.

129. Según las últimas revisiones sistemáticas internacionales, los ensayos sobre los tratamientos farmacológicos en la dependencia de la cocaína muestran:

Respuesta correcta: E. Todas son falsas.

Los ensayos sobre tratamientos farmacológicos para la dependencia de la cocaína han mostrado una escasa evidencia, según se desprende de recientes revisiones sistemáticas (ver revisiones Cochrane del grupo alcohol y drogas), por lo que ningún fármaco en particular parece ser eficaz a nivel clínico.

130. El programa CRA:

Respuesta correcta: A. Dispone de una amplia investigación previa sobre su eficacia, en especial en EE. UU.

En los últimos años se ha desarrollado una investigación creciente aplicando el programa CRA, en especial por el grupo de Higgins en la Universidad de Vermont en EE. UU., por lo que la mayoría de los estudios proceden de un entorno cultural distinto al nuestro.