



# Autoevaluación y Formación Continuada en

## trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 9 - N.º 3 - 2007



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 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. Sant Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

### ANÁLISIS DE DROGAS DE ABUSO EN MUESTRAS DE PELO. DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO CRÓNICO

78. ¿De qué parte del cuero cabelludo se recomienda tomar la muestra de cabello?
- A. Da igual la parte de que se tome
  - B. Zona frontal
  - C. Zona parietal
  - D. Zona temporal
  - E. Zona occipital
79. ¿Con fines forenses, con qué velocidad se acepta que crece el cabello?
- A. 1 mm al mes
  - B. 2 mm al mes
  - C. 6 mm al mes
  - D. 8 mm al mes
  - E. 10 mm al mes
80. Si las condiciones ambientales, de temperatura y humedad son favorables ¿durante cuánto tiempo permanecen incorporadas al pelo las drogas?
- A. 1 día
  - B. 1 semana
  - C. 1 mes
  - D. 1 año
  - E. Indefinidamente
81. Se considera un consumo bajo de heroína cuando la concentración de 6-monoacetilmorfina en pelo se encuentra entre:
- A. 0,5 y 5 ng/mg
  - B. 6-50 ng/mg
  - C. 60-500 ng/mg
  - D. 600-5.000 ng/mg
  - E. 5.000-6.000 ng/mg

82. Se considera un consumo medio de cocaína cuando la concentración de cocaína en pelo se encuentra entre:
- A. 0,1 y 1 ng/ml
  - B. 1 y 9,99 ng/ml
  - C. 10 y 20 ng/ml
  - D. 21 y 30 ng/ml
  - E. 31 y 40 ng/ml

83. Se considera un consumo alto de cannabis cuando la concentración de THC en pelo se encuentra entre:
- A. 0,004 y 0,01 ng/mg
  - B. 0,01 y 0,04 ng/mg
  - C. 0,04 y 0,1 ng/mg
  - D. 0,1 y 0,4 ng/mg
  - E. Mayores de 0,4 ng/mg

**ANÁLISIS DE LA INTENCIÓN CONDUCTUAL DE CONSUMIR CANNABIS  
EN ADOLESCENTES: DESARROLLO DE UN INSTRUMENTO DE MEDIDA BASADO  
EN LA TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANIFICADA**

84. La teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991) afirma que la intención conductual es determinada por:
- A. Las actitudes y las creencias normativas
  - B. Las actitudes y la norma subjetiva
  - C. Las actitudes, las creencias normativas y la motivación de ajuste
  - D. Las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido
  - E. Las actitudes y el control conductual percibido

85. La norma subjetiva, dentro de este enfoque teórico, está compuesta por:
- A. Las creencias normativas percibidas en los referentes significativos del entorno y la motivación de ajustarse a ellas por parte del sujeto
  - B. Las creencias normativas y las creencias irracionales del sujeto
  - C. Las creencias morales del entorno y los hábitos del sujeto
  - D. Las creencias conductuales y la motivación de ajustarse a ellas por parte del sujeto
  - E. Sólo las creencias normativas percibidas en los referentes significativos del entorno

86. La percepción de riesgo asociada al consumo de cannabis ha bajado en los últimos años en España, concretamente:
- A. A la mitad entre 1999 y 2003
  - B. Del 90,7 en 1999 al 90,5 en 2003 (dos décimas)
  - C. Del 90,7 en 1999 al 60,2 en 2003 (treinta puntos)
  - D. Del 90,7 en 1999 al 83,3 en 2003 (siete puntos)
  - E. La percepción de riesgo no ha bajado, sino que ha aumentado

87. La función percibida con respecto al consumo de cannabis que más frecuentemente aparece entre los consumidores es:
- A. La reducción del malestar físico
  - B. La reducción de la concentración
  - C. El olvidar los problemas
  - D. La relajación
  - E. El incremento de la creatividad

88. A la hora de hablar de la relación entre cannabis y problemas académicos, se puede decir que:
- A. Los problemas académicos vienen determinados unidireccionalmente por el consumo de cannabis
  - B. Los problemas académicos y el consumo de cannabis se influyen recíprocamente, pudiendo uno ser causa del otro y viceversa
  - C. El consumo de cannabis viene determinado unidireccionalmente por los problemas académicos
  - D. No existe ninguna relación entre ellos
  - E. Todas las anteriores son falsas

89. La teoría de la conducta planificada se ha aplicado para el estudio de conductas relacionadas con la salud como:
- A. El consumo de éxtasis
  - B. El ejercicio físico
  - C. La nutrición
  - D. El consumo de alcohol y tabaco
  - E. Todas las anteriores son ciertas

**BARRERAS DE ACCESIBILIDAD AL TRATAMIENTO: DIFERENCIAS ENTRE ADICTOS A LA HEROÍNA Y ADICTOS A LA COCAÍNA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

90. Si se consideran independientemente los grupos de consumidores de las diversas sustancias según el género de los pacientes se puede afirmar que:
- A. Los hombres adictos a la cocaína puntuaron más bajo en el eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» que los adictos a la heroína
  - B. Los hombres adictos a la cocaína puntuaron más bajo en el eje «Su consumo de drogas le parecía normal» que los adictos a la heroína
  - C. Los hombres adictos a la cocaína puntuaron más alto en el eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» que los adictos a la heroína
  - D. Los hombres adictos a la heroína puntuaron más alto en el eje «Su consumo de drogas le parecía normal» que los adictos a la cocaína
  - E. Los hombres adictos a la heroína puntuaron más alto en el eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» que los adictos a la cocaína

91. Un resultado del presente estudio sobre las barreras de accesibilidad al tratamiento es:
- A. Las barreras de acceso al tratamiento no difieren según la droga principal de abuso
  - B. Los pacientes con abuso o dependencia de heroína presentan una mayor conciencia de su enfermedad en el momento de solicitar tratamiento
  - C. El eje «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» fue puntuado de forma muy baja por los consumidores de cocaína
  - D. Los adictos a la cocaína puntuaron más alto que los heroínómanos en el eje «Resistencia al cambio»
  - E. La B y la C son correctas

92. ¿Cuál de los siguientes factores NO es una barrera para una adecuada captación y orientación hacia un recurso asistencial especializado?
- A. La edad
  - B. La escasa disponibilidad económica
  - C. La etnia
  - D. La distancia geográfica con respecto al recurso
  - E. Todas las opciones podrían llegar a ser barreras

93. Respecto a las puntuaciones medias obtenidas por las mujeres tanto en los diversos ítems como en los ejes resultantes se puede afirmar que:
- A. La resistencia al cambio, los factores intrínsecos al tratamiento y la estigmatización y respuesta del entorno presentaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres
  - B. Las mujeres presentaban una mayor puntuación media en el ítem «No podía conseguir permiso en el trabajo para ir a tratamiento»
  - C. Existen diferencias estadísticamente entre hombres y mujeres en los ejes no conciencia de enfermedad ni problemas asociados y resistencia al cambio
  - D. Las mujeres presentaban una mayor puntuación media en el ítem «Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida»
  - E. Las mujeres presentaban una mayor puntuación media en el ítem «Consideraba que su trabajo podría peligrar si solicitaba tratamiento»

94. ¿Cuál es la demora entre la edad de inicio en el consumo de la sustancia y el acceso a los servicios asistenciales especializados?
- A. 7,85 años en el caso de la cocaína y 6,64 años en el de la heroína
  - B. 21,49 años en el caso de la cocaína y 20,53 años en el de la heroína
  - C. 6,64 años en el caso de la cocaína y 7,85 años en el de la heroína
  - D. 20, 53 años en el caso de la cocaína y 21, 49 años en el de la heroína
  - E. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

95. Los adictos a heroína puntúan más alto que los cocainómanos en el eje:
- A. No conciencia de enfermedad ni problemas asociados y resistencia al cambio
  - B. Factores extrínsecos e intrínsecos al tratamiento
  - C. Factores intrínsecos al tratamiento y estigmatización y respuesta del entorno
  - D. Resistencia al cambio y factores intrínsecos al tratamiento
  - E. Estigmatización y respuesta del entorno

**DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.  
ANÁLISIS DE SU RELACIÓN EN UNA MUESTRA CLÍNICA**

96. ¿Cómo se denomina a la presencia de un trastorno psicopatológico en personas con problemas con el consumo de drogas?
- A. Diagnóstico dual
  - B. Comorbilidad
  - C. Doble enfermedad
  - D. Las opciones A y C son correctas
  - E. Las opciones B y C son correctas

97. Según los estudios revisados, los trastornos de personalidad más frecuentes entre los consumidores de cocaína son:
- A. Narcisista y dependiente
  - B. Antisocial e histriónico
  - C. Antisocial y límite
  - D. Las opciones A y C son correctas
  - E. Las opciones B y C son correctas

98. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el MCMI-II es la correcta?
- A. Es un cuestionario que evalúa la presencia de síntomas de depresión
  - B. Es un cuestionario que hace diagnóstico de trastornos de personalidad
  - C. Es un cuestionario diseñado por T. Millon para evaluar la presencia de patrones de personalidad y determinados síndromes clínicos
  - D. Las opciones A y C son correctas
  - E. Las opciones B y C son correctas

99. El porcentaje de sujetos del presente estudio que tiene una TB > 84 es del
- A. 21%
  - B. 66,6%
  - C. 55,3%
  - D. 80%
  - E. 11%

100. El grupo de variables en el que se han encontrado más diferencias entre los sujetos con probable presencia de un trastorno de personalidad y los que no tienen dicho trastorno es:
- A. Variables psicopatológicas
  - B. Variables sociodemográficas
  - C. Variables relacionadas con el consumo de drogas
  - D. Las opciones A y C son correctas
  - E. Las opciones B y C son correctas

101. Las variables que mejor clasifican a los sujetos del estudio en los grupos de presencia o no de un trastorno de personalidad, son:
- A. Sexo, estado civil y tratamientos previos
  - B. Puntuación en el BDI, en STAI estado y problemas en la relación de pareja por el consumo de cocaína
  - C. Puntuación en el AUDIT, edad y nivel de estudios
  - D. Las opciones A y C son correctas
  - E. Las opciones B y C son correctas

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 9 - N.º 2 - 2007

## LOS ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO EN DROGODEPENDENCIAS: UNA APROXIMACIÓN AL ESTADO DE LA CUESTIÓN

**42.** Se estima que los diseños metodológicos de los estudios de seguimiento de drogodependientes que menos afectan a la validez externa son:

Respuesta: E. A y C son ciertas.

Los estudios prospectivos tienen la ventaja de reclutar a la muestra en el momento del inicio del tratamiento, por lo que el paciente está advertido de la investigación y de que se le localizará y contactará al cabo de determinados períodos de tiempo. Ello influye positivamente en el porcentaje final de pacientes que van a ser incluidos en estudio. Resulta asimismo imprescindible utilizar estrategias para validar la información proporcionada por los usuarios, por ejemplo a través de controles de orina.

**43.** La localización y el contacto de los pacientes para su seguimiento tras haber realizado un episodio de tratamiento no se ve dificultada por:

Respuesta: C. Las características sociodemográficas al inicio del tratamiento.

Todas las demás respuestas son correctas: los pacientes con más dificultades para su localización son los que tienen un peor estado de salud, han continuado consumiendo, padecen algún trastorno ansioso o depresivo y han tenido peor resultado tras el tratamiento. Algunos estudios (Walton et al 1998) han demostrado que las variables sociodemográficas al inicio del tratamiento no ejercen influencia sobre la probabilidad de localizar y contactar al paciente.

**44.** Los estudios de seguimiento han mostrado que los tratamientos para drogodependientes inciden en:

Respuesta: E. Todas son ciertas.

Todas las respuestas son ciertas y están avaladas por la mayor parte de los estudios de seguimiento realizados.

**45.** Entre las variables predictoras que se citan, señale la que ha mostrado tener más influencia en un resultado positivo de tratamiento:

Respuesta: A. Mayor tiempo de permanencia en tratamiento.

Desde que Vaillant (1966) señalara que los pacientes que permanecían más tiempo en tratamiento tenían mejores resultados, hasta la fecha, todos los estudios de seguimiento revisados confirman que esta variable es la única que ha demostrado, por sí misma, capacidad predictora de un mejor resultado de tratamiento.

**46.** De las modalidades terapéuticas que se citan, señale la que se considera que menos influye en un tratamiento para una drogodependencia a opiáceos a medio-largo plazo:

Respuesta: D. Desintoxicación solamente.

Realizar exclusivamente un tratamiento de desintoxicación, sin proporcionar ningún otro tipo de soporte terapéutico, no logra que los pacientes permanezcan en abstinencia mucho tiempo. El 54% de los que sólo se desintoxicaron, recaen en el uso diario durante el año posterior a la desintoxicación y un 14% más continúan usando opiáceos, aunque con menor frecuencia (Simpson et al 1972; Gowing et al 2002).

**47.** Los estudios de seguimiento de pacientes drogodependientes que han recibido tratamiento no han mostrado ser útiles para:

Respuesta: D. Conocer la incidencia y la prevalencia del consumo de sustancias en la población general.

Los estudios de seguimiento no tienen utilidad epidemiológica para conocer el consumo de sustancias en la población general. Todas las demás respuestas son correctas.

## TEST PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ADICTOS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (TECVASP): ESTUDIOS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ

**48.** En el ámbito de las drogodependencias, cuál de los siguientes indicadores puede ser más sensible para detectar cambios en pacientes que se encuentran en programas de reducción del daño:

Respuesta: B. La calidad de vida relacionada con la salud

Distintos autores refieren la idoneidad de la CVRS para medir cambios en pacientes que se encuentran en programas de reducción del daño, debido a que indicadores como el empleo, el consumo de sustancias, etc. pueden no ser sensibles por las características de estos pacientes.

49.	<p>La CVRS, en estudios sobre drogodependencias, muestra que este constructo se ha utilizado con distintos objetivos. ¿Cuál de los siguientes objetivos no ha sido documentado en la literatura sobre el tema?</p> <p>Respuesta: D. Utilizar la CVRS para conocer el estado de salud física y psicológica de los pacientes consumidores de drogas.</p> <p>La CVRS no es una medida directa del estado de salud físico y psicológico, de ahí que se proponga como complemento a este tipo de medidas.</p>
50.	<p>¿Cuál es el principal objeto de la evaluación en la medida de la CVRS en drogodependientes?</p> <p>Respuesta: A. La percepción de los pacientes sobre cómo el consumo de drogas –y su tratamiento- está influyendo sobre sus vidas diarias.</p> <p>Por definición, la CVRS es un constructo basado en la percepción de los pacientes, que busca conocer cómo el deterioro —o la mejora— de la salud está influyendo sobre el desarrollo de la vida diaria.</p>
51.	<p>¿Cuál de los siguientes tests para la medida de la CVRS es de tipo específico para drogodependientes?</p> <p>Respuesta: C. El TECVASP</p> <p>Hasta la fecha, sólo el TECVASP está propuesto como test específico para población drogodependiente.</p>
52.	<p>El estudio de la sensibilidad al cambio del TECVASP ha permitido comprobar que:</p> <p>Respuesta: D. El test detecta una mejora de los pacientes entre el inicio y la finalización del tratamiento en comunidad terapéutica</p> <p>La sensibilidad al cambio del test se ha medido mediante la capacidad para detectar cambios significativos tras la intervención terapéutica, observándose –como era esperable- una mejora de la CVRS tras la misma.</p>
53.	<p>¿Cuál de las siguientes limitaciones señalan los autores para el TECVASP?:</p> <p>Respuesta: A. No es útil para estudios en los que se quiere comparar las puntuaciones con otros grupos de pacientes (p.e. pacientes con cáncer, parkinson, otros trastornos mentales, etc.)</p> <p>Debido a que la definición operativa del test es específica para la población drogodependiente, las puntuaciones que aporta el test en poblaciones no consumidoras de drogas pueden no ser válidas.</p>

### EL MODELO PSICOBIOLOGICO DE CLONINGER EN DEPENDIENTES DE OPIÁCEOS

54.	<p>¿Cuáles son las dimensiones temperamentales del modelo de Cloninger?</p> <p>Respuesta: C. Búsqueda de Novedad, evitación del daño, dependencia del refuerzo y persistencia.</p> <p>Esas son las cuatro dimensiones temperamentales que, según el modelo de Cloninger, constituyen predisposiciones emocionales congénitas que son relativamente estables desde la infancia hasta la edad adulta.</p>
55.	<p>¿Cuáles son las dimensiones caracteriales del modelo de Cloninger?</p> <p>Respuesta: E. Autodirección, cooperación y autotranscendencia.</p> <p>Esas son las dimensiones caracteriales descritas en el modelo de Cloninger como lo que los individuos hacen de sí mismos de forma intencional, refiriéndose a los autoconceptos.</p>
56.	<p>Según Cloninger, ¿qué estructuras regulan el temperamento?</p> <p>Respuesta: A. Sistema límbico.</p> <p>Esa es la respuesta según los resultados expuestos por Cloninger de los estudios cerebrales realizados al respecto.</p>
57.	<p>Según Cloninger, ¿qué estructuras regulan el carácter?</p> <p>Respuesta: C. Hipocampo y neocórtex.</p> <p>Esa es la respuesta según los resultados expuestos por Cloninger de los estudios cerebrales realizados al respecto.</p>
58.	<p>¿Cuál es la dimensión del modelo de Cloninger que más consistentemente se ha relacionado con los trastornos adictivos?</p> <p>Respuesta: B. Búsqueda de novedad.</p> <p>Esta dimensión aparece en varios estudios caracterizando a sujetos que tienden a usar sustancias para obtener sensaciones nuevas y excitantes.</p>

59. Los resultados de este estudio apuntan a que:  
 Respuesta: C. Algunas características del temperamento de los dependientes de opiáceos influyen en el tipo de sustancia de la que desarrollan dependencia comórbida (cocaína, alcohol, etc).  
 Pues las sub-dimensiones de búsqueda de novedad son diferentes según el grupo de pacientes estudiados. Además no existe una personalidad adictiva única, ya que ésta es muy compleja y multidimensional; este estudio, en la misma línea que otros, observa que la población de dependientes de opiáceos es muy heterogénea. Lo que se relaciona con el número de sustancias de que dependen es el carácter y en este artículo no se exponen resultados sobre patología en el eje II sino sobre dimensiones normales de la personalidad.

**EL MODELO DE CINCO FACTORES Y LA ESTRUCTURA DIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD: ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ADICTOS A SUSTANCIAS CON EL BFQ Y EL MCMII-II**

60. Cuál de las siguientes no es uno de los Cinco Grandes Factores de Personalidad observados por el modelo de McCrae y Costa:  
 Respuesta: D. Búsqueda de novedad  
 La búsqueda de novedad es una dimensión temperamental propuesta por Cloninger en su modelo biopsicológico. A las otras cuatro respuestas correctas hay que añadir la afabilidad/sociabilidad/afiliación, con diferentes denominaciones, aunque con una conceptualización común.

61. El Modelo de Cinco Factores es un enfoque de la personalidad que se sustenta en (marcar la opción incorrecta):  
 Respuesta: A. Criterios categoriales  
 El modelo de cinco grandes factores se apoya en la hipótesis de que todos los términos capaces de definir aspectos de la personalidad se encuentran disponibles en el lenguaje común de cada entorno cultural (hipótesis léxica). No se formula a partir de una determinada concepción teórica, sino a partir de los datos observados en múltiples pruebas de autoinforme (empirismo). Utiliza prioritariamente un método estadístico para la exploración de los datos: el análisis factorial. Formula cinco rasgos independientes (ortogonales). Sin embargo, no pretende la explicación de la personalidad a partir de criterios categoriales, sino como dimensiones continuas.

62. Los datos del presente estudio apoyan una de las siguientes afirmaciones:  
 Respuesta: E. La dimensión de neuroticismo/estabilidad emocional es la más frecuentemente vinculada al abuso de sustancias  
 Los datos sugieren sensibles diferencias entre los adictos en tratamiento y la población general normativa. Sin embargo, estos datos no permiten asegurar que exista una "personalidad adicta", sino determinadas combinaciones de rasgos que pueden favorecer el contacto temprano con las sustancias y el mantenimiento de la conducta adictiva. Los rasgos no son estables, como sugiere la correlación de alguno de ellos con la edad, aunque son los estudios longitudinales los que dan sustento sólido a esta afirmación. Es la inestabilidad emocional (neuroticismo) la dimensión más vinculada en la práctica totalidad de los estudios al abuso y dependencia de sustancias.

63. En relación a los trastornos de la personalidad es cierto que:  
 Respuesta: B. Existen amplias concordancias en múltiples estudios sobre el patrón de rasgos que subyace a cada trastorno, pero también sensibles diferencias  
 Aunque muchos trabajos muestran combinaciones de rasgos predominantes en cada trastorno de personalidad, ninguno de ellos se replica en su totalidad, apareciendo también importantes discrepancias que ponen en cuestión la idoneidad del modelo para dar cuenta de la patología del eje II.

64. Los rasgos predominantes en cada uno de los trastornos, compatibles con la formulación teórica y constatados por los datos del presente estudio son (marcar la opción incorrecta):  
 Respuesta: C. T.P. Esquizoide: muy baja energía (fuerte Introversión), muy alta afabilidad y bajo tesón.  
 Todas las combinaciones son correctas, salvo en el hecho de que el TP esquizoide se corresponde con sujetos que presentan muy baja afabilidad/socialización/afiliación. Se trata de sujetos que manifiestan un comportamiento definido por Millon como asocial, esto es, muy poco interesados por la relación interpersonal.

65. Existe un debate de creciente intensidad e interés que propone una de las siguientes modificaciones en las futuras ediciones de las categorías diagnósticas:  
 Respuesta: D. Un eje II dimensional  
 Muchos autores abogan por un eje II en el que los trastornos de la personalidad se formulen de manera dimensional y no, como hasta el momento, en base a criterios discretos. Modelos como el de 5 factores, entre otros, defienden la personalidad como un continuo, siendo los extremos patológicos, pero existiendo una dimensión a lo largo de la cual se distribuyen los rasgos y sus combinaciones, siendo arbitrario establecer un punto de corte que separe la conducta normal de la patológica.

### RELACIÓN ENTRE CONSUMO DE ALCOHOL Y RASGOS PATOLÓGICOS DE PERSONALIDAD EN UNA MUESTRA DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS

66. La mayor parte de los estudios relacionan con mayor frecuencia el consumo abusivo de alcohol con uno de los siguientes tipos de trastorno de la personalidad:

Respuesta: D. Disocial.

La personalidad antisocial es la que con mayor frecuencia se relaciona con consumo de alcohol, según se ha comunicado en estudios publicados. En la mayoría de las referencias citadas en el presente trabajo habían hallado relación entre consumo de alcohol y personalidad antisocial. En cuanto a la asociación de alcohol y otros tipos de personalidad, ha sido significativa en un menor número de trabajos.

67. El test AUDIT, diseñado para valorar el consumo de alcohol, ofrece los resultados para el individuo al que se le aplica el cuestionario del siguiente modo:

Respuesta: C. Existen puntos de corte que clasifican al individuo en "probable dependencia", "bebedor de riesgo" y "no problemas con el alcohol" aplicando los correspondientes puntos de corte.

El test AUDIT para la valoración del consumo de alcohol se compone de 10 preguntas de opción múltiple con puntuación de 0 a 40, clasificando al sujeto entre tres posibles grupos a los cuales se hace referencia en la opción C. La opción D describe las características del cuestionario CAGE, otro test diferente que valora el consumo de alcohol.

68. En el presente trabajo llama la atención el siguiente dato con respecto a los resultados de los rasgos de personalidad:

Respuesta: A. Aproximadamente el 11% de la muestra no presentaba sospecha para ninguno de los tipos de trastorno de personalidad según los resultados del cuestionario aplicado IDPE.

Llama la atención el elevado número de individuos con diagnóstico de sospecha para alguno de los trastornos de personalidad, ya que solamente un 11,3% obtenía puntuaciones por debajo de 3 en todos los tipos de personalidad, es decir, no había sospecha para ningún trastorno de personalidad. La media de sospecha de diagnóstico de trastorno de personalidad por cada sujeto ha sido de 2,6.

69. En relación con el test IPDE:

Respuesta: B. Es un test heteroaplicado con un cuestionario autoaplicado, siendo este último de utilidad como cribado para sospecha de trastorno de personalidad.

El IPDE es un test heteroaplicado con un cuestionario autoaplicado de respuesta verdadero/falso que tiene utilidad como prueba de cribado. El diagnóstico definitivo se puede realizar con el test heteroaplicado. Tiene la posibilidad de clasificar los diagnósticos según la CIE o el DSM. Debe ser utilizado por expertos y personal experimentado en su uso, y su aplicación puede requerir un cierto tiempo e incluso precisar de más de una sesión para completarlo.

70. Según los resultados de la muestra estudiada en este trabajo:

Respuesta: D. A mayor consumo de alcohol, mayor puntuación en rasgos de personalidad patológica para los tipos paranoide, disocial, y límite; el resultado fue significativo para las mujeres de la muestra.

Tomando en conjunto toda la muestra, a mayor consumo de alcohol todos los tipos de personalidad puntuaron más alto en el IPDE, excepto el tipo ansioso, pero sólo algunos resultados fueron significativos. Separando los resultados por sexo, únicamente las mujeres arrojaron datos significativos en personalidad de tipo paranoide, disocial, y límite.

71. Los resultados del estudio:

Respuesta: E. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

La muestra no es representativa de la población general, puesto que ha sido seleccionada de un subgrupo de estudiantes muy concreto dentro de una población universitaria. No compara trastornos de personalidad con diagnóstico definitivo, sino sospecha de diagnóstico obtenida mediante los resultados del test de cribado para la evaluación de los trastornos de personalidad del IPDE. El diseño del estudio, transversal, impide el establecimiento de relaciones causales. Para ello sería necesario un diseño experimental, éticamente inviable en este caso. Si se pretendiera determinar la cantidad de riesgo, sería adecuado el diseño de un estudio de cohortes.

### LA SATISFACCIÓN Y LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ

72. La teoría de la "Acción Razonada" sobre la satisfacción es propuesta por:

Respuesta: B. Fishbein y Ajzen

La teoría de la "acción razonada" de Fishbein y Ajzen afirma que los pacientes poseen expectativas sobre diversos aspectos de la asistencia prestada y que, tras recibir tratamiento, evalúan cada uno de los aspectos que para ellos son relevantes en la prestación sanitaria recibida.

<p>73.</p>	<p>Wolf considera tres dimensiones a la hora de hablar de satisfacción del usuario ¿Cuál de las siguientes es correcta?                  Respuesta: A. Cognitiva-comunicacional, afectiva y técnico instrumental.                  Wolf destaca tres dimensiones a la hora de hablar de la satisfacción del usuario: cognitiva-comunicacional (cantidad, tipo y calidad de la información que da y recibe el prestador de servicios), afectiva (interés y comprensión que demuestra) y técnico-instrumental (habilidades y competencias clínicas del profesional).</p>
<p>74.</p>	<p>¿Qué procedimiento es referido como aquel que probablemente ofrece más expectativas para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido?                  Respuesta: C. El modelo SERVQUAL.                  El modelo SERVQUAL es el procedimiento que más expectativas ofrece para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido, constituyendo una herramienta completa y compleja de medición. Este cuestionario tiene dos partes bien diferenciadas, la primera dedicada a medir las expectativas y la segunda a medir las percepciones recibidas por los usuarios al hacer uso del servicio.</p>
<p>75.</p>	<p>Los criterios de inclusión de la muestra que se plantearon en este estudio fueron los siguientes:                  Respuesta: A. Usuarios en tratamiento, con más de 60 días en contacto con los Centros de Tratamiento, con independencia del tipo de programa en el que se ubicaban y del tipo de adicción que presentan.                  Los criterios de inclusión fueron los usuarios que se encontraban en tratamiento en ese momento, con más 60 días en contacto con los CTA con el objeto de asegurar que conocen el funcionamiento del centro, con independencia del tipo de programa en el que se ubicaban y del tipo de adicción que presentan, siendo la participación voluntaria, anónima y confidencial.</p>
<p>76.</p>	<p>Con el objeto de conocer la estabilidad de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario TPQ-Modificado por el S.P.D. de Cádiz, realizamos:                  Respuesta: D. Cálculo del índice de consistencia interna, mediante el estadístico alfa de Cronbach.                  La fiabilidad de la prueba se ha obtenido a partir del índice de consistencia interna de los ítems. Con el objeto de conocer la estabilidad de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario TPQ-Modificado por el S.P.D. de Cádiz, calculamos, en primer lugar, el índice de consistencia interna, mediante el estadístico alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,91, lo que nos permite defender que los diferentes ítems de la escala presentan un nivel satisfactorio de consistencia interna, pudiendo considerar el TPQ-Modificado como una herramienta fiable.</p>
<p>77.</p>	<p>En el presente estudio se concluye que la satisfacción respecto del proceso terapéutico es una dimensión bien valorada de forma general y en particular:                  Respuesta: D. Las tres anteriores.                  En general, la satisfacción respecto al proceso terapéutico es una dimensión bien valorada, pese a las circunstancias antes expresadas, tanto en su totalidad como en el estudio pormenorizado de cada CTA, constatándose un alto grado de acuerdo de forma general y en particular en las variables que se refieren a la confianza depositada en el equipo de profesionales, el buen trato recibido por parte de éstos y la profesionalidad de los terapeutas.</p>

# FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

## trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías



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

Volumen 9 - n.º 3 - 2007

Señale la respuesta correcta con una × dentro del recuadro correspondiente

	A	B	C	D	E
78	<input type="checkbox"/>				
79	<input type="checkbox"/>				
80	<input type="checkbox"/>				
81	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
82	<input type="checkbox"/>				
83	<input type="checkbox"/>				
84	<input type="checkbox"/>				
85	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
86	<input type="checkbox"/>				
87	<input type="checkbox"/>				
88	<input type="checkbox"/>				
89	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
90	<input type="checkbox"/>				
91	<input type="checkbox"/>				
92	<input type="checkbox"/>				
93	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
94	<input type="checkbox"/>				
95	<input type="checkbox"/>				
96	<input type="checkbox"/>				
97	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
98	<input type="checkbox"/>				
99	<input type="checkbox"/>				
100	<input type="checkbox"/>				
101	<input type="checkbox"/>				

Cortar esta hoja y enviarla a:

SET

**Trastornos Adictivos**

Referencia: Formación Continuada.

San Vicente, 85. 3.º Puerta 11.

46007 Valencia.

Rellene los datos que se solicitan a continuación:

Apellidos y nombre.....

Especialista en:..... Licenciado en: .....

Dirección.....

Localidad..... Código postal .....

Teléfono..... E-mail.....

