

GUÍA DE TRATAMIENTOS

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-16751-72-3
Depósito Legal: M-17074-2019
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

COORDINADORES

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo
Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario
de Guadalajara. SESCAM.

AUTORES/AS

TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS
TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO
TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA HEROÍNA
TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA
TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO
TRATAMIENTO DEL JUEGO PATOLÓGICO

Marta Álvarez Calderón

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Rey Juan Carlos
Madrid.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de
Guadalajara. SESCAM.

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Juan Antequera Iglesias

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la
Misericordia de Toledo.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DE LA INGESTA DE ALIMENTOS
TRATAMIENTO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES, TRASTORNOS PARAFÍLICOS Y DISFORIA DE GÉNERO
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO-VIGILIA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Juan Jesús Muñoz García

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Coordinador de Rehabilitación del Área de Salud
Mental del Hospital San Juan de Dios de
Ciempozuelos (Madrid).
Tutor PIR.

TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN DISCAPACIDAD INTELECTUAL
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO AUTISTA
TRATAMIENTO DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
TRATAMIENTO PARA LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA ELIMINACIÓN
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y LOS ESTRESORES
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES
TRATAMIENTO DE LOS MALOS TRATOS Y ABUSO SEXUAL
TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

Victoria Alonso Martín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Doctora en Psicología.
FEA Psicología clínica hospital de día infanto juvenil de Vallecas.
Master en terapias contextuales.

María Villacañas Blázquez

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
Máster en Atención Temprana.

Diego Carracedo Sanchidrián

Psicólogo Interno Residente. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
Máster en Terapias de Tercera Generación.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS
TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA
TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA
TRATAMIENTO DE LAS CEFALAS
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES
TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES
TRATAMIENTO DEL ASMA
TRATAMIENTO DEL CÁNCER
TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO
TRATAMIENTO DEL VIH Y EL SIDA

Lidia Carrillo

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

PRESENTACIÓN

¿POR QUÉ ESTE MANUAL?

El área de la intervención y el tratamiento es central en los exámenes de los procesos selectivos de psicología clínica, tanto en las preguntas test de corte teórico como en las relativas a supuestos prácticos. La preparación de esta materia requiere dominar tanto las características de programas, asistenciales y su eficacia, como su relación con los modelos teóricos y las características clínicas de los trastornos.

El objetivo de este manual es favorecer una labor de síntesis que sirva para el repaso, estudio y consolidación entrelazando los programas de tratamiento, las técnicas con preguntas tipo test comentadas, clasificadas por patologías.

¿CÓMO?

La estructura de cada tema es la siguiente:

Tratamientos:

 Tratamiento Psicológico.

 Otros tratamientos.

Eficacia de los tratamientos.

Preguntas relevantes.

Tabla resumen.

ASPECTOS PREVIOS

La evaluación de la **eficacia, eficiencia y efectividad** de un tratamiento psicológico es un aspecto central que está recibiendo desde los años 90 una atención cada vez mayor. La investigación de estos aspectos se refleja en las Guías de Práctica Clínica, herramientas fundamentales en el trabajo aplicado.

A la hora de valorar la utilidad de una intervención psicológica hay que tener en cuenta unos conceptos previos (Pérez Álvarez, 2002):

a) Eficacia: definida como la capacidad que tiene un tratamiento para producir cambios psicológicos (*conductuales o de otro tipo*) en la dirección esperada que sean claramente superiores a la no intervención, el placebo y otra modalidad de intervención. Los requisitos metodológicos para hablar de eficacia son importantes: disponer de grupos homogéneos de pacientes, asignación aleatoria de los sujetos al grupo control y grupo de tratamiento, método "ciego" donde el sujeto no sabe a qué grupo pertenece, evaluación e intervención sistematizada y estandarizada principalmente.

Los tratamientos aplicados bajo estas circunstancias tienen una **elevada validez interna**, pero menos validez externa. Podemos inferir que dicho tratamiento en circunstancias muy controladas funciona. El problema radica en la validez externa, es decir, en qué medida estos resultados son extrapolables los pacientes en condiciones “reales”, es decir, si dichos programas de tratamiento son aplicables a la práctica clínica real.

b) Efectividad: definida como la capacidad de los tratamientos para lograr cambios psicológicos en la población clínica habitual. En estos estudios **umenta la validez externa** en detrimento de la validez interna. A nivel metodológico no hay siempre asignación aleatoria de los grupos (*el paciente puede elegir entre los tratamientos disponibles*), no hay tanta homogeneidad en los mismos, el paciente elige el tipo de tratamiento (no hay por lo tanto método ciego y las expectativas pueden influir de forma notable en los resultados).

Los estudios de eficacia (validez interna) deberían ser un prerrequisito para los estudios de efectividad (validez externa). Cualquier programa de intervención que se incorpora en las Guías De Práctica clínica ha de contar con suficiente validez interna y externa.

c) Eficiencia: lograr los mayores cambios en la población clínica con el menor coste posible.

Para valorar la eficacia de un tratamiento psicológico utilizaremos de forma prioritaria los criterios de la división 12 de la APA recogidos en Marino Pérez (2002) que aparecen en la siguiente tabla:

CRITERIOS APA
Tratamiento bien establecido (eficacia tipo 1)
I. Al menos 2 estudios de grupo de 2 investigadores distintos ha demostrado: <ul style="list-style-type: none"> a) Es superior al tratamiento farmacológico, placebo u otro. b) Es equivalente a otro tratamiento bien establecido. II. Una serie amplia de estudios de caso único: <ul style="list-style-type: none"> a) Con buen diseño experimental. b) Mejora comparado con tratamiento farmacológico, placebo u otro.
Tratamiento probablemente eficaz (eficacia tipo 2)
III. Dos estudios demuestran que es más eficaz que la lista de espera. IV. Dos estudios del mismo investigador ha demostrado eficacia. V. Dos estudios demuestran eficacia pero con muestras heterogéneas. VI. Serie pequeña de estudios de caso único (menos de 3).
Tratamiento en fase experimental (eficacia tipo 3)
VII. Tratamientos que no se ajustan a las condiciones anteriores.

Estos criterios no son utilizados por todos los manuales de referencia, por lo que en las tablas resumen añadiremos los criterios recogidos por otros autores relevantes.

La información sobre las recomendaciones se plasma en las **Guías de Práctica Clínica**. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un “conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes” (GuiaSalud, 2014).

Existen diversos criterios sobre las recomendaciones de diversos tratamientos en base al grado de evidencia. Por ejemplo la **Agency for Healthcare Research and Quality** los divide en tres tipos con base en la investigación para apoyar dichos tratamientos:

- A) Grado de **evidencia buena** para recomendar un tratamiento (*equivalente a la Eficacia tipo 1*).
- B) Grado de **evidencia moderada** (*equivalente a la Eficacia tipo 2*).
- C) Recomendación basada en el **consenso de expertos** (*equivalente a la Eficacia tipo 3*).

Pasamos a desarrollar los temas.

ÍNDICE GENERAL

ADULTOS

Tratamiento de las drogodependencias.....	13
Tratamiento del alcoholismo	19
Tratamiento de la adicción a la heroína.....	27
Tratamiento para la adicción a la cocaína	33
Tratamiento del tabaquismo	39
Tratamiento del juego patológico.....	45
Tratamiento de los trastornos de ansiedad.....	51
Tratamiento de los trastornos psicóticos	79
Tratamiento del trastorno del estrés postraumático (TEPT)	97
Tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos	107
Tratamiento del trastorno bipolar	119
Tratamiento de la depresión	123
Tratamiento del trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	143
Tratamiento de los trastornos disociativos.....	155
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.....	159
Tratamiento de las disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	181
Tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia	197
Tratamiento de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	213
Tratamiento de los trastornos de la personalidad.....	215

INFANTIL

Tratamiento de intervención en discapacidad intelectual	237
Tratamiento del trastorno autista	243
Tratamiento de intervención en trastornos de la comunicación.....	251
Tratamiento de los trastornos de aprendizaje.....	259
Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	265
Tratamiento de los trastornos motores	281
Tratamiento para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	287
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en población infanto-juvenil.....	301
Tratamiento de los trastornos de la eliminación	305
Tratamiento de los trastornos del sueño en población infanto-juvenil	315
Tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia.....	323
Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en población infanto-juvenil.....	343
Tratamiento de los trastornos relacionados con el trauma y los estresores	347
Tratamiento de los trastornos depresivos.....	351
Tratamiento de los trastornos bipolares.....	359
Tratamiento de los malos tratos y abuso sexual.....	363
Tratamiento de las adicciones en población infanto-juvenil.....	369

SALUD

Tratamiento de la diabetes mellitus	373
Tratamiento de la dismenorrea primaria	377
Tratamiento de la fibromialgia.....	379
Tratamiento de las cefaleas.....	381
Tratamiento de los trastornos cardiovasculares	383
Tratamiento de los trastornos gastrointestinales	389
Tratamiento del asma	393
Tratamiento del cáncer	397
Tratamiento del dolor crónico	405
Tratamiento del VIH y el sida.....	409
A MODO DE RESUMEN	413

ADULTOS

TRATAMIENTOS

La perspectiva general de tratamiento para las drogodependencias se basa en una perspectiva motivacional u orientada al cambio. Se incluyen dentro de estos planteamientos el Modelo Trasteórico del Cambio y la Entrevista Motivacional.

Los mayores beneficiarios son aquellos sujetos que presentan menores niveles de motivación (sujetos en el estadio de precontemplación, que aún no han considerado el abandono del consumo). Se observa eficacia en la promoción de cambios, aunque estos cambios no suelen ser duraderos en el tiempo y la motivación decae progresivamente. A pesar de esto, se aprecia una significativa aunque pequeña eficacia a los 12 meses.

Es importante incrementar la motivación para el cambio en sujetos con adicción a sustancias desde las primeras entrevistas para conseguir mantenerlo a lo largo del tratamiento. La entrevista motivacional es necesaria en fases iniciales para posteriormente dar paso a programas de tratamiento más estructurados, comentados en los temas referentes a cada una de las sustancias.

TERAPIAS MOTIVACIONALES	
Modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente (1992)	Se trata de un modelo sobre el cambio en psicoterapia aplicado a las adicciones. Entiende las conductas adictivas no como un continuo en la intención a dejar una conducta adictiva. Plantean un modelo tridimensional con estadios, procesos de cambio y niveles de cambio.
Entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1999)	Se trata de una forma de entrevista para sujetos que presentan adicciones o conductas poco saludables. La filosofía de la entrevista se centra en guiar al paciente sin imponer el cambio.

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

		EVIDENCIA EMPÍRICA SOBRE EL TRATAMIENTO GENERAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS		
		Guía de tratamientos psicológicos eficaces de M. Pérez (2010)	Manual de Terapia de Conducta de M.A. Vallejo (2016)	Guía NICE (2018)
INTERVENCIONES MOTIVACIONALES	Alcohol	Sin datos	Tratamiento útil pero no suficiente: se requerirá de programas más estructurados y especializados.	Evidencia moderada (recomendación de su uso en combinación con otras técnicas)
	Opiáceos	Sin datos	Sin resultados consistentes	Recomendación de intervenciones motivacionales puntuales si el sujeto no tiene contacto con centro especializado.
	Cocaína	Sin datos	Sin resultados consistentes	Recomendación de intervenciones motivacionales puntuales si el sujeto no tiene contacto con centro especializado.
	Nicotina	Sin datos	No estudios	No estudios

PREGUNTAS RELEVANTES

A continuación se incluye una selección de preguntas acerca de la intervención general de las drogodependencias clasificadas en función de los distintos programas de tratamiento y el contenido:

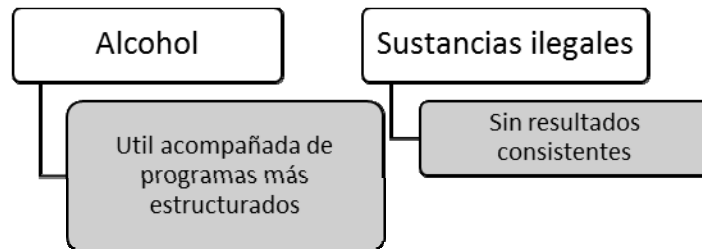
Tema	Pregunta	Comentario
Terapias motivacionales	Según el modelo de Prochaska y Diclemente (1983), ¿cuál es el factor fundamental que se debe tener en cuenta para explicar la recuperación a largo plazo en los trastornos adictivos? 1) Los estadios de cambio. 2) La entrevista motivacional. 3) El efecto de violación de la abstinencia. 4) Las expectativas de autoeficacia.	RC: 1. El modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente (1983) es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio. Los estadios de cambio marcan el estado en el que se encuentra en sujeto en relación a la adicción. Se trata de seis fases: precontemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, mantenimiento y recaída.

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>Las intervenciones motivacionales en el tratamiento de las drogas ilegales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Deben utilizarse después de la fase de desintoxicación. 2) Forman parte del entrenamiento en habilidades sociales. 3) Comienzan a aplicarse con la prevención de la recaída. 4) No son suficientes por sí mismas para que la persona abandone el consumo de drogas. 	<p>RC: 4. Su uso está indicado al comienzo del tratamiento para aumentar la motivación e implicación del paciente. Por sí solas son insuficientes para conseguir los objetivos en conductas adictivas, por lo que es recomendable su inclusión en otros tratamientos más estructurados.</p>
	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los principios básicos de la Entrevista Motivacional es FALSA?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La aceptación facilita el cambio. 2) La ambivalencia es normal. 3) La resistencia es una señal que indica que se deben mantener las estrategias que se han estado utilizando. 4) Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen. 	<p>RC: 3. La entrevista motivacional tiene como objetivo resolver la ambivalencia que existe con las conductas no saludables y preparar el proceso terapéutico posterior. La discusión crea resistencias. Si éstas aparecen, es necesario cambiar de estrategia (opción 3 correcta), darle un giro a las resistencias, sugiriendo otros puntos de vista (opción 4 incorrecta) y fomentar la autoeficacia.</p>
	<p>¿Con qué autor o autores se asocia la Entrevista Motivacional?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Marlatt y Gordon. 2) Hunt y Azrin. 3) Miller y Rollnick. 4) Prochaska y Diclemente. 	<p>RC: 3. Los principales planteamientos motivacionales en conductas adictivas son el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982, 1983, 1985) y la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Miller y Rollnick (opción 3 correcta) publican en 1999 el libro "La entrevista motivacional: preparar para el cambio en las conductas adictivas" habiéndose convertido en un aspecto esencial en el tratamiento de los problemas adictivos.</p>
	<p>¿En qué estadio está la persona cuando comienzan a equilibrarse las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, como consecuencia de ello, empiezan a plantearse dejar de consumir, aunque básicamente mantienen su ambivalencia en este balance decisional?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Estadio de acción. 2) Estadio de contemplación. 3) Estadio de recaída. 4) Estadio de pre-contemplación. 	<p>RC: 2. En el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1992), en el estadio de contemplación (opción 2 correcta) la persona empieza a ser consciente de que existe un problema y está activamente buscando información, habiéndose planteado el cambio seriamente dentro de los próximos 6 meses.</p>
	<p>¿Cuál de los siguientes aspectos formales del estilo terapéutico forman parte de la entrevista motivacional?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Asumir un papel directivo durante la terapia. 2) Promover empatía. 3) Utilizar estrategias coercitivas. 4) Emplear etiquetas diagnósticas. 	<p>RC: 2. Miller y Rollnick (1999) indican que los principios básicos de la entrevista motivacional son los siguientes: expresión de empatía (opción 2 correcta), desarrollar discrepancia, aceptar la resistencia y apoyo de la autoeficacia.</p>
	<p>Una técnica de gran relevancia en adicciones para motivar al paciente a realizar el tratamiento es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La motivación catártica. 2) El control estimular. 3) La entrevista motivacional. 4) La intención paradójica. 	<p>RC: 4. La entrevista motivacional se trata de una forma de entrevista desarrollada por Miller y Rollnick (1999) para sujetos que presentan adicciones o conductas poco saludables. La filosofía de la entrevista motivacional es principalmente que la motivación para el cambio no es impuesta desde afuera, si no que surge del propio paciente.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>¿En qué estado del Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se encuentra una persona que acude por primera vez a las sesiones del psicólogo clínico para dejar de beber y cumple con las recomendaciones del terapeuta?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Precontemplación. 2) Contemplación. 3) Preparación. 4) Acción. 	<p>RC: 4. Para responder a esta pregunta debemos conocer los estadios del cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1983). En el estadio de acción (opción 4 correcta), la persona ha iniciado activamente la modificación de su conducta, llegando a alcanzarlo con éxito. En el enunciado de la pregunta se indica que el paciente, además de acudir a sesiones con su psicólogo clínico, también cumple con las recomendaciones prescritas, por lo que se encuentra en un estadio caracterizado por la realización activa de cambios.</p>
	<p>¿En qué estrategia terapéutica se suele emplear el “balance decisional” con el objetivo de valorar los aspectos positivos y negativos de la conducta actual?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) En las técnicas de condicionamiento encubierto. 2) En la entrevista motivacional. 3) En la administración del tiempo. 4) En el afrontamiento paliativo. 	<p>RC: 2. El término “balance decisional” es utilizado por Miller y Rollnick en la entrevista motivacional (opción 2 correcta). La representación del conflicto entre los beneficios y costes de consumir se representa a través de “la hoja de balance decisional” en la que la persona especifica lo que percibe como beneficioso y lo que percibe como costes de una conducta.</p>
<p>Tratamiento general</p>	<p>¿Para qué trastorno se han desarrollado técnicas en tratamiento específicas para incrementar la motivación para el cambio?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Esquizofrenia. 2) Trastorno obsesivo-compulsivo. 3) Adicciones. 4) Insomnio. 	<p>RC: 3. El <i>modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992) sobre los procesos de cambio</i> en psicoterapia se ha aplicado al campo de diversas psicopatologías, como los trastornos alimentarios, pero originaria y principalmente se aplicaron al campo de las adicciones.</p>
	<p>Las técnicas del control de la ira y de la agresividad tienen relevancia para el tratamiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El insomnio. 2) El trastorno obsesivo-compulsivo. 3) La enuresis. 4) Los trastornos por dependencia de sustancias. 	<p>RC: 4. Las técnicas de control de la ira y la agresividad pueden encuadrarse dentro de las técnicas de afrontamiento: técnicas cognitivo conductuales que constituyen técnicas eficaces o probablemente eficaces, sobre todo en programas multicomponentes, para el tratamiento de numerosas adicciones (respuesta correcta 4), puesto que, además, la ira y la agresividad, constituyen emociones, frecuentemente asociadas a la abstinencia e intoxicación de múltiples sustancias (ver criterios diagnósticos).</p>
	<p>Las terapias más estudiadas en el tratamiento de los trastornos adictivos, y con mayor apoyo empírico, son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Las sistémicas. 2) Las psicodinámicas. 3) Las cognitivo-conductuales. 4) Las humanistas. 	<p>RC: 3. Las terapias más estudiadas y que hasta la fecha han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de las drogodependencias son las terapias cognitivo-conductuales (opción 3 correcta). No obstante, la eficacia de este tipo de estrategias generalmente se observa en programas multicomponente.</p>
	<p>La identificación de situaciones de alto riesgo tiene su máxima relevancia en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El manejo de contingencias. 2) La terapia aversiva. 3) La intención paradójica. 4) La prevención de la recaída. 	<p>RC: 4. La prevención de la recaída (PR) (opción 4 correcta) de Marlatt y Gordon (1985) se trata de un programa cognitivo conductual que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de las drogodependencias. Incluye diferentes técnicas entre las que se incluye la identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída.</p>

Tema	Pregunta	Comentario
	<p>El tratamiento para las adicciones que busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la adicción, utilizando reforzadores para facilitar el proceso, se denomina:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entrenamiento en autocontrol. 2) Programa de prevención de recaídas. 3) Entrenamiento en habilidades sociales. 4) Programa de reforzamiento comunitario. 	<p>RC: 4. El programa de reforzamiento comunitario (Community Reinforcement Approach), ideado inicialmente por Hunt y Azrin (1973) se centra en aspectos familiares, sociales, laborales y recreativos, con el objetivo de reforzar la sobriedad, dando gran peso a las técnicas motivacionales y al uso del refuerzo positivo.</p>
	<p>¿Cuál es el principal objetivo que se pretende con la técnica de exposición a claves (Cue Exposure Theory, CET) en el tratamiento de la adicción a drogas?:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Que la persona con problemas de adicción a drogas sepa identificar las situaciones de riesgo y así prevenir la recaída. 2) Se trata de utilizar señales para indicar en qué momento se deben poner en marcha las habilidades adquiridas durante el período de tratamiento. 3) Entrenar para que la persona con problemas de adicción a drogas sepa identificar cuál es la causa principal de su trastorno adictivo. 4) Se trata de conseguir mediante procedimientos de exposición y extinción que la persona con problemas de adicción a drogas disminuya su reactividad ante las claves o señales que están asociadas a las consecuencias del consumo. 	<p>RC: 4. En el tratamiento de las adicciones se ha utilizado el tratamiento basado en la exposición a pistas o señales (Cue Exposure Treatment, CET) que consiste en la exposición a señales que antecederían la conducta de consumo. Estas técnicas están orientadas a reducir la reactividad a las señales mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales que anteceden la conducta adictiva en ausencia de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas de deseo.</p>
Trastornos duales	<p>Cuando un paciente drogodependiente tiene patología dual, su tratamiento debe realizarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mediante un modelo de intervención secuencial. 2) Mediante un modelo de intervención en paralelo. 3) Mediante un modelo de intervención dinámico. 4) Mediante un modelo de intervención integral. 	<p>RC: 4. La patología dual (coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o del comportamiento) implica una complicación en el tratamiento debido a la magnitud de los problemas de estos pacientes. El tratamiento integrado en el que se combina el tratamiento de la adicción y el trastorno mental ha demostrado mejor eficacia que los tratamientos secuenciales y paralelos.</p>
	<p>Los estudios en los tratamientos en patología dual han demostrado que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) No existen diferencias entre los diferentes tipos de tratamientos. 2) Los tratamientos integrados consistentes en entrevista motivacional, terapia, cognitivo-conductual e intervención familiar son más efectivos que las terapias convencionales. 3) Los tratamientos psicosociales no son fundamentales en el proceso rehabilitador del paciente. 4) Los tratamientos farmacológicos son suficientes para la intervención terapéutica. 	<p>RC: 2. La patología dual (coexistencia de la adicción a sustancias con otros trastornos mentales o del comportamiento) implica una complicación en el tratamiento debido a la magnitud de los problemas de estos pacientes. El tratamiento integrado en el que se combina el tratamiento de la adicción y el trastorno mental ha demostrado mejor eficacia que los tratamientos secuenciales y paralelos.</p>

TABLA RESUMEN

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GENERAL DE LAS DROGODEPENDENCIAS
TERAPIAS MOTIVACIONALES****Guía de ttos. Psicológicos eficaces (M. Pérez, 2010)****Guía NICE 2018**