



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 6 - N.º 4 - 2004



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.

CONSUMO Y ACTITUDES SOBRE EL TABACO ENTRE EL PERSONAL SANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (ESPAÑA)

94

Los estudios realizados señalan que las tasas de fumadores entre el personal sanitario en España se sitúan entre el:

- ☐ A. 1 y 15%.
- ☐ B. 16 y 30%.
- ☐ C. 31 y 45%.
- ☐ D. 46 y 55%.
- ☐ E. 55 y 70%.

95.

Los estudios realizados en nuestro país ponen de evidencia que:

- ☐ A. El número de fumadores entre el colectivo sanitario del IMSALUD es ligeramente superior al de la población general.
- ☐ B. El número de fumadores entre el colectivo sanitario del IMSALUD es muy superior al de la población general.
- ☐ C. El número de fumadores entre el colectivo sanitario del IMSALUD es ligeramente inferior al de la población general.
- ☐ D. El número de fumadores entre el colectivo sanitario del IMSALUD es muy inferior al de la población general.
- ☐ E. El número de fumadores entre el colectivo sanitario del IMSALUD es idéntico al de la población general.

96.

El test de Fagerström evalúa:

- ☐ A. Concentración de monóxido de carbono en el aire expirado.
- ☐ B. Motivación para el cambio.
- ☐ C. Concentración de cotinina en sangre.
- ☐ D. Nivel de dependencia tabáquica.
- ☐ E. Expectativas de autoeficacia.

97. Los resultados del estudio mostraron que el porcentaje de fumadores por grupos profesionales es:

- ☐ A. Muy superior en los profesionales de salud mental.
- ☐ B. Superior en el personal de enfermería que entre los médicos.
- ☐ C. Superior en los médicos que en enfermería.
- ☐ D. Similar en todos los grupos asistenciales y profesionales.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores es correcta.

98. Los datos del estudio coinciden con estudios previos y señalan que:

- ☐ A. La prevalencia de fumadores es superior entre los encuestados más jóvenes.
- ☐ B. La prevalencia de fumadores es superior entre los encuestados de más edad.
- ☐ C. La prevalencia de fumadores es superior entre las mujeres.
- ☐ D. La prevalencia de fumadores es superior entre los varones.
- ☐ E. No hay diferencias en función del sexo y la edad.

99. Con respecto al hábito de fumar en los centros de trabajo:

- ☐ A. Los profesionales que fuman no lo hacen en los lugares de trabajo.
- ☐ B. Se muestran de acuerdo con prohibir fumar totalmente en los centros sanitarios.
- ☐ C. La mayoría fuma delante de sus pacientes.
- ☐ D. No están de acuerdo con la prohibición en los centros de trabajo.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores es correcta.

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PILOTO DE FORMACIÓN EN DISPENSACIÓN RESPONSABLE DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

100. El programa de dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA) se encuadra dentro de las estrategias de:

- ☐ A. Prevención universal.
- ☐ B. Prevención selectiva.
- ☐ C. Prevención indicada.
- ☐ D. Educación para la salud.
- ☐ E. Reciclaje de conductores sancionados.

101. Para la correcta implementación de un programa de dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA) en un local, el elemento clave es:

- ☐ A. El apoyo de los políticos.
- ☐ B. La colaboración decidida del empresariado.
- ☐ C. La formación de los camareros.
- ☐ D. Pagar incentivos a los camareros.
- ☐ E. Un buen manual de DRA.

102. Se ha comprobado que la dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA) consigue:

- ☐ A. Reducir la morbilidad por alcohol.
- ☐ B. Reducir la mortalidad por alcohol.
- ☐ C. Reducir la accidentalidad en los jóvenes.
- ☐ D. Reducir la violencia doméstica.
- ☐ E. Reducir la conflictividad laboral.

103. Los programas de formación en dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA) han de incluir:

- ☐ A. Entrenamiento en estrategias motivacionales.
- ☐ B. Recetas de tapas compatibles con la DRA.
- ☐ C. Entrenamiento en habilidades sociales y estrategias de intervención.
- ☐ D. Formación acerca de la bioquímica del alcohol y de su metabolismo.
- ☐ E. Recetas de cócteles con moderado contenido alcohólico.

104. La efectividad y sostenibilidad de los programas de dispensación responsable de bebidas alcohólicas (DRA) dependen, sobre todo, de:
- ☐ A. Una política comunitaria de soporte.
 - ☐ B. Normas de la casa.
 - ☐ C. Controles policiales para el cumplimiento de la ley.
 - ☐ D. Formación de los empresarios.
 - ☐ E. Todas son ciertas.
105. Entre las conductas adecuadas ante el pedido de un cliente que ya ha bebido demasiado, el camarero puede:
- ☐ A. Hacerse el sordo.
 - ☐ B. Sugerir una bebida sin alcohol.
 - ☐ C. Invitar al cliente a que se marche a otro bar.
 - ☐ D. Decirle que la casa no sirve a borrachos.
 - ☐ E. a y b son correctas.

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA PREVENTIVA DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL SOBRE LAS ACTITUDES HACIA EL CONSUMO JUVENIL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

106. En la prevención de la drogadicción juvenil se obtiene mayor eficacia preventiva:
- ☐ A. A partir de intervenciones inespecíficas de promoción general de la salud.
 - ☐ B. Mediante estrategias correctivas y sancionadoras.
 - ☐ C. A través de la responsabilización activa del usuario de su problemática.
 - ☐ D. Posibilitando intervenciones en las que se coordinen estrategias de prevención entre agencias socializadoras, comunitarias e institucionales.
 - ☐ E. Proponiendo la medicalización de los problemas vinculados al binomio salud/enfermedad.
107. Las propuestas de identificación de las influencias sociales sobre el consumo, la tendencia a favorecer la toma de decisiones y las estrategias de entrenamiento en habilidades sociales se proponen desde los programas:
- ☐ A. Genéricos.
 - ☐ B. Informativos.
 - ☐ C. Psicosociales.
 - ☐ D. Cognitivo-conductuales.
 - ☐ E. Inespecíficos.
108. De las siguientes afirmaciones sobre *prevención* e *intervención* sólo se considera una como correcta:
- ☐ A. Toda intervención supone un acto preventivo.
 - ☐ B. Prevenir en materia de drogas ha de ser un acto de concienciación y mediación.
 - ☐ C. De informar se deriva necesariamente prevenir.
 - ☐ D. La prevención primaria es una forma de intervención terapéutica.
 - ☐ E. La labor informativa se reduce al proceso educacional.
109. Desde un planteamiento psicosociológico como el defendido en este estudio, el abordaje que se considera más acertado de la salud es el correspondiente a considerarla como:
- ☐ A. La ausencia de enfermedad.
 - ☐ B. Una responsabilidad exclusivamente individual.
 - ☐ C. Parte del binomio salud/enfermedad entendido como norma/desviación.
 - ☐ D. Un concepto asociado a los estilos de vida y al bienestar integral (físico, psicológico y social) y no a mera ausencia de enfermedad.
 - ☐ E. Un estado objetivo medible mediante indicadores físicos.

110. Se afirma que la escuela debe emplearse como un instrumento potencialmente preventivo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se considera correcta?:

- ☐ A. Se ha apuntado que los programas de educación para la salud cuando son impartidos por profesores son menos eficaces que cuando se responsabiliza un experto.
- ☐ B. En prevención en el aula se confirma que es preferible la intervención de un experto en drogas.
- ☐ C. Se ha confirmado la mayor eficacia de los programas de educación para la salud cuando se imparten por profesores, incluidos en el currículum escolar e integrados en un programa de promoción de la salud de alcance comunitario.
- ☐ D. La intervención se considera como resultado de una imposición externa sobre la población diana (los adolescentes escolarizados).

111. Del análisis diferencial de las principales modalidades de intervención psicosocial desarrolladas en relación con la eficacia preventiva se concluye que:

- ☐ A. Los mejores resultados de cambio de actitud se obtienen en programas de marcado carácter informativo.
- ☐ B. En las propuestas educativopreventivas se priorizan las funciones de transmisión de conocimientos.
- ☐ C. De la intervención con ciertos colectivos implicados (familia, grupo de iguales, etc.) no se derivan efectos beneficiosos sobre las actitudes hacia el consumo.
- ☐ D. Los mejores resultados preventivos se asocian a una programación que optimiza los recursos personales, sensibilizadora y con implicación familiar y proyección comunitaria.
- ☐ E. La programación de actividades desarrolladas en el ámbito socioeducativo no resulta eficaz en el ámbito preventivo.

CONGRESO SET 2005

Logroño, 2-5 de marzo de 2005

www.set2005.org

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 6 - N.º 3 - 2004

SIGNOS FÍSICOS DEL USO DE DROGAS INYECTABLES ENTRE DEFUNCIONES DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

- 64.** El porcentaje del total de defunciones encontradas en Ciudad Juárez (Mexico), con signos físicos de uso de drogas inyectables (SFUDI) fue:
 Respuesta: d) 8,2.
 Las defunciones a las cuales se le comprobó la presencia de signos físicos de uso de drogas inyectadas fue del 8,2% del total de defunciones.
- 65.** Las defunciones en las que aparecen signos físicos de uso de drogas inyectables (SFUDI) aparecen con más frecuencia:
 Respuesta: c) En varones jóvenes.
 La mayor proporción de defunciones con SFUDI se encontró en varones (91,86% de las defunciones) y el 18,6% correspondían al grupo de edad de 15 a 24 años.
- 66.** La mayor proporción de causas de muerte entre el total de las defunciones analizadas corresponde a:
 Respuesta: c) Accidentes y homicidios.
 La mitad de las defunciones analizadas se debieron a lesiones de causa externa. Tanto en varones como en mujeres fueron los accidentes y el homicidio las lesiones que aportaron mayores proporciones del total de defunciones.
- 67.** Las 3 principales causas de muerte entre los fallecidos en los que se encontraron signos físicos de uso de drogas intravenosas (SFUDI) fueron:
 Respuesta: b) Accidentes, suicidio y homicidio.
 Las 3 primeras causas de muerte en la tabla de mortalidad general de las defunciones con SFUDI correspondieron a lesiones de causa externa: accidentes (32,55%), suicidio (8,14%), homicidio (6,98%).
- 68.** Casi la mitad de las causas de defunción se agruparon como de causa externa. ¿Cuál fue la causa externa predominante?:
 Respuesta: c) Envenenamiento accidental (sobredosis).
 Entre los que murieron por lesiones de causa externa (LCE), el 32,55% fue por accidentes, destacando dentro de éstos el envenenamiento accidental (31,25%) como la causa de defunción más frecuente.
- 69.** Al analizar la mortalidad por lesiones de causa externa (LCE) entre las defunciones de Ciudad Juárez (México):
 Respuesta: a) La mayor proporción de defunciones tenían presencia de signos físicos de uso de drogas intravenosas (SFUDI).
 Cuando se hizo la comparación en cuanto a la mortalidad por LCE entre los grupos de defunciones con arreglo a la presencia o ausencia de SFUDI, se observó que al agrupar todas las lesiones, la proporción de defunciones en el primer grupo fue mayor que en el segundo ($p = 0,000$).

UN MODELO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN ADICCIONES

- 70.** Los informes Task Force:
 Respuesta: d) Son informes sobre evaluación de la eficacia de la psicoterapia en distintos trastornos (incluyendo los trastornos adictivos).
 Los Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, son informes realizados por diferentes grupos de expertos coordinados por la APA, en los que se evalúa la eficacia de la psicoterapia en los diferentes trastornos, y en los que se incluye un apartado dedicado a los eficacia de la terapia psicológica en los trastornos adictivos.
- 71.** El «factor de riesgo» en los modelos de cambio:
 Respuesta: d) Es el retroceso en los niveles de cambio.
 Los modelos de cambio parten del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento. Se considera que el factor de riesgo es que mientras se buscan las soluciones para que pueda darse un proceso en el que se dé el cambio, el sujeto retroceda a niveles en los que ya no se decida cambiar.
- 72.** Los *craving* constituyen uno de los factores más importantes en las caídas en el consumo de sustancias:
 Respuesta: b) Verdadero.
 Los *craving* por el consumo de sustancias son uno de los factores más importantes de abandono terapéutico y los causantes de caídas en el consumo de sustancias después de largos períodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen durante y después del tratamiento.
- 73.** En el ámbito de las conductas adictivas el concepto de autoeficacia hace referencia a:
 Respuesta: a) El grado de confianza de los individuos para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo.
 La autoeficacia es un juicio autorreferido de la capacidad de llevar a cabo una conducta o acción concreta, en el que influyen la elección, la consecución y el mantenimiento de hábitos saludables. En el caso de los comportamientos adictivos, se refiere de forma más específica a la confianza de los individuos para conseguir y mantener la abstinencia en las situaciones de riesgo de consumo que se le presentan.
- 74.** Los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia en el abordaje de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias:
 Respuesta: c) Pertenecen a orientaciones de tipo cognitivo, sistémico, conductual y psicodinámico.
 En las revisiones realizadas por distintos grupos de expertos sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, se ha encontrado que los tratamientos psicológicos efectivos para el abuso y la dependencia de drogas se corresponden con terapias de orientación cognitivo-conductual.
- 75.** En el modelo de tratamiento psicoterapéutico que se propone:
 Respuesta: e) Todas son verdaderas.
 En el modelo de abordaje que se propone, tras realizar una evaluación inicial a fondo, se intenta ordenar toda la intervención basándose en los estados motivacionales de los pacientes, incluyendo las técnicas y los procedimientos de terapia con el individuo y la familia. Se incluyen técnicas motivacionales, entrenamiento en habilidades, técnicas para la prevención de recaídas y abordaje de problemas adicionales.

CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE METADONA: SU RELACIÓN CON LAS CONDICIONES CLÍNICAS Y CON LOS CONSUMOS DE SUSTANCIAS DE ABUSO DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA

- 76.** Señala la respuesta incorrecta en cuanto al metabolismo de la metadona:
 Respuesta: c) La metadona tiene poca unión a proteínas plasmáticas, por lo que podría modificar la concentración de metadona activa circulante.
 La metadona se une intensamente a proteínas plasmáticas (90%).
- 77.**Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la metadona es correcta en relación con los datos del estudio:
 Respuesta: b) Los pacientes con dosis inferiores a 60 mg/día no difieren en cuanto al cumplimiento terapéutico ni en cuanto a las manifestaciones clínicas de bienestar o de síndrome de abstinencia de los pacientes con dosis superiores.
 Según los datos del estudio realizado, los pacientes con dosis inferiores a 60 mg/día no difieren en cuanto al cumplimiento terapéutico ni en cuanto a las manifestaciones clínicas de bienestar o de síndrome de abstinencia de los pacientes con dosis superiores.

78.Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hepatitis y la metadona es correcta basándonos en los datos del estudio:

Respuesta: a) La positividad a VHB parece que influye en el metabolismo de la metadona disminuyendo sus concentraciones plasmáticas.

Según los datos del presente estudio, los pacientes con hepatitis B recibieron dosis de metadona similares a los pacientes «sanos», pero sus concentraciones plasmáticas fueron mucho más bajas.

79.Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el VIH y la metadona es correcta basándonos en los datos del estudio:

Respuesta: a) El VIH posiblemente interfiere per se en el metabolismo de la metadona.

Según los datos del presente estudio, los pacientes VIH positivos que no reciben tratamiento antirretroviral, recibieron dosis de metadona mayores que los pacientes «sanos», pero alcanzaron concentraciones plasmáticas similares a éstos.

80.Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el consumo de sustancias de abuso en los pacientes incluidos en el estudio es correcta:

Respuesta: d) Todas son correctas.

Las afirmaciones a, b y c son correctas.

81.Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las benzodiacepinas y la metadona es correcta basándonos en los datos del estudio:

Respuesta: e) a y b son correctas.

En el estudio, el 45,45% de los pacientes consumían benzodiacepinas, y es en este grupo de pacientes donde se han encontrado las concentraciones plasmáticas de metadona más elevadas.

EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DE LOS DROGODEPENDIENTES A LO LARGO DEL TRATAMIENTO

82. El SCL-90-R es un cuestionario elaborado con la intención de medir:

Respuesta: a) Sintomatología psicopatológica.

El SCL-90-R es un inventario de síntomas (físicos, cognitivos, afectivos y conductuales) que se agrupan en 9 dimensiones psicopatológicas y 3 índices de carácter general. Algunos estudios psicométricos cuestionan que sea capaz de discriminar entre los diversos patrones psicopatológicos y sugieren que, tras la factorialización, sólo emerge una dimensión de malestar general. No tiene carácter diagnóstico, sino que, en tanto que autoinforme de síntomas, puede orientarlo.

83. La conclusión principal que puede extraerse del presente estudio, aun teniendo en cuenta todas sus limitaciones, es:

Respuesta: d) Que el malestar y la sintomatología de carácter depresivo son máximos en el momento de iniciar el tratamiento y tienden a reducirse a medida que éste avanza.

A pesar de las severas limitaciones que pueden atribuirse al presente estudio, todo parece indicar que el nivel de malestar es máximo en el momento de formular la demanda de atención y que, a medida que el tratamiento progresa, su intensidad disminuye independientemente de la modalidad de tratamiento recibida.

84. Los autores que mostraron que la depresión que podía observarse en los drogodependientes que solicitaban tratamiento no se correspondía con la de aquellos que no lo demandaban, fueron:

Respuesta: c) Rounsaville y Kleber.

Rounsaville y Kleber realizaron en 1985 un estudio con drogodependientes en activo que no solicitaron tratamiento para su dependencia y que presentaban menos desórdenes psiquiátricos (y depresivos en particular), menos problemas legales y familiares, consumos menos intensos e índices de recaída más bajos.

85. La reducción observada en los índices de depresión a lo largo del tratamiento tiene su explicación más probable en:

Respuesta: e) Factores psicofisiológicos en interacción.

La reducción de la experiencia subjetiva de malestar no se puede explicar únicamente a partir de factores biológicos o psicológicos o sociales, sino que es probablemente consecuencia de la interacción de factores cognitivos y el funcionamiento del sistema nervioso que ha sido, de alguna manera, alterado por las sustancias. Diversas hipótesis tratan de dar cuenta de los procesos que subyacen a estos estados depresivos y las dificultades en la recuperación del estado anímico normal, siendo más plausibles, en la actualidad, aquellas que combinan las explicaciones neurobiológicas y los procesos cognitivos, aunque cada vez más claramente esta diferenciación sólo tiene valor como estrategia de estudio, siendo, en la práctica, inseparables unas de otras.

86. El modelo de conservación de los recursos de Hobfoll sostiene que:

Respuesta: e) Todas las anteriores son ciertas.

Hobfoll propuso este modelo para dar cuenta del concepto de estrés que en la teoría interaccional de Lazarus y Folkman quedaba relegado a un proceso meramente cognitivo. Hobfoll proponía el objeto último de ese proceso, la conservación de los recursos. Estos pueden ir desde la autoestima, el prestigio social, el estatus económico, la salud, hasta el apoyo social como una segunda línea que sería eficaz en situaciones en que los primeros no resultaran eficaces. Su aplicación al ámbito de las drogodependencias supone considerar los estados depresivos como situaciones de pérdida, o amenaza de pérdida, de recursos y a la droga como uno de ellos.

87. El modelo de regulación tónico fásico del sistema dopaminérgico propone que:

Respuesta: a) La administración continuada de drogas produce cambios en el tipo de funcionamiento del sistema dopaminérgico que se mantienen tiempo después de la retirada de la droga.

Como explican Jiménez, Graña y Rubio en su artículo de revisión sobre las teorías del *craving*, la regulación homeostática del sistema dopaminérgico se basaría en el equilibrio entre la actividad fásica y la actividad tónica; con la repetida administración de las drogas el aumento en la liberación fásica de dopamina provoca que el sistema busque un nuevo estado de equilibrio, compensando con el incremento de las concentraciones tónicas de dopamina, lo que finalmente resultaría en un estado disfórico que favorecería la administración de sustancias para alcanzar el reequilibrio. Este modelo fue formulado inicialmente por Anthony Grace en el marco de estudio de la esquizofrenia, pero ha sido extendido para intentar dar cuenta de ciertos aspectos de las conductas adictivas.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD Y SU RELACIÓN CON RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE DROGAS EN TRATAMIENTO: ESTUDIO DEL WURS Y SU RELACIÓN CON EL BFQ Y EL MCMI-II. UNA VISIÓN CRÍTICA

88. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad se caracteriza, según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE—10 por:

Respuesta: c) Dificultades en la atención sostenida en tareas con dificultad y/o hiperactividad y conducta impulsiva que se manifiesta en la infancia.

El trastorno hiperactivo en el CIE-10, o trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el DSM-IV, tiene como rasgos cardinales el déficit de atención y la hiperactividad, si bien el CIE-10 exige la presencia de ambos, mientras que el DSM-IV contempla la existencia de subtipos con uno u otro, o la combinación de ambos, y que deben aparecer antes de los 5 o 7 años, según cada uno de los manuales.

89. El rasgo de personalidad que ha aparecido más frecuentemente asociado al TDAH, incluso en estudios genéticos y metabólicos, es:

Respuesta: b) Búsqueda de novedad de Cloninger.

Diversos estudios ponen en relación el rasgo de búsqueda de novedad, formulado por Cloninger en su teoría tridimensional del temperamento, y el polimorfismo del receptor dopaminérgico D4 (exón III), que estaría en relación con la conducta impulsiva y la atención superficial y sensibilizada a estímulos novedosos, si bien tal polimorfismo explica una porción muy pequeña de la varianza del rasgo. La relación se ha confirmado en sujetos diagnosticados de TDAH.

90. El WURS (Wender Utah Rating Scale) fue diseñado para:

Respuesta: c) Facilitar el diagnóstico retrospectivo de TDAH en sujetos adultos.

El título del artículo original, de Ward, Wender y Reimherr era: «Wender Utah Rating Scale: una ayuda en el diagnóstico retrospectivo de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia». Está pensado para explorar el recuerdo de los sujetos sobre conductas indicativas del trastorno en la infancia.

91. Las hipótesis formuladas para explicar la relación frecuentemente observada entre TDAH en la infancia y consumo de drogas en edades más avanzadas, atienden a:

Respuesta: d) Todas las anteriores.

Éstas son las 3 hipótesis principales que se han propuesto para explicar la elevada prevalencia de trastornos por consumo de sustancias en sujetos con TDAH en la infancia.

92. Desde una perspectiva evolutiva, el modelo de cinco factores de la personalidad representaría:
 Respuesta: b) Una distribución continua de fenotipos que se corresponde con una distribución continua de estrategias viables, en cuyos extremos se encontrarían las más desadaptativas.
 Los cinco grandes factores de la personalidad fueron formulados inicialmente de forma ateórica a partir del análisis factorial de cuestionarios de la personalidad. La investigación posterior ha ido encontrando indicios de que cada uno de ellos puede estar relacionado con determinados sistemas cerebrales encargados del control de la conducta. Desde una perspectiva evolucionista, estos sistemas se relacionan con funciones adaptativas y los rasgos son entendidos como diferencias individuales en los fenotipos que expresan diversas combinaciones de aquellos sistemas.
93. Los datos presentados en este trabajo sugieren, a criterio de los autores, que el WURS:
 Respuesta: d) No parece presentar una adecuada especificidad para detectar retrospectivamente el TDAH, debido principalmente a sesgos de recuerdo y a la inclusión de un componente emocional no contemplado en los sistemas categoriales.
 En el trabajo presentado se cuestiona que el 50% de la muestra que presenta puntuaciones por encima del punto de corte se corresponda realmente con sujetos que pudieron presentar un TDAH en su infancia. Las 2 razones principales que se arguyen son: la dificultad para recordar la propia conducta en las edades en que el TDAH pudiera ser un trastorno primario y la inclusión de una escala de emocionalidad negativa, que no se corresponde con los criterios de clasificación categorial y puede incrementar la estimación a partir de otros trastornos o circunstancias que produjeran, de forma secundaria, síntomas o conductas similares a las del TDAH.



Sociedad Española
de Toxicomanías

NOTICIAS

Sociedad Española de Toxicomanías

Comienza la segunda edición del Curso de Alcoholología para Psicólogos. Se trata de un programa de formación para psicólogos que permite la adquisición de unos conocimientos mínimos para la adecuada implantación y desarrollo de programas de intervención en los problemas derivados del consumo de alcohol.

Es un curso virtual en el que los contenidos didácticos están específicamente diseñados para el autoestudio y para su permanente disponibilidad. Además cuenta con una serie de autocuestionarios y una prueba final para evaluar el aprovechamiento en el estudio y el aprendizaje alcanzado a lo largo del curso.



Como en la edición anterior, el curso está reconocido por el Plan Nacional sobre Drogas y está acreditado como actividad de formación continuada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con un total de 7,5 créditos.

Esperemos que esta propuesta formativa tenga vuestra aceptación, animándote a que cuanto antes visites nuestra dirección, www.cursoalcoholpsicologo.com

Esther García Usieto y Silvia Mendieta
Directoras del curso

Sociedad Española de Toxicomanías
C/ Juan Llorens, 20, pta. 4
46008 Valencia
Tel.: 963 130 027
E-mail: secretaria@setox.org
<http://www.setox.org>