



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 7 - N.º 4 - 2005



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 5,6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicólogos Clínicos: 5,6 créditos

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.

CONSEJO BREVE EN BEBEDOR DE RIESGO EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

67. ¿Cuál es el objetivo prioritario de registrar el consumo de alcohol de los pacientes que acuden a la consulta de Atención Primaria, sea cual fuere el motivo de consulta?
- A. Tener una información básica que permita establecer la eventual relación entre la patología detectada y el consumo de alcohol.
 - B. Poder recoger, en un momento dado, la prevalencia de bebedores excesivos en la población atendida.
 - C. Conocer las unidades de bebida estándar consumidas por semana.
 - D. Conocer el consumo habitual (por día y semana) en gramos y la frecuencia de episodios de consumo.
 - E. Identificar a los pacientes con consumo de riesgo o con trastornos por uso de alcohol.
68. ¿Cuál es el consumo de alcohol que debemos recomendar a nuestros pacientes?
- A. Ninguno
 - B. Un vaso de vino todos los días, en la mujer, y 2, en el varón.
 - C. Un consumo limitado a los fines de semana, que no sobrepase los 40 g /d en el hombre y los 24, en la mujer.
 - D. Un consumo igual o inferior a las 2 unidades en la mujer y a 3, en el hombre, intercalando 2-3 días sin alcohol.
 - E. Dos vasitos de vino al día, sólo en varones con riesgo coronario.
69. ¿Cuáles son las indicaciones de la intervención destinada a reducir consumos?
- A. Que el paciente presente una dependencia alcohólica.
 - B. Que el paciente tome 2 consumiciones estándar (10 g), en el caso de la mujer o 3, en el caso del hombre.
 - C. Que el paciente beba > 280 g por semana (varón) o > 170 g/ semana (mujer).
 - D. Que el paciente ingiera >5 consumiciones en una sesión de consumo, aunque sea esporádicamente.
 - E. C y D son ciertas.

70. La intervención breve es...
- A. Un tratamiento abreviado.
 - B. Un recurso de educación para la salud.
 - C. Una estrategia de movilización del paciente.
 - D. Una técnica destinada a persuadir al bebedor de su necesidad de cambio.
 - E. Una forma de confrontar al paciente con su realidad.

71. En una consulta sobrecargada, la mejor opción para cribar problemas de alcohol es:
- A. Pasar el cuestionario CAGE, de 4 preguntas.
 - B. Pasar el cuestionario AUDIT-C (3 ítems).
 - C. Pasar el cuestionario AUDIT completo (10 ítems).
 - D. Preguntarle al paciente cuántas consumiciones hace en una semana típica.
 - E. B y C son ciertas.

PACIENTE EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

72. ¿Cuál es la duración adecuada de un programa de mantenimiento con metadona?
- A. De 3 a 6 meses.
 - B. De 6 meses a un año.
 - C. No menos de cinco años
 - D. Dependerá de la dosis de heroína consumida antes de iniciar el programa.
 - E. Dependerá del tipo del programa y de las características del paciente.

73. ¿Qué fármaco de los siguientes está contraindicado cuando se realiza tratamiento con metadona?
- A. Ciprofloxacino.
 - B. Fluconazol
 - C. Naltrexona.
 - D. Clonazepam.
 - E. Fenitoína.

74. ¿Cuál de los siguientes no es un efecto secundario producido por la metadona?
- A. Sudoración
 - B. Estreñimiento
 - C. Aumento de la libido
 - D. Insomnio
 - E. Vértigos

75. Respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona cual es la afirmación falsa.
- A. El período de inducción es aquel que transcurre entre la dosis inicial y la supresión de los síntomas de abstinencia.
 - B. Las dosis de mantenimiento no deberían sobrepasar los 120 – 150 mg/día
 - C. La simple solicitud por parte de un paciente dependiente de la heroína puede ser un criterio de indicación suficiente para iniciar un mantenimiento con metadona
 - D. Es un tratamiento que se puede administrar durante el embarazo
 - E. La metadona puede producir dificultades en la micción como efecto secundario durante su administración.

76. ¿Qué dosis sería la más adecuada para iniciar un mantenimiento con metadona en un paciente que consume unos 250 mg/día de heroína por vía endovenosa?
- A. Entre 50 y 55 mg/día.
 - B. Al menos 60 mg/día
 - C. Entre 1 y 2 mg/día.
 - D. Entre 20 y 45 mg/día.
 - E. Con 30 mg/día, todos los pacientes.

SINDROME CORONARIO AGUDO POR COCAÍNA. MANEJO INICIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

77. ¿En el caso de síndrome coronario agudo por consumo de cocaína, la clínica habitualmente aparece inmediatamente después del consumo o puede aparecer más tarde?
- A. Puesto que la patogenia es por vasoespasmos, la clínica siempre es inmediata y nunca aparece de forma diferida.
 - B. Puede aparecer de forma inmediata y también de forma diferida horas o días después del consumo agudo, por mecanismos no bien precisados.
 - C. Si el síndrome coronario agudo se trata de un vasoespasmos, éste aparece de forma inmediata, y si se trata de un infarto agudo de miocardio puede demorarse varias horas después del consumo.
 - D. Si el paciente tiene unos vasos coronarios sin lesiones aparentes, aparece tras un intervalo de varias horas; y si los vasos coronarios presentan lesiones ateromatosas, la clínica aparece de forma inmediata tras el consumo.
 - E. Todas las respuestas anteriores son correctas

78. ¿Por qué el etanol potencia en gran medida la intensidad de la intoxicación aguda por cocaína?
- A. Por la vasodilatación aguda generalizada causada por el etanol que facilita un mayor flujo en los vasos cerebrales y coronarios.
 - B. Por la formación de cocaetileno, un derivado de la cocaína con propiedades de mayor semivida de eliminación y de acción más intensa.
 - C. Fundamentalmente por la inhibición de los diversos receptores gástricos por el etanol.
 - D. Porque el etanol tomado de forma aguda inhibe la pseudocolinesterasa.
 - E. Porque compite con la cocaína por el complejo citocromo P450.

79. ¿Qué tratamiento farmacológico es el idóneo para un síndrome coronario agudo por cocaína de 60-90 minutos de duración con elevación del segmento ST que no cede rápidamente?
- A. Aspirina, morfina EV, nitroglicerina EV, fibrinolítico, heparina, estatinas, betabloqueante y benzodiazepinas.
 - B. Morfina EV, nitroglicerina EV, fibrinolítico, heparina, estatinas, betabloqueante y benzodiazepinas.
 - C. Morfina EV, nitroglicerina EV, fibrinolítico, heparina, estatinas y benzodiazepinas.
 - D. Aspirina, morfina EV, nitroglicerina EV, fibrinolítico, heparina, estatinas y benzodiazepinas.
 - E. Morfina EV, nitroglicerina EV, heparina y estatinas.

80. Un paciente con vasoespasmos coronario inducido por cocaína, ¿puede ser dado de alta a domicilio pocas horas después, al constatar que los marcadores de lesión miocárdica han salido repetidamente normales y el trastorno inicial del ECG ha revertido por completo de forma rápida?
- A. Si el paciente no tiene antecedentes de cardiopatía isquémica ni factores de riesgo coronario conocidos, puede ser dado de alta a domicilio. Y aconsejarle que se controle con su cardiólogo.
 - B. Si el paciente es menor de 35 años puede ser dado de alta, y si tiene 35 años o más debe ingresar para estudio en el servicio de Cardiología.
 - C. Siempre debe ser ingresado en el servicio de Cardiología para estudio de posibles lesiones y seguimiento de la evolución.
 - D. Si los marcadores de lesión miocárdica son negativos, en especial la troponina T o la troponina I, y el ECG se ha normalizado, siempre puede ser dado de alta a domicilio.
 - E. C y D son correctas.

81. En un caso de patología secundaria a consumo de cocaína ¿Cómo se debe enfocar la información al paciente y a sus familiares?.
- A. Se debe informar con objetividad y ecuanimidad.
 - B. Se debe informar al paciente de que el consumo de cocaína supone un riesgo vital.
 - C. Los dos principales órganos diana del consumo de cocaína son el sistema nervioso central y el corazón
 - D. Se debe cursar un comunicado judicial por posibles complicaciones
 - E. Todas son correctas

PACIENTE CON INFECCION POR EL VIH EN TRATAMIENTO CON METADONA

82. ¿ Cual de las siguientes afirmaciones sobre el citocromo P450 es falsa?
- A. Son un grupo de enzimas localizadas en la membrana del retículo endoplásmico de las células de hígado e intestino delgado.
 - B. CYP3A4 es una enzima del citocromo P450
 - C. Enzimas del citocromo P450 intervienen en el transporte de la metadona
 - D. El citocromo P450 interviene en el metabolismo de numerosos fármacos
 - E. CYP2D6 es una enzima del citocromo P450
83. De los siguientes fármacos antiretrovirales ¿cuales son los más descritos en la aparición de un síndrome de abstinencia a los opiáceos en personas que reciben metadona?
- A. Estavudina y didanosina
 - B. Nevirapina y efavirenz
 - C. Lamivudina y zidovudina
 - D. Indinavir y zalcitabina
 - E. Enfuvirtida y emtricitabina
84. Ante un individuo con infección por el VIH ¿En qué caso se debe iniciar tratamiento antiretroviral?.
- A. Siempre.
 - B. Ante una enfermedad definitiva de SIDA o síntomas severos con cualquier valor de CD4 y carga viral.
 - C. Asintomáticos, CD4<200 mm³ con cualquier valor de carga viral.
 - D. Asintomático, CD4>350 mm³, carga viral <100.000 copias/ml.
 - E. B y C.
85. Se le diagnóstica tuberculosis pulmonar a un individuo VIH+ con clara indicación de iniciar el tratamiento antiretroviral ¿Cual crees que es la opción correcta de tratamiento?
- A. Iniciar tuberculostáticos y antiretrovirales de forma simultánea.
 - B. Empezar el tratamiento antiretroviral y pasadas 4-8 semanas iniciar el tratamiento tuberculostático.
 - C. El primer tratamiento es el tuberculostático; el inicio de los antiretrovirales se retrasa de 4 a 8 semanas.
 - D. El primer tratamiento es el tuberculostático; los antiretrovirales se retrasan hasta completar el tratamiento para la tuberculosis.
 - E. Dependerá de la cifra de CD4.
86. ¿Cuál de los siguientes regimenes terapéuticos sería de primera elección en un paciente que debe iniciar TARGA y que no ha sido tratado previamente?
- A. Fosamprenavir+3TC+TDF
 - B. Nevirapina+emtricitabina+TDF
 - C. Efavirenz+3TC+TDF
 - D. Nelfinavir+3TC+TDF
 - E. Efavirenz+3TC+d4T

VARÓN DEPENDIENTE DEL ALCOHOL

87. ¿Cuál de las siguientes partes es más importante al realizar una historia clínica en un paciente con problemas de alcohol?
- A. Cantidad de alcohol consumida
 - B. Relación entre consumo y consecuencias
 - C. Tiempo de evolución del consumo
 - D. Consecuencias del consumo
 - E. Todas las partes son importantes a la hora de abordar el problema de la posible dependencia del alcohol.
-
88. ¿Cuál de los siguientes no es un cuestionario de detección de problemas relacionados con el alcohol?
- A. MMSE
 - B. CAGE
 - C. AUDIT
 - D. MALT
 - E. EIDA
-
89. ¿Cuál de los siguientes no es un síntoma relacionado con el alcoholismo crónico?.
- A. Diarrea
 - B. Dificultad respiratoria
 - C. Anorexia
 - D. Trastornos de la memoria
 - E. Vómitos o pituitas matutinas
-
90. ¿Cuál de los siguientes no es un marcador biológico del alcoholismo.
- A. El volumen corpuscular medio (VCM)
 - B. La ganamaglutamil transpeptidasa (GGT)
 - C. La transaminasa glutámico oxal acética (GOT)
 - D. La glucemia
 - E. La Transaminasa oxal piruvica (GPT)
-
91. ¿Cuál de los siguientes medicamentos podrían utilizarse como específicos de la dependencia al alcohol?
- A. Un aversivo inhibidor de la metabolización del acetaldehído
 - B. Un antiinflamatorio
 - C. Un antidepresivo
 - D. Un anticraving para disminuir el impulso/deseo
 - E. La a) y la d) son correctas

PACIENTE CONSUMIDOR DE CANNABIS

92. ¿Sería aconsejable haber realizado una exploración neuropsicológica y/o una prueba de neuroimagen funcional en el transcurso del seguimiento, teniendo en cuenta las quejas de la paciente?
- A. Sí, teniendo en cuenta que se trata de una paciente joven y por presentar los dolores y la incapacidad funcional de predominio en un hemisferio.
 - B. Sí, conviene tener en cuenta la atipicidad del déficit cognitivo
 - C. Sería aconsejable un SPECT cerebral para descartar el inicio de un proceso de deterioro cognitivo, teniendo en cuenta los Antecedentes Familiares
 - D. El déficit cognitivo está, en su totalidad, justificado por el consumo de cannabis, por lo tanto, no es necesario
 - E. Ninguna de las anteriores es correcta

93. Entre las siguientes afirmaciones en relación al sistema cannabinoide endógeno existe una incorrecta. Señálela.
- A. El receptor cannabinoide CB se encuentra en áreas del SNC implicadas en la cognición, el control motriz, las respuestas emocionales y las conductas motivacionales.
 - B. Fuera del SNC, no afecta a ninguna función nerviosa ya que, en esta situación, básicamente modula el sistema inmune y la microcirculación general.
 - C. El efecto sobre otros sistemas de neurotransmisión cerebral es amplio pudiendo modificar al del GABA, glutamato y dopamina.
 - D. La anandamida es un agonista endógeno del receptor C.
 - E. El sistema cannabinoide endógeno está formado por unos neurotransmisores de estructura lipídica y por unos receptores ligados a la proteína G.

94. En relación a la existencia del Síndrome de Abstinencia a Cannabis, cual de las siguientes afirmaciones es incorrecta?
- A. Se ha propuesto una cronología del Síndrome de Abstinencia determinando que, en total, puede durar hasta cuatro semanas
 - B. Los síntomas más típicos son: agresividad, pérdida del apetito, irritabilidad, alteración de la arquitectura del sueño y falta de descanso subjetivo
 - C. Se debe establecer claramente si el síndrome de abstinencia puede suponer la reagudización de un trastorno previo
 - D. Será necesario, para reafirmar que se trata de un verdadero Síndrome de Abstinencia, demostrar que puede provocar recaídas en el consumo de cannabis
 - E. Se han llevado a cabo estudios con animales con antagonistas cannabinoides y en humanos utilizando únicamente la abstinencia y los agonistas.

95. En relación al tratamiento del Síndrome de Abstinencia a Cannabis (SAC), cuál de las siguientes respuestas es correcta?
- A. Se ha demostrado que el tratamiento con valproato ha conseguido una remisión significativa y específica de los síntomas del SAC
 - B. El tratamiento con bupropion es el tratamiento de elección en el SAC.
 - C. Se ha demostrado que existe una excelente respuesta al tratamiento con ISRS y/o Antipsicóticos de Segunda Generación
 - D. No existe ningún tratamiento farmacológico que haya mostrado una eficacia superior al propio THC o agonistas cannabinoides
 - E. Ninguna de las anteriores

96. En relación a la asociación entre el consumo de cannabis y la presencia de clínica psiquiátrica en el contexto de este consumo, ¿cual de las siguientes afirmaciones es falsa?
- A. El consumo de cannabis puede aumentar la probabilidad de padecer un Trastorno Depresivo
 - B. Existen evidencias crecientes de que puede aumentar el riesgo y la precocidad en el debut de una Esquizofrenia
 - C. Una de los cuadros más comunmente observados en el consumo de cannabis es el Trastorno de Ansiedad
 - D. Se le presupone una relación con problemas de alcoholismo hasta el punto que se estudia la posibilidad de tratar la Dependencia a esta sustancia con antagonistas cannabinoides
 - E. Todas las anteriores son incorrectas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 7 - N.º 3 - 2005

PSICOFARMACOLOGÍA DE LA NICOTINA Y CONDUCTA ADICTIVA

- 49.** La nicotina es una sustancia adictiva debido principalmente a que
 Respuesta: c) Incrementa la biodisponibilidad de dopamina en el núcleo accumbens.
 La nicotina estimula las células dopaminérgicas del área tegmental ventral y provoca la liberación de dopamina en el núcleo accumbens; este es el mecanismo responsable de la adicción inducida por nicotina.
- 50.** Los antagonistas de los receptores nicotínicos impiden el efecto reforzante de la nicotina si se administran
 Respuesta: a) en el área tegmental ventral
 Los antagonistas nicotínicos en el área tegmental ventral impiden la estimulación nicotínica de las células dopaminérgicas que liberan dopamina en el núcleo accumbens, reduciendo así su efecto reforzante.
- 51.** La retirada en el consumo de tabaco provoca abstinencia
 Respuesta: e) al reducirse los niveles de dopamina
 La reducción en la actividad dopaminérgica del núcleo accumbens es el mecanismo responsable de la aparición de los síntomas de abstinencia a la nicotina.
- 52.** El empleo de parches transdermales de nicotina en el tratamiento de la retirada del tabaco
 Respuesta: d) no es efectivo porque no estimula la liberación de dopamina como lo hace la nicotina
 La absorción transdermal de nicotina estimula los receptores nicotínicos de manera tónica, no en picos como ocurre con la combustión, y, en consecuencia, su actividad terapéutica es limitada.
- 53.** En la enfermedad de Alzheimer, la nicotina puede mejorar los síntomas asociados a la pérdida de memoria
 Respuesta: b) al estimular las células colinérgicas que aún no han degenerado
 Los déficit de memoria en la enfermedad de Alzheimer dependen principalmente de la degeneración de células colinérgicas; la activación de aquellas que aún no han degenerado, por ejemplo mediante agonistas nicotínicos, puede reducir este efecto.
- 54.** La nicotina puede tener efectos beneficiosos en ciertas enfermedades psiquiátricas, como la depresión o la esquizofrenia, y degenerativas, como el Parkinson,
 Respuesta: c) al producir un incremento en la neurotransmisión monoaminérgica
 Los déficit monoaminérgicos relacionados con esas enfermedades pueden verse reducidos con el incremento que induce la nicotina en tales neurotransmisores .

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: LLAVE DEL PROCESO DE CAMBIO EN LA DEPENDENCIA NICOTÍN-TABÁQUICA

55. La entrevista motivacional (EM) se define como:
 Respuesta: a) Un encuentro comunicativo centrado en el cliente que, principalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta insalubre o un conflicto determinado.

La entrevista motivacional (EM) tiene su origen en los trabajos de Miller y Rollnick, que ya a principios de los años 90 entendieron la importancia de crear un espacio comunicativo con el cliente, promotor de la activación de cambios. Así, debe entenderse como una herramienta capaz de generar el deseo de cambio en el cliente, frente al deseo de cambio del terapeuta. No tiene como objetivo evaluar la dependencia del paciente, sino ofrecerle la oportunidad de verbalizar sus conflictos, sus miedos, expectativas, así como realizar toda una serie de redefiniciones sobre el papel del síntoma: su dependencia.

56. Los principios básicos de un encuadre motivacional son:
 Respuesta: d) *Expresión de empatía. Escucha activa.
 *Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del paciente y su comportamiento
 *Evitar la confrontación directa
 *Adaptarse a la resistencia del cliente en lugar de oponerse frontalmente.
 *Apoyar la autoeficacia y el optimismo.

El enfoque motivacional de Miller y Rollnick tiene su base en los 5 principios básicos de la escucha activa, que favorecen un diálogo en el que convergen ambivalencias y discrepancias que son descubiertas progresivamente por el paciente en interacción con el clínico. Evitar los desafíos, promover la sensación de autoeficacia y el optimismo, son elementos básicos del aumento de la probabilidad de generar nuevas expectativas de cambio.

57. Entre las trampas de la demanda, la dramatización es:
 Respuesta: d) a y b son correctas.

La dramatización es una técnica que se ha utilizado en el contexto terapéutico principalmente desde el modelo terapéutico sistémico relacional con enfoque estructural, cuyo máximo exponente ha sido S. Minuchin y que reinterpreta a través de diferentes técnicas la escenificación de los roles familiares en torno al síntoma. Pero también se presenta como una herramienta útil para un paciente ambivalente, escasamente reflexivo frente a su decisión abstinerencial. Esta situación se plantea cuando el paciente afirma que «Tiene que dejar de fumar» debido a situaciones en las que parece no existir elección, con la correspondiente frustración respecto a la imposibilidad (aparente) en la toma de decisiones. La dramatización produce un efecto multiplicador en el diagnóstico de gravedad, pudiendo sentir el clínico la necesidad de construir soluciones agrandadas que presupongan una percepción de incapacidad en el paciente.

58. Los aspectos fundamentales de la fase de definición del proceso de cambio son:
 Respuesta: c) *Deconstrucción de la abstinencia como proceso sufriente.

- *El mantenimiento como proceso de normalización de la abstinencia.
- *La finalización como integración de la abstinencia.

El Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente entendido como un proceso evolutivo, prevé la finalización de la realidad adictiva, aceptando la existencia de un comienzo y un final. Así pues, la generación de expectativas desde una adecuada reflexión exploratoria de la abstinencia, permite una progresiva integración de la misma normalizándola en la vida del paciente hasta una notable pérdida de interés por la conducta problema.

59. Marque la respuesta correcta:

Respuesta: e) c y d son correctas

La motivación debe ser considerada como un elemento multidimensional y clave para el proceso de cambio. La relación adictiva se asienta en las cogniciones, conductas, relaciones sociales, afectividad y emociones. De la misma forma, la motivación, puede ser disonante en alguno de estos planos que configuran la complejidad de cada individuo.

Es imprescindible aceptar la experiencia de un individuo como elemento crucial en la posibilidad de cambio. Aceptar la presencia de un proyecto vital, de un proceso revelador de experiencias, permite aceptar también la existencia de un proceso de auto-realización que impulsa el comportamiento dirigido a la consecución de los objetivos que consoliden la propia individualidad. Es en este trayecto, donde pueden producirse fracturas, crisis no resueltas que impidan el avance resolutivo hacia nuevos estadios homeostáticos.

60. El Modelo Transteórico de Cambio

Respuesta: c) Se desarrolló a partir de observaciones comparativas entre la dinámica de la relación del sujeto con la conducta (sustancia) y modelos de cambios comportamentales sin intervención terapéutica.

El cambio natural es parte de la evolución del ciclo vital de las personas en su contexto. Así, la experiencia adictiva se relaciona con expectativas, pautas de atenuación de sufrimiento emocional o resolución de crisis de ciclo vital cronificada. Autores como S. Cirillo, M. Selvini o L. Cancrini, han estudiado con profusión las pautas adictivas en la fase de ciclo vital correspondiente a la adolescencia, infiriendo modelos automedicamentosos paliativos de sus déficit en los procesos de individuación. La complejidad del Modelo Transteórico de Cambio le confiere una especial riqueza, al poder explicar actitudes y conductas adictivas en comparación con los cambios naturales producidos en situaciones de crisis y resolución homeostática de las mismas. No solo abunda en explicaciones e intervenciones de acompañamiento reflexivo e incentivación de la motivación para el cambio, sino que ahonda en los procesos y niveles de cambio que se relacionan con la autoeficacia y la autoestima, con base en la Teoría del aprendizaje Social de Bandura.

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE VARIABLES DE INTERACCIÓN PSICOSOCIAL (VIP): HACIA UN MODELO DE TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS «GUIADO POR LA PERSONALIDAD»

61. Entre los tratamientos psicológicos con base científica para el tratamiento de las drogodependencias el NIDA propone los siguientes menos uno:

Respuesta: B) Psicoterapia guiada por la personalidad

Ninguno de los programas propuestos por el NIDA en su obra Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones, editada en 2001, tiene en consideración factores de personalidad. La «Psicoterapia guiada por la personalidad» es una propuesta de Millon para el tratamiento de los trastornos de personalidad y los síndromes clínicos asociados, que no ha sido investigada en el ámbito de las conductas adictivas.

62. El cuestionario VIP (Variables de Interacción Psicosocial), que se propone en el presente trabajo, evalúa las siguientes menos una:

Respuesta: A) Neuroticismo

El Neuroticismo es un rasgo de personalidad propuesto por Eysenck y que se conserva en modelos posteriores como el de 5 factores. El resto de las nombradas, más la Autoestima, el Optimismo y el Locus de Control, son las escalas que mide el VIP.

63. Los estudios más recientes sobre la etiología de las conductas adictivas apuntan a modelos de:

Respuesta: D) Interacción entre factores predisponentes y estresores ambientales (diátesis-estrés)

Los estudios más recientes tienden a formularse como modelos de diátesis-estrés, tanto en el caso de las adicciones como en el de otros problemas psicopatológicos, como la esquizofrenia o la depresión. Estos modelos apelan a la existencia de predisposiciones de tipo genético que se expresarían en condiciones de estrés.

64. Una de las siguientes afirmaciones no es cierta:

Respuesta: a) Los trastornos de la personalidad deben ser entendidos como enfermedades a pesar de que no podamos aún conocer su etiología

La personalidad puede ser estudiada desde tres enfoques: el clínico, el de rasgos y el de variables interaccionales. El enfoque clínico presenta el más alto grado de construcción, en la medida en que combina más información para describir patrones generales de comportamiento. El nivel de rasgos no pretende la explicación y predicción de la conducta global, sino de conductas relacionadas con cada uno de los rasgos, aunque pueden combinarse para formular tipos, lo que estaría ya más próximo al nivel clínico. Las variables interaccionales representan el nivel más simple y suponen el desmenuzamiento de los rasgos (y, en consecuencia, también de los patrones) en sus elementos nucleares del ámbito cognitivo. En ningún caso podemos considerar que los trastornos de la personalidad sean enfermedades, en tanto que son meros constructos de consenso para explicar patrones de personalidad y, como tales, pueden ser descritos, pero no identificados objetivamente.

65 Una de las siguientes afirmaciones es cierta:
Respuesta: E) El modelo transteórico de cambio fue formulado inicialmente para la explicación del proceso de abandono de las conductas adictivas pero puede ser extrapolable a otras conductas que impliquen cambio intencional

La propuesta de Millon de «psicoterapia guiada por la personalidad» es demasiado reciente como para haber generado un volumen significativo de estudios. El craving va conceptualizándose como un fenómeno cognitivo en la reinterpretación de fenómenos internos mediados por acciones neurobioquímicas de las drogas. No hay disponibles estrategias terapéuticas que se hayan mostrado eficaces, bajo criterios basados en la evidencia, en el tratamiento de trastornos de la personalidad tomados en su globalidad, salvo la terapia de conducta clásica y la terapia dialéctica cognitivo-conductual, ésta para el trastorno límite, y ambas con pocos estudios metodológicamente aceptables. Existen múltiples estudios que vinculan a las variables interaccionales con indicadores de salud física y social. El modelo transteórico, formulado en el contexto del abandono del hábito tabáquico, y posteriormente al resto de conductas adictivas, se ha ensayado asimismo en otros procesos de cambio intencional.

66. A tenor de los resultados del presente estudio, las variables interaccionales que deben ser objeto de atención preferencial por su relación con rasgos, patrones y trastornos, son:

Respuesta: e) Autoestima, Autocontrol y Afrontamiento Emocional

A la vista de los resultados propuestos en el presente trabajo, las variables que muestran correlación más sólida y consistente con patrones y trastornos de personalidad, con síndromes y trastornos del Eje I, y con factores de índole social, son la Autoestima, el Autocontrol y el Afrontamiento Emocional del estrés. Los datos sugieren que, desde una perspectiva dimensional, una intervención terapéutica (farmacológica y de modificación de conducta) centrada en estas variables puede reducir la sintomatología, favorecer la organización general de la conducta y alejar a los individuos de los niveles críticos de desadaptación, y, en consecuencia, disminuir la probabilidad de ejecución de la conducta adictiva.