



Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 9 - N.º 4 - 2007

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Medicos: 6,1 créditos
Enfermería: 6,1 créditos
Farmacéuticos: 6,1 créditos
Psicólogos Clínicos: 6,1 créditos



El n.º de créditos correcto ha sido éste durante todo el año 2007.
Debido a una incidencia apareció de forma equivocada

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

ENCUESTA A PERSONAS ADMITIDAS A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE HEROÍNA O COCAÍNA, 2003-2004

102. ¿Cuáles fueron las características metodológicas principales de la encuesta a personas admitidas a tratamiento por consumo de heroína o cocaína en España, 2003-2004?

- A. Cuestionario autocumplimentado a muestra de conveniencia de pacientes en tratamiento por consumo de heroína o cocaína
- B. Cuestionario mediante entrevista cara a cara a muestra aleatoria sistemática de pacientes en tratamiento por consumo de heroína o cocaína
- C. Cuestionario mediante entrevista cara a cara a muestra aleatoria sistemática de pacientes admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína
- D. Cuestionario autocumplimentado a muestra aleatoria sistemática de pacientes en tratamiento por consumo de heroína o cocaína
- E. Cuestionario mediante entrevista cara a cara a muestra de conveniencia de pacientes en tratamiento por consumo de heroína o cocaína

103. ¿Qué características tenían los admitidos a tratamiento por consumo de heroína en los años 2003-2004 en cuanto a la vía de administración de la heroína?

- A. La vía por la que se iniciaron en el consumo de heroína más personas fue la intravenosa, pero entre 2003-2004 la vía más extendida era la pulmonar
- B. La vía principal más extendida cuando iniciaron el consumo habitual de heroína era la intravenosa y en 2003-2004 la pulmonar
- C. El cambio de vía principal de administración de heroína a lo largo de la carrera de los consumidores fue poco frecuente y el cambio más extendido desde la vía pulmonar a la intravenosa
- D. El cambio de vía principal de administración de heroína a lo largo de la carrera de los consumidores fue bastante frecuente y el cambio más extendido desde la vía pulmonar a la intravenosa
- E. La vía por la que se iniciaron en el consumo de heroína más personas fue la pulmonar, y en 2003-2004 esta vía continuaba siendo la más extendida

104. ¿Qué características tenían las personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína en 2003-2004 en cuanto al consumo de cocaína?

- A. En los admitidos a tratamiento por consumo de heroína estaba bastante extendido el uso de cocaína en polvo, pero no el consumo de cocaína en forma de base (crack)
- B. Entre los admitidos por heroína estaba bastante extendido el uso de cocaína en polvo, el de cocaína base y el de mezcla de heroína y cocaína en la misma dosis
- C. Las vías de administración de la cocaína en polvo más utilizadas por los admitidos por heroína eran la fumada y la inyectada
- D. La mayoría de los consumidores compraban la cocaína base ya preparada y la fumaban en pipa o en papel de aluminio
- E. El uso de cocaína base estaba mucho más extendido entre los admitidos por consumo de cocaína sólo, que entre los admitidos por consumo de heroína

105. Entre los admitidos a tratamiento en 2003-2004 por consumo heroína o cocaína ¿cuál es la afirmación cierta sobre las conductas de riesgo para la transmisión del VIH?

- A. En los admitidos a tratamiento por consumo de heroína continuaban estando bastante extendidas la inyección de drogas, las conductas de riesgo de inyección y las conductas sexuales de riesgo
- B. En los admitidos a tratamiento por consumo de heroína estaba ya muy poco extendida la inyección de drogas, así como las conductas de riesgo de inyección. En cambio, continuaban estando bastante extendidas las conductas sexuales de riesgo
- C. Las conductas sexuales de riesgo estaban mucho menos extendidas en los admitidos a tratamiento por consumo de cocaína que en los admitidos por consumo de heroína
- D. Entre los consumidores de drogas admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína la conducta de coger droga de una jeringa usada por otros estaba poco extendida
- E. En los admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína estaba más extendido el uso sistemático del preservativo con la pareja estable que con las parejas ocasionales

106. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la infección por el VIH entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína en 2003-2004 es cierta?

- A. Más del 75% de los admitidos a tratamiento por consumo de cocaína (y no por heroína) conocían su estado serológico frente al VIH, y de los que lo conocían más de un 15% estaban infectados
- B. La prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables ha descendido mucho en los últimos años, y en 2003-2004 era ya inferior al 20%
- C. La información que dan los usuarios de drogas inyectables sobre si están o no infectados por el VIH es poco fiable, porque mienten más que los que no se inyectan
- D. Más del 90% de los usuarios de drogas inyectables se habían hecho previamente la prueba del VIH y conocían los resultados, y de ellos, casi un 30% eran seropositivos
- E. La prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectables admitidos a tratamiento por consumo sólo de cocaína es muy baja, y no supera el 7%

PINCHARSE SIN INFECTARSE: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL VHC ENTRE USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

107. ¿Cuál de los siguientes comportamientos no facilita la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables?

- A. Compartir jeringuillas u otros instrumentos de inyección tales como algodones
- B. Frecuencia de inyección
- C. Inyección de cocaína
- D. Inyección mediada por las jeringuillas (por ejemplo, *backloading*)
- E. Inyección conjunta con cannabis

108. En la ciudad de Nueva York, la tasa de infección por el VIH en usuarios de drogas inyectables desde los 90 hasta la actualidad:

- A. Ha permanecido igual
- B. No hay información para establecer una tendencia
- C. Se ha reducido notablemente
- D. Se ha incrementado
- E. Disminuyó hasta los inicios del año 2000, pero ahora está repuntando

109. En la ciudad de Nueva York, la tasa de infección por el VHC entre los usuarios de drogas inyectables desde los noventa hasta la actualidad:

- A. Ha permanecido igual
- B. No hay información para establecer una tendencia
- C. Se ha reducido notablemente
- D. Se ha incrementado
- E. Disminuyó hasta los inicios del año 2000, pero ahora está repuntando

110. El programa *Staying safe*:

- A. Explora los comportamientos y mecanismos que llevan a evitar la infección por el VHC y el VIH a largo plazo
- B. Explora cómo y cuándo los usuarios de drogas inyectables se infectan (comportamientos de riesgo)
- C. Explora lo que se requiere para evitar la infección y mantenerse no infectado a largo plazo (mantenimiento de la no infección)
- D. Las opciones A, B y C son ciertas
- E. Las opciones A y C son ciertas

111. En relación a los comportamientos que pueden llevar al mantenimiento de la no infección, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

- A. Algunos de los comportamientos que ayudan al mantenimiento de la no infección han sido transmitidos de usuario a usuario
- B. Algunas de las prácticas son llevadas a cabo en grupo o en diáadas (por ejemplo, parejas)
- C. Las prácticas seguras se transmiten extendiéndose a las redes sociales de los usuarios de drogas inyectables
- D. Todas las anteriores afirmaciones son ciertas
- E. Todas las anteriores afirmaciones son falsas

112. Los autores denominan «intravención» a: la intervención para comunicar mensajes y prácticas para la prevención de infecciones que puede llevar a evitar la infección del VIH y VHC a largo plazo...

- A. En el ámbito comunitario
- B. A nivel individual
- C. En el ámbito escolar
- D. En el ámbito penitenciario
- E. En la mujer embarazada

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS Y ADICCIONES: EL MULTICAGE CAD-4

113. Entre los cuestionarios que se utilizan como instrumentos de cribado para detectar consumo de alcohol están:

- A. El CAGE y el CAGEAID
- B. El CAGE y el AUDIT
- C. El CAGE y el BITE
- D. El AUDIT y el EIGHT
- E. Todos los anteriores

114. Blas Bombín es un autor español que ha propuesto un cuestionario breve para la detección de conductas de juego patológico, al que ha denominado:

- A. Test de detección de ludopatía
- B. Ludo-CAGE
- C. EIGHT
- D. AUDIT
- E. BITE

- 115.** En relación con la adicción a Internet es cierto que:
- A. El DSM-IV admite la categoría de uso compulsivo de instrumentos tecnológicos
 - B. Aunque el DSM-IV no admite ninguna categoría relacionada, la APA ha anunciado su consideración como categoría diagnóstica en el próximo DSM-V
 - C. Existe un amplio consenso en considerar la adicción a Internet como un problema psicopatológico de amplia prevalencia en el mundo civilizado
 - D. Existen entrevistas diagnósticas validadas para estimar el diagnóstico DSM-IV-TR de adicción a Internet
 - E. Algunos autores, como Young, han propuesto criterios tentativos y cuestionarios para su exploración, de cara a su posible inclusión en futuras clasificaciones diagnósticas
- 116.** El MULTICAGE CAD-4 explora una serie de conductas problemáticas, adictivas y de descontrol de impulsos, entre las que no figura una de las siguientes:
- A. Gasto compulsivo
 - B. Adicción a drogas
 - C. Adicción al móvil
 - D. Adicción al sexo
 - E. Trastornos de la alimentación
- 117.** El uso del MULTICAGE CAD-4 permite:
- A. Formalizar el diagnóstico de hasta 8 trastornos adictivos y del control de los impulsos
 - B. Descartar de forma automática a quienes obtienen una o ninguna respuesta afirmativa en cualquiera de las escalas
 - C. Sólo puede establecerse un diagnóstico cierto cuando la persona contesta afirmativamente a los cuatro ítems referidos a una conducta problemática
 - D. En ningún caso puede establecerse un diagnóstico a partir del MULTICAGE CAD-4, sólo permite un cribado preliminar que debe confirmarse posteriormente con pruebas (cuestionarios y entrevistas) más específicas
 - E. Sólo permite el diagnóstico directo cuando explora categorías para las cuales el MULTICAGE CAD-4 ha mostrado adecuada sensibilidad (alcohol y drogas)
- 118.** La principal utilidad de un cuestionario como el MULTICAGE CAD-4 sería:
- A. Permite aflorar conductas problemáticas que de otro modo pasarían desapercibidas
 - B. Permite al médico de familia explorar una serie de problemáticas que pueden estar en la base de otras más inespecíficas (ansiedad, estrés, depresión) que son, sin embargo, las que comunica el paciente en la entrevista
 - C. Permite al profesional (médico y psicólogo) del centro específico de tratamiento de adicciones conocer problemáticas que en ocasiones aparecen como secundarias, ocultas, solapadas o silenciadas por el paciente
 - D. Permite profundizar en el conocimiento global del paciente, dotando de sentido tanto a signos y síntomas como al patrón general de comportamiento
 - E. Todas las anteriores

PRESENTACIÓN DE DIFERENTES TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN LA DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y COCAÍNA

- 119.** Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:
- A. Se emplea el término «comorbilidad» para designar la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo sujeto
 - B. Se emplea el término de «trastorno dual» cuando coexisten un trastorno por uso de drogas y un trastorno no psiquiátrico
 - C. Se emplea el término «comorbilidad heterotípica» para referirse a la coexistencia de dos o más trastornos psiquiátricos de diferente grupo diagnóstico (por ejemplo, dependencia de alcohol y depresión)
 - D. Se emplea el término «comorbilidad homotípica» cuando coexisten dos o más trastornos psiquiátricos pertenecientes al mismo grupo diagnóstico (dependencia de alcohol y benzodiazepinas, por ejemplo)
 - E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas

120. Según el estudio NERSAC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Disorders*), qué porcentaje de las personas con dependencia/abuso de cocaína presenta un trastorno por uso de alcohol

- A. 99%
- B. 89%
- C. 79%
- D. 69%
- E. 59%

121. Cuál de las siguientes razones es la que aparece mencionada, más frecuentemente, en la literatura científica para explicar el consumo conjunto de alcohol y cocaína:

- A. Conseguir mayor duración del efecto euforizante de la cocaína
- B. Conseguir mayor intensidad del efecto euforizante de la cocaína
- C. Disminuir la sedación y las alteraciones psicomotoras provocadas por el alcohol
- D. Aliviar la disforia ocasionada por la abstinencia de la cocaína
- E. Todas las opciones son correctas

122. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el cocaetileno no es correcta?

- A. El cocaetileno es el éster etílico de la benzoilecgonina
- B. El cocaetileno posee efectos psicotropos similares a la cocaína
- C. El cocaetileno se une al transportador de la dopamina, bloqueando la recaptación de la dopamina
- D. Su acción se centra en el núcleo accumbens
- E. Provoca hipoprolactinemia

123. Los estudios neurorradiológicos cerebrales realizados con PET, SPECT, RM, han señalado que el consumo prolongado de cocaína provoca:

- A. Un estado de hipofrontalidad
- B. Disfunción de los núcleos de la base del cerebro
- C. Elevación de la presión del líquido cefalorraquídeo
- D. Las respuestas A y B son correctas
- E. Todas las respuestas con correctas

124. Las parafilias son:

- A. Trastornos de la conducta sexual
- B. Se caracterizan por la presencia de fantasías y/o conductas inusuales e incluso bizarras que provocan excitación sexual y orgasmo
- C. Son repetitivas
- D. La supresión de la fantasía inhibe la excitación sexual
- E. Todas las respuestas anteriores son correctas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 9 - N.º 3 - 2007

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?
Respuesta: E. Zona occipital.

La zona occipital del cuero cabelludo es la que presenta menos variabilidad en la velocidad de crecimiento y en la que el número de folículos en fase anágena es más constante, además de estar menos sujeta a variaciones derivadas de la edad o del sexo; por estos motivos se recomienda tomar la muestra de cabello, para su análisis, de esta zona de la cabeza.

79. ¿Con fines forenses, con qué velocidad se acepta que crece el cabello?
Respuesta: E. 10 mm al mes.

La Society of Hair Testing (SoHT) recomendó que para la determinación de drogas de abuso en casos forenses se puede aceptar que el cabello crece a una velocidad de un centímetro cada mes.

80. Si las condiciones ambientales, de temperatura y humedad, son favorables, ¿durante cuánto tiempo permanecen incorporadas al pelo las drogas?
Respuesta: E. Indefinidamente.

Una vez que las drogas se han incorporado al pelo se unen a los distintos componentes pediculares formando complejos estables y permanecen inalteradas durante períodos de tiempo indefinidos. De hecho, las drogas permanecen en el pelo durante cientos de años, si las condiciones ambientales, de temperatura y humedad, son favorables.

81. Se considera un consumo bajo de heroína cuando la concentración de 6-monoacetilmorfina en el pelo se encuentra entre:
Respuesta: A. 0,5 y 5 ng/mg.

Se considera bajo cuando las concentraciones de 6-monoacetilmorfina se encuentran en el rango comprendido entre 0,5 y 5 ng/mg, medio para concentraciones entre 5 y 15 ng/mg y alto cuando son mayores de 15 ng/mg.

82. Se considera un consumo medio de cocaína cuando la concentración de cocaína en el pelo se encuentra entre:
Respuesta: C. 10 y 20 ng/ml.

En el caso de la cocaína, un consumo medio corresponde a concentraciones de cocaína comprendidas entre 10 y 20 ng/mg, concentraciones superiores e inferiores se detectarán en consumidores de cantidades altas o bajas, respectivamente.

83. Se considera un consumo alto de cannabis cuando la concentración de THC en pelo se encuentra entre:
Respuesta: E. Mayores de 0,4 ng/mg.

Por último, en el caso de cannabis, el marcador para establecer el tipo de consumo es el α^9 -tetrahidrocannabinol (THC) y concentraciones comprendidas en los rangos 0,04-0,1 ng/mg, 0,1-0,4 ng/mg y mayores de 0,4 ng/mg corresponderán a consumos de cannabis bajos, medios o altos, respectivamente.

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:
Respuesta: D. Las actitudes, la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Esos tres son los componentes que conforman la teoría formulada por Ajzen, añadiendo a la teoría de la acción razonada (anteriormente formulada por él y Martin Fishbein) el control conductual percibido.

| | |
|-----|--|
| 85. | La norma subjetiva, dentro de este enfoque teórico, está compuesta por: |
| | Respuesta: A. Las creencias normativas percibidas en los referentes significativos del entorno y la motivación de ajustarse a ellas por parte del sujeto. |
| | Las creencias normativas, entendidas como la creencia que el sujeto tiene de lo que opinan los referentes significativos de su entorno (familia, amigos) sobre la conducta, y la motivación que el sujeto muestre para ajustarse a esas creencias componen la norma subjetiva. |
| 86. | La percepción de riesgo asociada al consumo de cannabis ha bajado en los últimos años en España, concretamente: |
| | Respuesta: B. Del 90,7 en 1999 al 83,3 en 2003 (siete puntos). |
| | El decrecimiento en la percepción de riesgo ante el consumo de cannabis sufrió un descenso de 7 puntos entre 1999 y 2003, según los datos del Plan de Acción 2005-2008 del Plan Nacional sobre Drogas. |
| 87. | La función percibida con respecto al consumo de cannabis que más frecuentemente aparece entre los consumidores es: |
| | Respuesta: D. La relajación. |
| | Según el estudio citado de Boys (2001), la función percibida más frecuentemente citada entre los consumidores es la relajación. |
| 88. | A la hora de hablar de la relación entre cannabis y problemas académicos, se puede decir que: |
| | Respuesta: B. Los problemas académicos y el consumo de cannabis se influyen recíprocamente, pudiendo uno ser causa del otro y viceversa. |
| | Resulta difícil establecer relaciones causales en una sola dirección, ambos pueden ser factores de riesgo para el otro y viceversa, como demuestran los trabajos de Hawkins et al (1992) y Lynskey et al (2001). |
| 89. | La teoría de la conducta planificada se ha aplicado para el estudio de conductas relacionadas con la salud como: |
| | Respuesta: E. Todas las anteriores son ciertas. |
| | Existen aplicaciones de este modelo teórico en las cuatro conductas señaladas: consumo de éxtasis (Umeh y Patel, 2004), de tabaco y alcohol (Spijkerman et al, 2004), ejercicio físico (Rhodes y Courneya, 2003) y nutrición (Sparks et al, 2001). |

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: |
| | Respuesta: 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. |
| | También presentaron puntuaciones más altas en los ítems «Su consumo de drogas le parecía normal», «Creía que los tratamientos eran para personas que estaban peor que usted», «No creía que fuera una persona drogodependiente», «Pensó que podía superarlo personalmente, con sus propios medios», «No pensó que tuviera un problema serio con las drogas» y «No pensaba que necesitara ayuda». |
| 91. | Un resultado del presente estudio sobre las barreras de accesibilidad al tratamiento es: |
| | Respuesta: B. Los pacientes con abuso o dependencia de heroína presentan una mayor conciencia de su enfermedad en el momento de solicitar tratamiento. |
| | Esto puede estar relacionado con que la cocaína es considerada una droga recreativa y poco peligrosa, de hecho, los elementos que forman parte de los estilos de vida pueden provocar una mayor resistencia al cambio y, por tanto, retrasar o impedir la entrada en los programas de tratamiento. |
| 92. | ¿Cuál de los siguientes factores NO es una barrera para una adecuada captación y orientación hacia un recurso asistencial especializado? |
| | Respuesta: E. Todas las opciones podrían llegar a ser barreras. |
| | Como se observa en el presente estudio y en otros trabajos científicos, existen diferentes variables o factores que pueden ser una barrera para que el sujeto consumidor de heroína o cocaína acuda a tratamiento. Entre estos factores están la edad, el sexo, la etnia, la cultura, los factores económicos, la distancia geográfica con respecto al recurso, la estigmatización e incluso la droga principal que motiva la solicitud de tratamiento. |

93. Respecto a las puntuaciones medias obtenidas por las mujeres tanto en los diversos ítems como en los ejes resultantes se puede afirmar que:

Respuesta: D. Las mujeres presentaban una mayor puntuación media en el ítem «Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida».

En ninguno de los ejes se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, independientemente de la sustancia consumida, presentando las mujeres una mayor puntuación en los ítems; «Las drogas no le habían causado, realmente, muchos problemas en su vida», «Creía que no sabría vivir sin drogas», «Solicité tratamiento en otros servicios (Servicios Sociales, Atención Primaria,...) pero no me enviaron a una UCA», y «Tenía miedo de que me ingresaran en un hospital». Los hombres puntuaron más alto en los ítems «No podía conseguir permiso en el trabajo para ir a tratamiento» y «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?

Respuesta: C. 6,64 años en el caso de la cocaína y 7,85 años en el de la heroína.

Se observa un menor tiempo de consumo entre consumidores de cocaína que los de heroína antes de demandar tratamiento en centros especializados. Este período es de 7,85 años en consumidores de heroína y de 6,64 años en consumidores de cocaína.

95. Los adictos a la heroína puntuaron más alto que los cocainómanos en el eje:

Respuesta: D. Resistencia al cambio y factores intrínsecos al tratamiento.

Los adictos a la cocaína puntuaron más alto en los ejes «No conciencia de enfermedad ni problemas asociados» y «Factores extrínsecos al tratamiento», mientras que los adictos a la heroína obtuvieron mayores puntuaciones en los ejes «Resistencia al cambio» y «Factores intrínsecos al tratamiento».

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?

Respuesta: A. Diagnóstico dual.

La presencia de abuso o dependencia de drogas, junto con otro trastorno psicopatológico se denomina diagnóstico dual. Comorbilidad se utiliza para denominar a la presencia de dos trastornos psicopatológicos, sin especificar si uno de ellos es un trastorno por consumo de drogas.

97. Según los estudios revisados, los trastornos de personalidad más frecuentes entre los consumidores de cocaína son:

Respuesta: C. Antisocial y límite.

La mayoría de los estudios realizados coinciden en señalar el trastorno antisocial y el límite como los más prevalentes.

98. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el MCMI-II es la correcta?

Respuesta: C. Es un cuestionario diseñado por T. Millon para evaluar la presencia de patrones de personalidad y determinados síndromes clínicos.

El MCMI pone en relación el eje II con los trastornos del eje I, partiendo de un modelo de vulnerabilidad o predisposición: un determinado trastorno de personalidad va a predisponer a sufrir determinados trastornos del eje I.

99. El porcentaje de sujetos del presente estudio que tiene una TB > 84 es del...

Respuesta: B. 66,6%.

En el presente estudio el 66% de las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento tienen una puntuación TB > 84. Este porcentaje es similar al encontrado en otros estudios que han utilizado instrumentos de evaluación diferentes.

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:

Respuesta: A. Variables psicopatológicas.

Se han encontrado diferencias entre personas con dependencia de la cocaína con y sin trastornos de la personalidad, en las variables psicopatológicas que se han evaluado.

101.

Las variables que mejor clasifican a los sujetos del estudio en los grupos de presencia o no de un trastorno de personalidad, son:

Respuesta: B. Puntuación en el BDI, en STAI estado y problemas en la relación de pareja por el consumo de cocaína.

Las puntuaciones en los cuestionarios que evalúan la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad en el momento actual, y la presencia de problemas de pareja por el consumo de cocaína, son las variables que diferencian a las personas con dependencia de la cocaína con y sin trastornos de personalidad.

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,1 créditos
Enfermería: 6,1 créditos
Farmacéuticos: 6,1 créditos
Psicólogos Clínicos: 6,1 créditos
Cofe
El n.º de créditos correcto ha sido éste durante todo el año 2007.
Debido a una incidencia apareció de forma equivocada

Volumen 9 - n.º 4 - 2007

Señale la respuesta correcta con una x dentro del recuadro correspondiente

A B C D E
102
103
104
105

A B C D E
106
107
108
109

A B C D E
110
111
112
113

A B C D E
114
115
116
117

A B C D E
118
119
120
121

A B C D E
122
123
124

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.....