



## Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 9 - N.º 2 - 2007



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN  
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Medicos: 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 photocopies) 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.

### 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:

- A. Los diseños prospectivos.
- B. Los diseños retrospectivos.
- C. Los diseños que cuentan con estrategias para validar la información facilitada por los pacientes.
- D. B y C son ciertas.
- E. A y C son ciertas.

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

- A. Enfermedad física o mental.
- B. Continuar usando sustancias tras el tratamiento.
- C. Las características sociodemográficas al inicio del tratamiento.
- D. Padecer síntomas de depresión o ansiedad.
- E. Haber tenido peores resultados durante el tratamiento.

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

- A. Mejorar el nivel de empleo posttratamiento.
- B. El nivel de consumo de sustancias.
- C. Las conductas de riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas.
- D. La reducción de la actividad delictiva previa al tratamiento.
- E. Todas son ciertas.

<b>45.</b>	Entre las variables predictoras que se citan, señale la que ha mostrado tener más influencia en un resultado positivo de tratamiento:
	<input type="checkbox"/> A. Mayor tiempo de permanencia en tratamiento. <input type="checkbox"/> B. Mayor nivel de consumo previo al tratamiento. <input type="checkbox"/> C. Mayor historial delictivo (arrestos, causas y encarcelamientos) previo al tratamiento. <input type="checkbox"/> D. Mejor nivel ocupacional laboral previo al tratamiento. <input type="checkbox"/> E. Peor estado psicopatológico en el momento de iniciar el tratamiento.
<b>46.</b>	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:
	<input type="checkbox"/> A. Programas residenciales de corta duración. <input type="checkbox"/> B. Programas residenciales de larga duración. <input type="checkbox"/> C. Mantenimiento con agonistas. <input type="checkbox"/> D. Desintoxicación solamente. <input type="checkbox"/> E. Programas ambulatorios libres de drogas.
<b>47.</b>	Los estudios de seguimiento de pacientes drogodependientes que han recibido tratamiento no han mostrado ser útiles para:
	<input type="checkbox"/> A. Conocer las características y necesidades asistenciales de los pacientes que solicitan tratamiento. <input type="checkbox"/> B. Conocer la evolución de los pacientes tras el episodio de tratamiento. <input type="checkbox"/> C. Ayudar a definir qué aspectos de cada modalidad de tratamiento se ajustan mejor al perfil o tipología de los pacientes. <input type="checkbox"/> D. Conocer la incidencia y la prevalencia del consumo de sustancias en la población general. <input type="checkbox"/> E. Evaluar los efectos del tratamiento a medio plazo.

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

<b>48.</b>	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?
	<input type="checkbox"/> A. El consumo de drogas. <input type="checkbox"/> B. La calidad de vida relacionada con la salud. <input type="checkbox"/> C. La criminalidad. <input type="checkbox"/> D. El empleo. <input type="checkbox"/> E. Ninguna de las anteriores es correcta.
<b>49.</b>	La calidad de vida relacionada con la salud (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?
	<input type="checkbox"/> A. Describir la CVRS en consumidores de drogas. <input type="checkbox"/> B. Comparar la CVRS en subpoblaciones consumidoras de drogas. <input type="checkbox"/> C. Utilizar la CVRS como una variable de resultado terapéutico. <input type="checkbox"/> D. Utilizar la CVRS para conocer el estado de salud física y psicológica de los pacientes consumidores de drogas. <input type="checkbox"/> E. Conocer cómo la CVRS se asocia con otras variables relacionadas con la adicción.
<b>50.</b>	¿Cuál es el principal objeto de la evaluación en la medida de la CVRS en drogodependientes?
	<input type="checkbox"/> A. La percepción de los pacientes sobre cómo el consumo de drogas –y su tratamiento– está influyendo sobre sus vidas diarias. <input type="checkbox"/> B. El estado de salud física y psicológica de los pacientes consumidores de drogas. <input type="checkbox"/> C. La calidad de la vida diaria de los pacientes sometidos a tratamientos de desintoxicación. <input type="checkbox"/> D. La A y la B son correctas. <input type="checkbox"/> E. Ninguna de las anteriores es correcta.

<p><b>51.</b> ¿Cuál de los siguientes tests para la medida de la CVRS es de tipo específico para drogodependientes?</p>
<input type="checkbox"/> A. El SF-36. <input type="checkbox"/> B. El <i>Nottingham Health Profile</i> (NHP). <input type="checkbox"/> C. El Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP). <input type="checkbox"/> D. El EORTC QLQ-C30. <input type="checkbox"/> E. No existen medidas específicas, sólo hay tests genéricos.
<p><b>52.</b> El estudio de la sensibilidad al cambio del TECVASP ha permitido comprobar que:</p>
<input type="checkbox"/> A. El test discrimina entre pacientes que están en desintoxicación y otros que se encuentran en deshabitación. <input type="checkbox"/> B. El test discrimina entre pacientes consumidores de opiáceos que se encuentran en programa de tratamiento con metadona y otros que no están en los citados programas. <input type="checkbox"/> C. El test detecta un empeoramiento de los pacientes entre el inicio y la finalización del tratamiento en comunidad terapéutica. <input type="checkbox"/> D. El test detecta una mejora de los pacientes entre el inicio y la finalización del tratamiento en comunidad terapéutica. <input type="checkbox"/> E. Ninguna de las anteriores es correcta.
<p><b>53.</b> ¿Cuál de las siguientes limitaciones señalan los autores para el TECVASP?</p>
<input type="checkbox"/> A. No es útil para estudios en los que se quiere comparar las puntuaciones con otros grupos de pacientes (por ejemplo: pacientes con cáncer, Parkinson, otros trastornos mentales, etc.). <input type="checkbox"/> B. No presenta una buena fiabilidad. <input type="checkbox"/> C. No discrimina adecuadamente entre pacientes que se encuentran en distintas fases del tratamiento. <input type="checkbox"/> D. Las puntuaciones no son sensibles al cambio de los pacientes. <input type="checkbox"/> E. Ninguna de las anteriores es correcta.

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

<p><b>54.</b> ¿Cuáles son las dimensiones temperamentales del modelo de Cloninger?</p>
<input type="checkbox"/> A. Búsqueda de novedad, autodirección, dependencia del refuerzo y persistencia. <input type="checkbox"/> B. Búsqueda de novedad, evitación del daño, autodirección y cooperación. <input type="checkbox"/> C. Búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia del refuerzo y persistencia. <input type="checkbox"/> D. Evitación del daño, dependencia del refuerzo y búsqueda de novedad. <input type="checkbox"/> E. Autodirección, cooperación y autotrascendencia.
<p><b>55.</b> ¿Cuáles son las dimensiones caratteriales del modelo de Cloninger?</p>
<input type="checkbox"/> A. Búsqueda de novedad, evitación del daño y dependencia del refuerzo. <input type="checkbox"/> B. Extraversión, neuroticismo y apertura. <input type="checkbox"/> C. Autodirección, cooperación y persistencia. <input type="checkbox"/> D. Cooperación, autotrascendencia y dependencia del refuerzo. <input type="checkbox"/> E. Autodirección, cooperación y autotrascendencia.
<p><b>56.</b> Según Cloninger, ¿qué estructuras regulan el temperamento?</p>
<input type="checkbox"/> A. Sistema límbico. <input type="checkbox"/> B. Hipocampo y neocórtex. <input type="checkbox"/> C. Amígdala y cíngulo. <input type="checkbox"/> D. Corteza frontal. <input type="checkbox"/> E. Amígdala y ganglios basales.
<p><b>57.</b> Según Cloninger, ¿qué estructuras regulan el carácter?</p>
<input type="checkbox"/> A. Corteza frontal y ganglios basales. <input type="checkbox"/> B. Amígdala y neocórtex. <input type="checkbox"/> C. Hipocampo y neocórtex. <input type="checkbox"/> D. Sistema límbico. <input type="checkbox"/> E. Hipocampo y sistema límbico.

**58.** ¿Cuál es la dimensión del modelo de Cloninger que más consistentemente se ha relacionado con los trastornos adictivos?

- A. Dependencia del refuerzo.
- B. Búsqueda de novedad.
- C. Evitación del daño.
- D. Autodirección.
- E. Persistencia.

**59.** Los resultados de este estudio apuntan a que:

- A. Las dimensiones de personalidad del modelo de Cloninger no ayudan a discriminar entre los diferentes drogodependientes, pues todos tienen una «personalidad adictiva».
- B. Todos los dependientes de opiáceos presentan patrones de consumo similares.
- 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.).
- D. El temperamento está muy relacionado con la gravedad de la adicción en la medida en que determina el número de sustancias de las que los pacientes dependen.
- E. Los dependientes de opiáceos son un grupo de población con una elevada prevalencia de trastornos 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 MCMI-II**

**60.** ¿Cuál de los siguientes no es uno de los Cinco Grandes Factores de Personalidad observados por el modelo de McCrae y Costa?

- A. Neuroticismo/estabilidad emocional.
- B. Tesón.
- C. Extraversión/Energía.
- D. Búsqueda de novedad.
- E. Apertura mental.

**61.** El Modelo de Cinco Factores es un enfoque de la personalidad que se sustenta en (marcar la opción incorrecta):

- A. Criterios categoriales.
- B. Hipótesis léxica.
- C. Análisis factorial.
- D. Empirismo.
- E. Rasgos ortogonales.

**62.** Los datos del presente estudio apoyan una de las siguientes afirmaciones:

- A. No hay diferencias significativas entre adictos y población general.
- B. No hay diferencias significativas entre varones y mujeres ni en población general ni en adictos en tratamiento.
- C. Todos los consumidores problemáticos de drogas presentan un patrón similar de rasgos, lo que apoya la existencia de una «personalidad adictiva».
- D. Los rasgos se mantienen constantes a lo largo de la vida de las personas.
- E. La dimensión de neuroticismo/estabilidad emocional es la más frecuentemente vinculada al abuso de sustancias.

**63.** En relación con los trastornos de la personalidad es cierto que:

- A. Los trastornos de personalidad muestran un claro patrón de combinación de rasgos en éste y otros estudios.
- B. Existen amplias concordancias en múltiples estudios sobre el patrón de rasgos que subyace a cada trastorno, pero también sensibles diferencias.
- C. Los rasgos del Modelo de Cinco Factores predicen entre el 50 y el 70% de la varianza de los trastornos de la personalidad.
- D. El Modelo de Cinco Grandes Factores se ha mostrado incompatible con la formulación categorial de los trastornos del Eje II.
- E. No existe constatación empírica de la validez transcultural del Modelo de Cinco Factores.

**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):

- A. Trastorno de personalidad (TP) histriónico: alta energía con elevado dinamismo y fuerte dominancia. Dificultad en el control de impulsos.
- B. TP negativista/pasivo agresivo: alta dominancia, baja afabilidad, extremadamente baja estabilidad emocional.
- C. TP esquizoide: muy baja energía (fuerte introversión), muy alta afabilidad y bajo tesón.
- D. TP dependiente: elevada afabilidad, alto control de impulsos.
- E. TP límite: extremadamente baja capacidad para el control de emociones e impulsos.

**65.** Existe un debate de creciente intensidad e interés que propone una de las siguientes modificaciones en las futuras ediciones de las categorías diagnósticas:

- A. Un Eje I dimensional.
- B. La desaparición de las categorías diagnósticas.
- C. La desaparición de los trastornos de personalidad límite y dependiente.
- D. Un Eje II dimensional.
- E. El neuroticismo como trastorno de la personalidad.

### 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:

- A. Paranoide.
- B. Límite.
- C. Histriónico.
- D. Disocial.
- E. Ansioso.

**67.** El *Alcohol Use Disorders Identification 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:

- A. Se obtiene una puntuación entre 0 y 40, no hay determinados puntos de corte, a mayor puntuación mejor estado clínico del sujeto.
- B. Se obtiene una puntuación entre 0 y 40 y establece estado de «dependencia de alcohol» o «no problemas con el alcohol» para el sujeto encuestado aplicando unos determinados puntos de corte.
- 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.
- D. Es un test breve de 4 ítems que clasifica al sujeto en tres posibles situaciones: «dependencia», «indicio de problemas relacionados con el alcohol» y «sin problemas con el alcohol».
- E. El AUDIT cuantifica la intensidad de adicción a cualquier tipo de sustancia, no sólo adicción a alcohol.

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

- 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 *International Personality Disorder Examination* (IPDE).
- B. Solamente el 11% de la muestra presentaba sospecha para alguno de los tipos de trastorno de personalidad según los resultados del cuestionario aplicado IPDE.
- C. Entre los individuos que componían la muestra, puntuaban positivamente para una media de 3 diagnósticos de sospecha de trastornos de personalidad presentes por cada sujeto.
- D. A y C son correctas.
- E. Ninguna de las anteriores es correcta.

<p><b>69.</b> En relación con el IPDE:</p>
<input type="checkbox"/> A. Es un test autoaplicado que únicamente puede ofrecer diagnósticos de sospecha para los distintos tipos de trastorno de personalidad.
<input type="checkbox"/> B. Es un test heteroaplicado con un cuestionario autoaplicado, siendo este último de utilidad como cribado para sospecha de trastorno de personalidad.
<input type="checkbox"/> C. Ofrece los resultados clasificando los posibles trastornos de la personalidad exclusivamente según la clasificación de la OMS, CIE 10.
<input type="checkbox"/> D. El IPDE ofrece resultados dimensionales para cada categoría, pero no tiene la propiedad de ofrecer un diagnóstico definido.
<input type="checkbox"/> E. Su fácil manejo permite su completa utilización de modo generalizado, incluso en Atención Primaria.
<p><b>70.</b> Según los resultados de la muestra estudiada en este trabajo:</p>
<input type="checkbox"/> A. A mayor consumo de alcohol, mayor puntuación en rasgos de personalidad patológica en todos los tipos de personalidad.
<input type="checkbox"/> B. A mayor consumo de alcohol, mayor puntuación en rasgos de personalidad patológica para los tipos paranoide, disocial y límite.
<input type="checkbox"/> C. A mayor consumo de alcohol, mayor puntuación en rasgos de personalidad patológica para los tipos paranoide, disocial y límite; el resultado fue significativo para los varones de la muestra.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> E. No se ha obtenido ningún dato significativo en relación con el consumo de alcohol y rasgos de personalidad.
<p><b>71.</b> Los resultados del estudio:</p>
<input type="checkbox"/> A. Son extrapolables a la población general, pero solamente para el mismo grupo de edad.
<input type="checkbox"/> B. Compara la presencia de trastornos de personalidad y el riesgo de dependencia del alcohol.
<input type="checkbox"/> C. Implica el establecimiento de una relación causal entre determinados tipos de personalidad y el riesgo de dependencia de alcohol.
<input type="checkbox"/> D. Todas las respuestas anteriores son correctas.
<input type="checkbox"/> E. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

<b>LA SATISFACCIÓN Y LA ACCESIBILIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO PROVINCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE CÁDIZ</b>	
<p><b>72.</b> La teoría de la «Acción Razonada» sobre la satisfacción es propuesta por:</p>	<input type="checkbox"/> A. Vuori.
	<input type="checkbox"/> B. Fishbein y Ajzen.
	<input type="checkbox"/> C. Festinger.
	<input type="checkbox"/> D. Hulká.
	<input type="checkbox"/> E. Ley y Spelman.
<p><b>73.</b> Wolf considera tres dimensiones a la hora de hablar de satisfacción del usuario. ¿Cuál de las siguientes es correcta?</p>	<input type="checkbox"/> A. Cognitiva-comunicacional, afectiva y técnico instrumental.
	<input type="checkbox"/> B. Interés en recibir tratamiento, disponibilidad de los cuidados y eficacia de los cuidados.
	<input type="checkbox"/> C. Competencia profesional, ambiente favorecedor y expectativas del tratamiento.
	<input type="checkbox"/> D. Biológica, psicológica y social.
	<input type="checkbox"/> E. Ninguna de las anteriores es cierta.
<p><b>74.</b> ¿Qué procedimiento es referido como aquél que probablemente ofrece más expectativas para medir las percepciones de los usuarios sobre la calidad del servicio recibido?</p>	<input type="checkbox"/> A. Las encuestas de opinión respecto a la atención proporcionada.
	<input type="checkbox"/> B. El cuestionario TPQ Adaptado.
	<input type="checkbox"/> C. El modelo SERVQUAL.
	<input type="checkbox"/> D. No existen procedimientos que ofrezcan garantías.
	<input type="checkbox"/> E. El modelo SERENDIPITI.

**75.**

Los criterios de inclusión de la muestra que se plantearon en este estudio fueron los siguientes:

- 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.
- B. Las personas en tratamiento en los centros por abuso/dependencia de sustancias.
- C. Usuarios en tratamiento, con independencia del tipo de programa en el que se ubicaban y del tipo de adicción que presentan.
- D. Las personas en tratamiento en los centros por dependencia a opiáceos que se encuentran en programa de tratamiento con metadona.
- E. Las personas en tratamiento en los centros por abuso/dependencia de sustancias, con independencia del tipo de programa en el que se ubicaban y del tipo de adicción que presentan.

**76.**

Con el objeto de conocer la estabilidad de las puntuaciones obtenidas en el TPQ-Modificado por el Servicio Provincial de Drogodependencias de Cádiz, realizamos:

- A. Análisis psicométrico apoyándonos en las cifras de la Lamda de Wilks significativa a un nivel 0,99%.
- B. Análisis del grado en que cada uno de los ítems de las escalas reflejan puntuaciones estables en el test-re-test.
- C. Análisis discriminativo para determinar las posibles diferencias existentes entre los sujetos que se sienten satisfechos con el servicio frente a los que no lo están.
- D. Cálculo del índice de consistencia interna, mediante el estadístico alfa de Cronbach.
- E. Cálculo de la matriz de confusión.

**77.**

En el presente estudio se concluye que la satisfacción respecto del proceso terapéutico es una dimensión bien valorada de forma general y en particular:

- A. En la variable que se refiere a la confianza depositada en el equipo de profesionales.
- B. En la variable que se refiere al trato recibido por el equipo.
- C. En la variable que se refiere a la profesionalidad de los terapeutas.
- D. En las tres anteriores.
- E. En ninguna de las anteriores.

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 9 - N.<sup>o</sup> 1 - 2007

## TABAQUISMO PASIVO: IMPORTANCIA

1. El humo ambiental de tabaco está formado por:  
Respuesta: C. La corriente principal exhalada y la corriente lateral.  
El humo ambiental de tabaco se compone de la corriente lateral (en un 75% aproximadamente) de combustión del cigarrillo y de lo exhalado por los fumadores activos.
2. En relación con los contenidos de las corrientes principal y la lateral es cierto que:  
Respuesta: B. La corriente lateral contiene más componentes tóxicos que la corriente principal.  
Al ser fruto de una combustión más incompleta, por producirse a menores temperaturas, la corriente lateral contiene mayores concentraciones de productos tóxicos (aunque éstos se diluyen más en el ambiente).
3. Cuál de los siguientes ambientes pueden tener importancia en la exposición ambiental del humo de tabaco:  
Respuesta: E. Todos son importantes.  
Dependiendo de las circunstancias de cada persona, en todos los lugares citados pueden producirse exposiciones involuntarias al humo ambiental de tabaco que afecten a la salud de las personas expuestas.
4. En cuál de las siguientes no se ha demostrado relación de causalidad con la exposición involuntaria al humo de tabaco:  
Respuesta: D. Carcinoma nasofaríngeo.  
Mientras que en las otras cuatro respuestas se ha concluido que existe una relación de causalidad entre las exposiciones involuntarias al humo ambiental de tabaco y las respectivas patologías, en el caso del carcinoma naso-faríngeo lo único que está descrito es una mayor incidencia en fumadores pasivos.
5. En cuál de las siguientes no se ha comprobado relación estadística (aunque no necesariamente causal) con el tabaquismo pasivo en adultos:  
Respuesta: D. Hipersensibilidad a fármacos.  
Mientras que las otras cuatro patologías –por los motivos que sean– son más frecuentes en los adultos expuestos involuntariamente al humo de tabaco, no está descrito que la hipersensibilidad a fármacos se relacione con esta exposición.
6. Señale la falsa: el tabaquismo pasivo...  
Respuesta: A. Provoca más muerte y discapacidad que el tabaquismo activo.  
Las consecuencias sobre la morbilidad derivadas del tabaquismo pasivo (entre las que se encuentran la enfermedad coronaria en adultos) pueden ser prevenidas por las medidas de control. Aun siendo un problema de salud pública relevante, el tabaquismo pasivo ocasiona muchas menos muertes y discapacidad que el tabaquismo activo.

## EL TRATAMIENTO GRUPAL DEL TABAQUISMO

<p><b>7.</b> El tratamiento grupal del tabaquismo es:</p>
<p>Correcta: E. A y D son ciertas.</p> <p>La eficacia del tratamiento grupal del tabaquismo se ha demostrado de forma rotunda, siendo en ello equivalente a otras intervenciones que implican contacto personal a nivel individual y consistentemente mejor que los materiales de autoayuda por sí solos (Evidencia tipo A).</p>
<p><b>8.</b> Se recomienda que, para permitir a los pacientes participar activamente en las sesiones y compartir mutuamente sus experiencias, el tamaño de un grupo sea de:</p>
<p>Correcta: A. Mínimo de 2 y máximo de 10 participantes.</p> <p>El tamaño óptimo de un grupo está estrechamente vinculado a los factores terapéuticos que se desea fomentar en el trabajo grupal. Para permitir a los pacientes participar activamente en las sesiones y compartir mutuamente sus experiencias se recomienda un mínimo de 4 ó 5 y un máximo de 15 participantes, aunque se han descrito buenos resultados en la literatura con grupos de más de 20 participantes. Deberemos recordar que la eficiencia depende del ordinal del grupo.</p>
<p><b>9.</b> El tratamiento grupal del tabaquismo:</p>
<p>Correcta: E. A, B y C son ciertas.</p> <p>El tratamiento grupal del tabaquismo tiene una relación coste-efectividad: a igual cantidad de tiempo y de recursos humanos empleados, el número de pacientes que recibe tratamiento es como mínimo el doble que si el enfoque fuera individual. Asimismo, todos los tratamientos conocidos que implican un contacto cara a cara con el paciente tienen una clara relación dosis-respuesta, es decir, que aumentan su efectividad en relación a la intensidad de la intervención, tanto en tiempo total como en número de contactos, aumentando al mismo tiempo su relación coste-efectividad (Evidencia tipo A). Por último, ofrece mejores tasas de abstinencia que las intervenciones breves y a un coste menor que la terapia individual intensiva.</p>
<p><b>10.</b> En relación con la terapia «en» grupo y terapia «de» grupo:</p>
<p>Correcta: D. B y C son ciertas.</p> <p>No debe confundirse el tratamiento en grupo que ha demostrado su eficacia en el tratamiento del tabaquismo con la terapia de grupo. En el primero, el grado de dirección y de intervención del terapeuta es mayor que en la llamada terapia de grupo, donde la orientación es hacia el individuo, el énfasis se pone en las conductas individuales de los miembros del grupo, las interacciones principales son entre los miembros y el terapeuta y la finalidad es maximizar la eficiencia del trabajo del terapeuta.</p>
<p><b>11.</b> El número de sesiones que se realizan habitualmente en el tratamiento en grupo es:</p>
<p>Correcta: B. Entre 5 y 12.</p> <p>A la hora de planificar el cronograma o número de sesiones de un programa de tratamiento en grupo, debe tenerse en cuenta tanto la relación dosis-respuesta de este tipo de tratamientos (aumentan su efectividad en relación con la intensidad de la intervención, tanto en tiempo total dedicado como en número de contactos realizados) como los recursos disponibles. Habitualmente se emplean entre un mínimo de 5 sesiones y un máximo de 12, teniendo en cuenta que los programas de menos sesiones tienen mejor coste-efectividad.</p>
<p><b>12.</b> La práctica totalidad de los programas grupales de deshabituación tabáquica son multicomponentes lo que significa que:</p>
<p>Correcta: C. Se emplean varias técnicas combinadas para la fase de preparación, cesación y mantenimiento de la abstinencia.</p> <p>Una revisión de la bibliografía disponible sobre programas grupales de deshabituación tabáquica, refleja que la práctica totalidad constan de tres fases totalmente imbricadas entre sí a lo largo del tratamiento: preparación, abandono y mantenimiento, por ser este tratamiento multicomponente el que ha demostrado su efectividad con mayor nivel de evidencia. En los programas multicomponentes se emplean varias técnicas combinadas para la fase de preparación, cesación y mantenimiento de la abstinencia. Sin embargo, existe una gran variabilidad a la hora de determinar tanto el número como la distribución y frecuencia de las sesiones a lo largo de estas tres fases.</p>

## ¿SON EFICIENTES LOS TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR?

<p><b>13.</b> Los análisis de coste-efectividad de los tratamientos hacen referencia a:</p>
<p>Correcta: B. La relación entre el consumo de costes económicos y los resultados.</p> <p>Los análisis de coste-efectividad relacionan el consumo de costes económicos de los tratamientos con los resultados y los beneficios que producen sobre la salud en condiciones reales (efectividad). En particular, el coste-efectividad se muestra muy sensible a la eficacia de los tratamientos.</p>

<b>14.</b>	Los estudios de coste-efectividad han demostrado que, en comparación con otras intervenciones sanitarias, los tratamientos para dejar de fumar son: Correcta: A. Altamente coste-efectivos. En comparación con otras intervenciones preventivas y sanitarias, la detección y el tratamiento de la dependencia al tabaco es una acción muy coste-efectiva, en términos de coste por año de vida ganado.
<b>15.</b>	¿Cuál de las siguientes se considera la actividad preventiva más coste-efectiva de las que se pueden llevar a cabo en relación al tabaco en Atención Primaria? Correcta: C. Consejo sanitario. El consejo sanitario se muestra como una intervención coste-efectiva, sobre todo debido a su bajo coste, a pesar de que la eficacia es mucho menor que otras intervenciones.
<b>16.</b>	Los resultados de los escasos estudios realizados muestran que los tratamientos psicológicos para dejar de fumar: Correcta: E. Son más coste-efectivos que otras alternativas terapéuticas. Los tratamientos psicológicos para dejar de fumar son particularmente eficientes, sobre todo si se aplican en un formato grupal, aunque desde el punto de vista del paciente suponen un mayor gasto de tiempo.
<b>17.</b>	En general, entre las terapias farmacológicas para dejar de fumar, ¿cuál de las siguientes se muestra más coste-efectiva? Correcta: A. Bupropión. En general, el bupropión se presenta como un tratamiento más coste-efectivo que los sustitutivos de nicotina y, entre éstos, los parches son más eficientes que los chicles.
<b>18.</b>	En general, los resultados de los estudios muestran que los tratamientos intensivos para dejar de fumar aplicados en Atención Primaria suelen tener: Correcta: D. Alta adherencia. Los escasos estudios existentes han demostrado que los tratamientos intensivos en AP tienen una alta aceptabilidad y adherencia. De hecho, existen estudios que demuestran que la satisfacción de los pacientes se incrementa en la medida en que también se incrementa la intensidad del tratamiento.

**CONSUMO DE TABACO Y PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**

<b>19.</b>	¿Qué enfermedad mental tiene mayor prevalencia de tabaquismo? Correcta: E. Los otros trastornos por uso de sustancias.
<b>20.</b>	La hipótesis que hace referencia a que la patología psiquiátrica es un trastorno derivado del uso continuado de una sustancia se denomina... Correcta: D. Hipótesis de la patología reactiva.
<b>21.</b>	¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta respecto al tratamiento del tabaquismo en población psiquiátrica? Correcta: C. Las intervenciones generales no son útiles en estos pacientes.
<b>22.</b>	Respecto al consumo de tabaco en pacientes depresivos no es cierto que: Correcta: C. Suele haber aumento del consumo en fase asintomática.
<b>23.</b>	La prevalencia aproximada de consumo de tabaco en pacientes con trastorno bipolar es: Correcta: D. 70%.
<b>24.</b>	El consumo de tabaco es especialmente elevado en quienes presentan dependencia o altos consumos de: Correcta: B. Alcohol y opiáceos.

### **SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA Y EL RESTO DE LAS DEPENDENCIAS**

- 25.** Las diferencias que se observan entre la dependencia de la nicotina y otras dependencias se basan en:  
Correcta: D. A, B y C son correctas.
- Las diferencias más fundamentales que se observan entre los distintos consumos y dependencias derivan de los efectos farmacológicos que cada sustancia produce. También, en parte como consecuencia de esto, se observa que la consideración social (el contexto) y el marco legal de cada una de ellas influyen en las características de los consumidores y en las manifestaciones de la dependencia.
- 26.** En cuanto a los patrones de autoadministración que se observan en los animales de experimentación:  
Correcta: B. Los factores que influyen en la extinción y readquisición de estos patrones son bastante similares a los que se observan en humanos.
- Puestos en las condiciones adecuadas, a los animales de experimentación se les administran las mismas sustancias que, con fines no médicos, nos administramos los seres humanos. El poder reforzador que muestra cada sustancia en el modelo animal de autoadministración se correlaciona bastante bien con el porcentaje en humanos de consumidores regulares que son dependientes. Cocaína, heroína y nicotina pertenecen al grupo de sustancias con el que es fácil que los animales desarrollen patrones de autoadministración.
- 27.** En toda dependencia, los estímulos que han quedado asociados al consumo:  
Correcta: A. Pueden desencadenar por sí mismos deseos urgentes e intensos de consumo.
- Lo característico de una dependencia no es propiamente que existan deseos de consumir, sino que estos deseos de consumir son habitualmente precipitados o desencadenados por la presencia de estímulos originalmente neutros que, por condicionamiento clásico o pavloviano: han sido incentivados, han adquirido «un valor añadido». Estos estímulos (*antecedentes* del consumo) no sólo *recuerdan* la conducta de consumir; en cierto modo, la *exigen*. Al intentarse la cesación, la presencia de estos estímulos —al desencadenar deseos intensos y urgentes de consumir— aumentan las probabilidades de recaída.
- 28.** En relación con los consumos como mecanismos de afrontamiento:  
Correcta: B. Ante una situación concreta, los consumidores regulares de una sustancia psicoactiva pueden ser incapaces de acudir a otro recurso que no sea ese consumo.
- Acostumbrados durante años a enfrentarse mediante el consumo a estas determinadas circunstancias, los consumidores regulares de una sustancia psicoactiva pueden ser incapaces de acudir a otro recurso que no sea ese consumo: han perdido u olvidado estrategias que en el pasado les servían para enfrentarse a esas situaciones. En este aspecto la nicotina también se comporta como cualquier otra sustancia adictiva.
- 29.** A diferencia de otras sustancias adictivas, la nicotina:  
Correcta: E. Todas son falsas.
- Para que una sustancia pueda llegar a ejercer acciones reforzadoras debe llegar a cerebro, debe ser capaz de atravesar la barrera hematoencefálica. Para ello es necesario que la molécula atraviese fácilmente membranas celulares, lo cual sólo se consigue si la sustancia es muy liposoluble. Como regla general, puede decirse que la adictividad de una sustancia es directamente proporcional a su liposolubilidad. Con las sustancias liposolubles, las concentraciones plasmáticas y cerebrales son paralelas. Con relación a este punto, apenas existen diferencias entre la nicotina y otras substancias altamente adictivas

### **EL PAPEL INTEGRADOR Y COMPLEMENTARIO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y DE LA COMUNICACIÓN EN EL CONTROL Y TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO**

- 30.** ¿Qué son las TICS?  
Correcta: C. A y B son falsas.
- Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación surgen a partir de los avances tecnológicos que relacionan la informática, las telecomunicaciones y las tecnologías audiovisuales. Son Internet, el teléfono, las aplicaciones multimedia (CD, DVD...), etc.
- 31.** Las quitlines permiten dos tipos de intervención según su complejidad e interacción:  
Correcta: B. Reactiva y proactiva.
- Los niveles reactivos de intervención son aquellos en los que la complejidad de la respuesta es menor, por lo que aportan información y consejo pero el seguimiento suele ser anónimo y, por tanto, menos estructurado. En cambio el nivel proactivo utiliza muchas más herramientas diagnósticas y de seguimiento con lo podemos decir que copia el tratamiento presencial en toda su complejidad.

<b>32.</b>	Utilizar las TICS para dejar de fumar en comparación con los materiales y servicios de autoayuda incrementaron los intentos de dejar de fumar en:
	Correcta: D. 56%.
	Según la revisión Cochrane «Telephone counsellin for smoking cessation» del 2004 los servicios quitline incrementaron los intentos de dejar de fumar en un 56%. Este artículo se puede encontrar en la página web de la revisión Cochrane en el Ministerio de Sanidad y Consumo.
<b>33.</b>	Los tratamientos por Internet en comparación con los presenciales, se diferencian en que los primeros pueden ser:
	Correcta: D. Todo lo anterior es cierto.
	Una de las principales características de Internet es que permite la sincronía (coincidencia en el tiempo entre los interlocutores, pero no en el espacio) o asincronía (no coincidencia ni en el espacio ni en tiempo de los interlocutores) y la flexibilidad suficiente como para protocolizar intervenciones específicas para grupos específicos, por lo tanto, todo lo anterior es cierto. En cambio el tratamiento presencial se caracteriza por una necesidad de sincronía espacio-tiempo, aunque sí que puede ser dirigido a poblaciones especiales.
<b>34.</b>	Las intervenciones para dejar de fumar a través de Internet:
	Correcta: A. Tienen como principal ventaja la flexibilidad en el acceso a la información
	Tienen como principal ventaja la flexibilidad en el acceso a la información. La persona que quiere dejar de fumar a través de Internet tiene la posibilidad de acceder a los datos en cualquier momento del día y en el lugar que deseé hacerlo por eso este tipo de intervenciones son muy útiles en personas con problemas de horarios o desplazamiento.
<b>35.</b>	El uso de mensajes de texto del teléfono móvil en el control del tabaquismo:
	Correcta: E. Sólo las respuestas B y D son correctas.
	Este tipo de intervenciones se está empezando a utilizar en jóvenes, ya que en esta población los tratamientos convencionales no han dado resultados. Sin embargo existen todavía pocas investigaciones que validen sus efectos a largo plazo.

<b>TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA</b>	
<b>36.</b>	Señale la opción que no es correcta:
	Correcta: B. La edad media de inicio del consumo de tabaco es de 15 años.
	Según datos de la encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas en la Comunidad Autónoma de la Rioja de 2005, la edad media global declarada de iniciación al consumo de tabaco ha sido de 16 años.
<b>37.</b>	Señale la opción correcta:
	Correcta: D. A y C son correctas.
	Dentro del programa «Mano a mano» se han llevado a cabo actuaciones asistenciales, encaminadas a apoyar la atención y corrección de los problemas asociados a los consumos, favoreciendo la colaboración y comunicación entre los recursos asistenciales de las empresas y los recursos comunitarios de tratamiento.
<b>38.</b>	El artículo 43 de la Constitución Española es una norma básica en la protección de derechos de los fumadores. ¿Qué derecho básico establece?
	Correcta: B. Derecho a la protección de la salud individual.
	La Constitución Española, en su artículo 43, establece el derecho a la protección de la salud individual.
<b>39.</b>	¿Cuál es nombre del programa para dejar de fumar a través de Internet del Gobierno de La Rioja?
	Correcta: D. La Rioja sin tabaco.
	«La Rioja sin tabaco» es el programa para dejar de fumar a través de Internet que ha puesto en marcha la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.
<b>40.</b>	¿A quién estaba destinada la Unidad de Atención al Fumador inicialmente?
	Correcta: A. A profesionales del sector sanitario.
	La Unidad de Atención al Fumador se puso en marcha en el año 2006 y en un primer momento se dirigía de forma exclusiva a todos los profesionales del sector sanitario de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja.

**41.** Señale entre las siguientes opciones cuáles no son criterios de derivación a la Unidad de Atención al Fumador desde Atención Primaria:

Correcta: D. Pacientes de más de 60 años.

Desde Atención Primaria pueden derivar a la Unidad de Atención al Fumador a aquellos pacientes que cumplan los siguientes criterios: pacientes con patología de alto riesgo, mujeres embarazadas, pacientes con patología psiquiátrica grave y pacientes resistentes.