Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos
Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 5,6 créditos
Enfermería: 5,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicólogos Clínicos: 5,6 créditos

Volumen 8 - N.º 4 - 2006

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada*. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en esta área.

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. Sant Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA E IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN A LAS NECESIDADES AUTOPERCIBIDAS EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

94. La evaluación de la calidad de vida (CV) es usada con el fin de:

- ☐ A. Evaluar intervenciones terapéuticas.
- ☐ B. Evaluar efectos adversos de tratamiento.
- ☐ C. Evaluar el impacto de la enfermedad en el tiempo.
- ☐ D. Poder tomar decisiones respecto al tratamiento.
- ☐ E. Todas las respuestas anteriores.

95. Referente a la atención de las necesidades del paciente:

- ☐ A. La atención de las necesidades del paciente percibidas por el profesional tiene un gran impacto sobre la CV del paciente.
- ☐ B. La atención de las necesidades autopercibidas del paciente tiene un gran impacto en la CV del paciente.
- ☐ C. La atención de las necesidades autopercibidas del paciente y las registradas por los profesionales tienen ambas el mismo impacto en la CV del paciente.
- ☐ D. No es relevante la atención de necesidades autopercibidas del paciente adicto.
- ☐ E. No es fiable la información obtenida por pacientes adictos respecto a sus necesidades percibidas.

96. Entre los instrumentos de medición de CV utilizados con población drogodependiente, ¿cuál permite que el paciente valore qué áreas son importantes para su CV y puntúe su satisfacción en cada una de ellas?

- ☐ A. *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF).
- ☐ B. MOS-SF-35.
- ☐ C. SF-36.
- ☐ D. EuroQoL (EQ-5D).
- ☐ E. *Injection Drug User Quality of Life Scale* (IDUQOL).

97. Los atributos y criterios usados por el proyecto ePRO:
- ☐ A. Permiten un procedimiento estandarizado de evaluación de instrumentos de medida de CV relacionada con la salud.
- ☐ B. Sirven como guía para la construcción de instrumentos de medición.
- ☐ C. Orientan a autores o evaluadores de futuras publicaciones sobre instrumentos de CV.
- ☐ D. Señalan atributos que deben poseer los instrumentos de medida.
- ☐ E. Todas las anteriores respuestas son correctas.

98. El atributo "sensibilidad al cambio" de un instrumento de medición se refiere a:
- ☐ A. El grado en que todos los ítems miden el mismo constructo.
- ☐ B. La capacidad del instrumento de detectar los efectos del tratamiento en el tiempo.
- ☐ C. Si el instrumento refleja la hipótesis o teoría en que se basa.
- ☐ D. La posibilidad de asignar un significado comprensible a las puntuaciones del instrumento.
- ☐ E. Si las respuestas son consistentes cuando es medido en dos ocasiones diferentes.

99. En la evaluación de CV y necesidades autopercibidas:
- ☐ A. Es recomendable una evaluación continua: al inicio, durante y tras el tratamiento.
- ☐ B. No es necesaria una monitorización continua de CV y necesidades.
- ☐ C. Se debe dudar de la validez de su medición si el paciente drogodependiente tiene comorbilidad psiquiátrica.
- ☐ D. No es tan relevante la evaluación de necesidades autopercibidas durante el tratamiento.
- ☐ E. Es recomendable la evaluación especialmente al inicio de tratamiento.

LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON METADONA: SITUACIÓN REAL E IDEAL, DEFINIDA POR PROFESIONALES DE ANDALUCÍA

100. Con relación al trabajo presentado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
- ☐ A. En la definición realizada por los profesionales en términos ideales y de excelencia, las dimensiones de menor protagonismo son las pruebas diagnósticas, la informatización y la formación.
- ☐ B. Entre las medidas de mejora formuladas por profesionales de Andalucía, señalar la importancia de desarrollar los programas de tratamiento con metadona (PTM) como tratamientos integrales individualizados y desde una óptica bio-psicosocial.
- ☐ C. La menor diferencia entre la posición real y el valor ideal de los PTM destacado por el trabajo con los pacientes y en equipo.
- ☐ D. Todas las afirmaciones propuestas son ciertas.
- ☐ E. Ninguna de las afirmaciones es cierta.

101. Por lo general, los equipos terapéuticos de los Centros de Atención a las Toxicomanías en Andalucía están compuestos por las disciplinas de:
- ☐ A. Medicina, Psicología y Trabajo social.
- ☐ B. Trabajo social y Medicina.
- ☐ C. Psicología y Medicina.
- ☐ D. Sociología, Medicina y Psicología.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores es cierta.

102. Parte de lo novedoso del trabajo que se presenta reside en la metodología empleada, consistente en una variación del grupo nominal al que se le han aplicado técnicas, ¿de qué área provienen y qué autor/es las proponen?
- ☐ A. Epidemiología, Odorina Tello Anchuela.
- ☐ B. Marketing empresarial, Eduardo Bueno Campos.
- ☐ C. Etnografía, Martyn Hammersley y Paul Atkinson.
- ☐ D. Economía, P. Sammuelson y W. Nordhaus.
- ☐ E. Marketing publicitario, Gabriel Escribano Ruiz.

103. ¿Cuáles son las principales conclusiones de este trabajo?

☐ A. Los PTM, a pesar de ser tratamientos válidos y efectivos, en la actualidad se produce en ellos una importante divergencia entre lo ideal y excelente y la situación real actual, por ello entre las principales áreas de mejora destacan aquellas en la línea de acercamiento del tratamiento y del fármaco a los pacientes.

☐ B. Los PTM son intervenciones terapéuticas consideradas por los profesionales como tratamientos con escasos beneficios para los usuarios y de altos costes en la práctica diaria, por lo que deberían ser reformulados por completo.

☐ C. Los PTM se configuran como opciones terapéuticas efectivas y eficaces, los aspectos que han sido destacados como de menor importancia en la definición ideal y excelente son aquellos vinculados a la dispensación y prescripción de metadona.

☐ D. La dotación de recursos suficientes y de oportunidades para la formación específica de los profesionales implicados en la actualidad garantiza la convergencia de la situación real y actual con la ideal excelente.

☐ E. En este posible no se pueden extraer conclusiones dada la divergencia de opiniones y de realidades que envuelve la cotidianidad de los PTM entre los profesionales consultados.

104. La dispensación de la metadona es una las áreas a las que los profesionales consultados le han conferido mayor importancia, ¿en qué términos la definen y cuál puede ser la causa de dicha importancia conferida?

☐ A. Dispensación ligada a los procedimientos a seguir para garantizar el acceso y la toma diaria del fármaco, por su influencia en la retención y adherencia de los pacientes usuarios al tratamiento.

☐ B. Dispensación definida como intervención profesional que requiere de alta cualificación, cuya importancia reside en que constituye una estrategia para la promoción y desarrollo profesional.

☐ C. Dispensación definida como suministro selectivo a determinados pacientes usuarios de una baja dosis de metadona como mecanismo para garantizar la no intoxicación y promover la abstinencia.

☐ D. Las anteriores opciones (A, B y C) son ciertas.

☐ E. La dispensación no es una de las áreas de mayor importancia dentro de los PTM.

105. ¿Cuáles son las áreas que según los profesionales consultados en Andalucía divergen más en la formulación ideal y de excelencia y la situación real actual?

☐ A. La filosofía del programa, las pruebas diagnósticas y las condiciones de trabajo.

☐ B. La dispensación y agilidad y rapidez en los programas.

☐ C. La dispensación, las pruebas diagnósticas y la imagen del programa.

☐ D. La dispensación y la coordinación.

☐ E. La agilidad y rapidez en los programas y la coordinación.

MONITORIZACIÓN ANALÍTICA DE DROGAS DE ABUSO EN EL MEDIO HOSPITALARIO

106. ¿Cuál es la ventaja del uso de orina como muestra para el análisis?

☐ A. Las drogas se detectan con dificultad.

☐ B. Se recoge de manera no invasiva.

☐ C. Es difícil de adulterar.

☐ D. No produce falsos negativos.

☐ E. Precisa ser congelada.

107. Las drogas de abuso que se incluyen en el *screening* son todas excepto:

☐ A. Cocaína.

☐ B. Opiáceos.

☐ C. Alcohol.

☐ D. Cannabis.

☐ E. Anfetaminas.

108. ¿Cuáles fueron los puntos de corte para considerar positiva una muestra de orina?

☐ A. 300 ng/ml para la cocaína.

☐ B. 300 ng/ml para el cannabis.

☐ C. 50 ng/ml para la cocaína.

☐ D. 200 mg/ml para las anfetaminas.

☐ E. 50 mg/ml para el cannabis.

109. Los resultados de las muestras señalan que:
- ☐ A. Más del 40% fueron positivas.
- ☐ B. No hubo orinas positivas a cannabis.
- ☐ C. Los opiáceos fueron la sustancia más frecuente.
- ☐ D. Las anfetaminas fueron más frecuentes que la cocaína.
- ☐ E. El policonsumo no es frecuente.

110. El policonsumo es muy frecuente en nuestra muestra, siendo mayoritaria la combinación de:
- ☐ A. Cocaína y anfetaminas.
- ☐ B. Opiáceos y cannabis.
- ☐ C. Cocaína y opiáceos.
- ☐ D. Cocaína y cannabis.
- ☐ E. Las dos anteriores son las más frecuentes.

111. Las encuestas de prevalencia sobre cannabis en nuestro país señalan que:
- ☐ A. El cannabis se consume poco en España.
- ☐ B. El cannabis es la droga ilegal más consumida.
- ☐ C. Más de la mitad de sus consumidores son mayores de 29 años.
- ☐ D. Se consume principalmente por mujeres.
- ☐ E. No existen datos de su consumo en nuestro país.

GÉNERO Y USO DE DROGAS. DE LA ILEGALIDAD A LA LEGALIDAD PARA ENFRENTAR EL MALESTAR

112. Las teorías feministas incorporan conceptos para comprender las diferencias y desigualdades que se producen entre las personas con diferente sexo. Uno de los conceptos es el género, éste se define como:
- ☐ A. Una construcción social, histórica y contingente que influye en todas las dimensiones de la vida social, tanto públicas como privadas.
- ☐ B. Un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos.
- ☐ C. Una forma de relación de poder que sitúa a las mujeres en posiciones dependientes y en inferioridad con respecto a los varones.
- ☐ D. A, B y C son ciertas.
- ☐ E. B y C son ciertas.

113. Incorporar la perspectiva de género al ámbito médico supone:
- ☐ A. Preguntarse por las diferentes causas de morbimortalidad entre hombres y mujeres.
- ☐ B. Preguntarse por los diferentes modos de expresar y comunicar los síntomas entre hombres y mujeres.
- ☐ C. Tener en cuenta la posible influencia de los estereotipos de género en el diagnóstico médico.
- ☐ D. A, B y C son ciertas.
- ☐ E. A y B son ciertas.

114. Según los datos proporcionados por el Ministerio de Asuntos Sociales para el año 2000 la prevalencia del consumo de tranquilizantes en las mujeres españolas es del 3,5% de la población. Al comparar estos datos con la prevalencia del consumo de tranquilizantes en los varones observamos que…
- ☐ A. La prevalencia del consumo de tranquilizantes es igual entre las mujeres y los hombres.
- ☐ B. La prevalencia del consumo de tranquilizantes en las mujeres es casi tres veces superior a la de los varones.
- ☐ C. La prevalencia del consumo de tranquilizantes es mayor en los varones que en las mujeres.
- ☐ D. La prevalencia del consumo de tranquilizantes es el doble en las mujeres que en los varones.
- ☐ E. Ninguna es cierta.

115. ¿Qué se entiende por sesgo de género en el diagnóstico y tratamiento?

☐ A. Una distorsión de la percepción de la realidad y que produce una representación diferente en función del sexo de las personas.

☐ B. El sesgo de género, si no se tiene en cuenta, puede actuar en el prescriptor al considerar que los síntomas son más "serios" o relevantes cuando son expresados por hombres.

☐ C. El sesgo de género influye sólo en la expresión de los síntomas.

☐ D. A y B son ciertas.

☐ E. A y D son ciertas.

116. Teniendo en cuenta los resultados del estudio, ¿existe relación entre los malestares que expresan las mujeres y sus estilos de vida?

☐ A. No, los malestares que expresan las mujeres están relacionados con trastornos hormonales.

☐ B. No, los malestares que expresan las mujeres están relacionados con trastornos psicológicos.

☐ C. Sí, los malestares se asocian a diferentes momentos del ciclo vital social y el proceso de socialización de género.

☐ D. A y B son ciertas.

☐ E. Todas son ciertas.

117. El autoconsumo de psicofármacos es una práctica…

☐ A. Que llevan a cabo todas las participantes del estudio.

☐ B. Las participantes no practican nunca el autoconsumo de psicofármacos.

☐ C. Algunas participantes reconocen realizar autoconsumo, otras participantes no lo llevan a efecto nunca.

☐ D. No hacen referencia al autoconsumo.

☐ E. A y D son ciertas.

EL ALCOHOLISMO FEMENINO, UNA VERDAD OCULTA

118. Los patólogos sociales consideraban que los problemas sociales se debían a:

☐ A. Mal funcionamiento de la sociedad.

☐ B. Los problemas de la inmigración.

☐ C. Desajustes de tipo individual y mal funcionamiento institucional.

☐ D. Falta de coordinación institucional.

☐ E. Problemas burocráticos.

119. ¿Qué significa la socialización de las personas?

☐ A. El proceso de adaptación al entorno social.

☐ B. El conocimiento del medio social.

☐ C. La adquisición de normas de urbanidad y relacionales.

☐ D. La incorporación al mercado laboral.

☐ E. La transición del adolescente al mundo de los adultos.

120. El perfil de mujer alcohólica que acude a los centros de asistencia y rehabilitación es:

☐ A. Mujer joven que consume alcohol en contextos de ocio.

☐ B. Mujer a partir de 40 años, casada y con hijos, que ha consumido alcohol durante al menos cinco años.

☐ C. Mujer de 20 a 30 años que acude a tratamiento cuando percibe que tiene un problema de adicción al alcohol.

☐ D. Mujer entre 35 y 50 años, con una media de 10 años transcurridos entre la edad en que aparecen los problemas y la llegada al centro de tratamiento.

☐ E. Mujer mayor de 50 años con antecedentes de malos tratos.

121. El proceso de socialización de la mujer alcohólica abarca dos tiempos. ¿Cuáles son?

☐ A. El primero, en la infancia y el segundo, en la edad adulta.

☐ B. El primero, en su infancia y adolescencia; el segundo o re-socialización se inicia con la recuperación.

☐ C. El primero, en el seno familiar y el segundo, en la escuela.

☐ D. El primero, durante su infancia y el segundo, en el período de tiempo durante el cual se convierte en adicta.

☐ E. El primero, en la familia y el segundo, a través del grupo de iguales.

122. ¿Qué relación existe entre alcoholismo femenino y marginación?

☐ A. La degradación personal a causa del alcohol trasciende a la persona, llegando a otros ámbitos como el cultural, educacional, laboral, etc.

☐ B. En la relación alcoholismo-marginación no existen diferencias entre el alcoholismo femenino y el masculino.

☐ C. La marginación surge del rechazo de los valores tradicionales por el abandono del papel que la mujer tiene atribuido en nuestra sociedad.

☐ D. El alcoholismo produce unos problemas de salud que poco a poco impiden a la mujer seguir desarrollando su vida con normalidad.

☐ e. Cuando sus amistades y su familia perciben que tiene un problema con el alcohol, siente un rechazo que desemboca en la soledad y la marginación social.

123. Se han identificado tres barreras que pueden reducir la eficacia del tratamiento en las mujeres. Señale la que crea incorrecta:

☐ A. La idea de que la mujer no es receptiva a las terapias de grupo.

☐ B. La comorbilidad con trastornos depresivos.

☐ C. Menor potencial para el cambio que los hombres.

☐ D. La falta de información de los terapeutas sobre el pronóstico de las mujeres.

☐ E. La C y la D son correctas.

MUJERES Y CONSUMO DE OPIÁCEOS: UNA REALIDAD ESPECÍFICA

124. Las sustancias de mayor consumo y abuso en el colectivo femenino son:

☐ A. Tabaco, alcohol y psicofármacos.

☐ B. Opiáceos.

☐ C. Estimulantes (cocaína y anfetaminas).

☐ D. Psicodélicos (LSD).

☐ E. Las opciones C y D son correctas.

125. Algunas mujeres alcanzan el consumo compulsivo de heroína en menor tiempo que los varones debido a:

☐ A. Porque son más viciosas.

☐ B. Porque el período de consumo ocasional es menor que en los varones.

☐ C. Porque consumen mayores dosis de heroína.

☐ D. Porque son obligadas y coaccionadas a consumir más rápidamente.

☐ E. Todas las opciones son correctas.

126. La iniciación del consumo de heroína se presenta en las mujeres con:

☐ A. Sus parejas sentimentales.

☐ B. Con sus grupos de iguales.

☐ C. Con familiares.

☐ D. Con otros usuarios poco conocidos.

☐ E. Las opciones A y C son correctas.

127. Algunas usuarias de heroína pueden desarrollar estrategias de reducción del daño en sus consumos cuando:

☐ A. Están con sus parejas.

☐ B. Se encuentran embarazadas.

☐ C. Realizan la prostitución.

☐ D. Conviven con sus padres.

☐ E. Todas las respuestas son correctas.

128. En la intervención con usuarias de drogas se ha planteado que cierto tipo de terapia puede ser contraproducente en las mujeres. Este tipo de terapia es:

☐ A. La terapia sistémica.

☐ B. La cognitivo-conductual.

☐ C. La psicoanalítica.

☐ D. La terapia de confrontación.

☐ E. Las opciones A y B son correctas.

129. La perspectiva de género en un programa de tratamiento podría contemplar:
- ☐ A. El mismo tipo de intervención sobre las responsabilidades parentales en varones y mujeres.
- ☐ B. La insistencia en la preparación y cualificación para la inserción laboral en ambos sexos.
- ☐ C. Que cada sexo asuma los roles tradicionalmente otorgados por la sociedad.
- ☐ D. Que la identidad de las mujeres se construya desde la maternidad.
- ☐ E. Las opciones C y D son correctas.

EL USO DIFERENCIAL, SEGÚN LA VARIABLE GÉNERO, DE LAS HERRAMIENTAS TERAPÉUTICAS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

130. Señale qué es lo que mejor define una Comunidad Terapéutica:
- ☐ A. Relaciones piramidales, trastornos de personalidad y grupo homogéneo de pacientes.
- ☐ B. Organización y relaciones piramidales, el carácter residencial y unas normas que regulan la convivencia.
- ☐ C. Herramientas educativas y terapias de grupo, convivencia y responsabilidades.
- ☐ D. Grupos de trabajo, herramientas educativo-terapéuticas y carácter residencial.
- ☐ E. Equipo multidisciplinar, cambios comportamentales y carácter residencial

131. Qué conceptos definen mejor "las normas" dentro de la Comunidad Terapéutica:
- ☐ A. Protectoras y reguladoras de convivencia.
- ☐ B. Punitivas, sancionadoras y preventivas.
- ☐ C. De obediencia y de regulación.
- ☐ D. De control y opresión.
- ☐ E. Disciplinarias y de reglamentación.

132. Cuáles son las ideas principales de los programas de "prevención de recaídas":
- ☐ A. Control de las situaciones de riesgo y cambio de hábitos.
- ☐ B. Cambios en los sentimientos, pensamientos y comportamientos con técnicas cognitivo-conductuales y de control de impulsos.
- ☐ C. Manejo del *craving* y control emocional.
- ☐ D. Técnicas de autocontrol y autoprotección.
- ☐ E. Todas las anteriores.

133. ¿Cuáles son las fases del proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente?
- ☐ A. Preparación, acción y mantenimiento.
- ☐ B. Pre-contemplación, contemplación, acción, recaída y mantenimiento.
- ☐ D. Desear cambiar, balance de pros y contras para el cambio, acción para el cambio y mantenimiento.
- ☐ D. Consumo, precontemplación del cambio, contemplación y toma de decisión, acción, mantenimiento y (quizás) recaída.
- ☐ E. Control de situaciones de riesgo y manejo del *craving*.

134. ¿Qué sentido tienen los sueños en períodos de rehabilitación?
- ☐ A. Descarga de emociones y tensiones.
- ☐ B. Compensan necesidades psíquico-físicas y anticipan situaciones no conscientes.
- ☐ C. Desarrollan la imaginación y la memoria.
- ☐ D. Ayudan al cambio y a mantener el equilibrio psíquico.
- ☐ E. No sirven para nada.

135. ¿Qué hace adictiva una sustancia?
- ☐ A. El hecho de que al repetir el consumo, baja el nivel de tolerancia.
- ☐ B. Que se condiciona muy fácilmente a otros estímulos asociados a ella.
- ☐ C. Que el consumo continuado acaba modificando la estructura cerebral.
- ☐ D. Que actúan sobre zonas del cerebro muy antiguas asociadas con emociones positivas.
- ☐ E. Que por los estímulos condicionados se produce muy rápidamente habituación.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 8 - N.º 3 - 2006

FECTOS ESPERADOS Y ADVERSOS DEL CONSUMO DE CANNABIS EN SUJETOS DEPENDIENTES DE LOS TETRAHIDROCANNABINOIDES

58. ¿Sobre qué receptores actúa el cannabis en el sistema nervioso central (SNC)?

Respuesta: B) CB1.

En el cerebro el cannabis actúa sobre los receptores endocannabinoides CB1.

59. El efecto adverso más inmediato del cannabis sobre la salud es:

Respuesta: C) aumento de la tasa cardíaca.

El cannabis tiene efectos inmediatos sobre el sistema cardiovascular, siendo el más importante el incremento de la tasa cardíaca.

60. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿de qué manera afecta a la esfera cognitiva el consumo crónico de cannabis?

Respuesta: B) alterando la organización y la integración de información compleja.

Según la OMS, el consumo crónico de cannabis es el responsable de alteraciones en el rendimiento cognitivo ya que afecta los procesos de organización e integración de la información compleja.

61. En relación con las expectativas autoinformadas de los efectos del cannabis:

Respuesta: A) los consumidores informan más efectos positivos del consumo.

Los consumidores de cannabinoides esperan más efectos positivos del consumo de cannabis que los no consumidores.

62. El efecto positivo más esperado por los consumidores de cannabis es:

Respuesta: B) relajación.

El efecto más esperado por los consumidores de cannabis es la relajación que sigue al consumo.

63. ¿Qué porcentaje de consumidores de cannabis ha experimentado tras su uso sintomatología psicótica?:

Respuesta: C) 15%.

El 15% de los consumidores de cannabis ha oído voces o ha tenido vivencias infundadas de persecución y amenaza tras su consumo.

TCI-140: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS, RELACIÓN CON EL TCI-R Y CON VARIABLES DE PERSONALIDAD. ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ADICTOS EN TRATAMIENTO

64. ¿Cuál de las siguientes no es una de las dimensiones temperamentales propuestas por Cloninger?

Respuesta: B) neuroticismo.

El neuroticismo es una de las dimensiones propuestas por Eysenck en su modelo trifactorial, y también ha sido utilizada en el modelo de 5 factores de Costa y McCrae. Las otras 4 son las dimensiones temperamentales propuestas por Cloninger.

65. Cloninger vincula cada una de las dimensiones temperamentales a sistemas de neurotransmisión cerebral. ¿Cuál de las siguientes es correcta?

Respuesta: D) evitación del daño y sistema serotoninérgico.

Cloninger vincula la búsqueda de novedad con el sistema dopaminérgico, la evitación del daño con el serotoninérgico, la dependencia de recompensa con el sistema noradrenérgico y no está tan clara la vinculación de la persistencia, que posiblemente tuviera que ver más propiamente con el establecimiento de circuitos cortos en la corteza prefrontal.

66. La consideración dimensional de la personalidad y sus trastornos tiene que ver con:

Respuesta: C) una continuidad entre personalidad normal y formas patológicas.

La alternativa dimensional se ha propuesto como solución a muchos de los problemas que presentan los sistemas clasificatorios, que tienden a establecer conducta normal y patológica como diferentes. Esta alternativa propone el estudio de la personalidad a partir de sus dimensiones básicas, de modo que existiría un continuo entre las formas más adaptativas (normales) y aquellas menos adaptativas (patológicas), a partir de la expresión de rasgos, siendo los puntos de corte una mera convención útil en la clínica.

67. Los datos del presente trabajo destacan como conclusiones más importantes:

Respuesta: E) las personas en tratamiento por abuso/dependencia de sustancias presentan puntuaciones más elevadas en búsqueda de novedad, tanto si se comparan con pacientes psiquiátricos como con población general.

Las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra en la dimensión de búsqueda de novedad son significativamente más elevadas que las que presenta otra muestra estudiada por Gutiérrez-Zotes y su equipo, pero también más altas que las que presenta una muestra de pacientes psiquiátricos estudiada por el mismo autor. Esta dimensión ha sido la que los datos empíricos han relacionado más consistentemente con el abuso de sustancias y también con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La actividad anómala del sistema dopaminérgico parece estar en la base de ambos trastornos.

68. Según los datos del presente estudio:

Respuesta: E) la consistencia interna de las escalas del TCI-140 y sus correlaciones con las escalas del cuestionario completo, permiten utilizar la versión abreviada si lo que queremos es, únicamente, medir las 7 dimensiones principales del modelo.

La consistencia interna de las escalas del TCI-140 es, lógicamente, inferior a la que presentan las del cuestionario completo, pero es suficiente para considerarlo un instrumento fiable. Por otra parte, la correlación entre unas y otras es entre moderada y alta, lo que nos permite renunciar a una parte muy pequeña de la información. Aunque es aconsejable utilizar la escala completa, puede ser útil, si facilita la evaluación, utilizar la versión abreviada.

69. La evaluación de la personalidad en las personas que solicitan tratamiento por consumo problemático de sustancias:

Respuesta: E) todas las anteriores son correctas.

El conocimiento de la personalidad de un paciente permite, desde la perspectiva nomotética, la comparación con otras muestras de sujetos y la tipificación de su conducta, el diagnóstico y la aplicación de conocimientos acumulados sobre categorías conocidas y bien descritas en la literatura; y desde el punto de vista ideográfico, conocer el por qué y el para qué consume sustancias el individuo, el patrón funcional de sus comportamientos y las carencias o excesos que facilitan su maladaptación.

INDEFENSIÓN APRENDIDA Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

70. El modelo de indefensión aprendida define:

Respuesta: E) A) y B) son ciertas.

La indefensión aprendida es un modelo animal que se refiere a los déficits emocionales, cognitivos y conductuales que muestran un extenso número de especies animales tras la exposición a situaciones aversivas no controlables. Asimismo, estos mismos animales expuestos previamente a una situación incontrolable muestran un déficit en el aprendizaje de la respuesta de escape cuando se les sitúa en una condición experimental aversiva controlable.

71. Respecto a la indefensión aprendida, cuál de estas afirmaciones es falsa:

Respuesta: D) todos los animales experimentales expuestos a situaciones de estrés incontrolable desarrollan indefensión aprendida.

Tan sólo desarrollan indefensión aprendida entre un 10% y un 50% de los individuos de una especie.

72. La teoría atribucional sostiene que el estilo atribucional que actuaría como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva es:

Respuesta: A) una atribución interna, estable y global de los fracasos

La teoría atribucional sostiene que quien tiende a atribuir los fracasos a causas internas, estables y globales, tiene un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva.

73. Un sujeto con dependencia a sustancias se hallaría en un estado de indefensión aprendida si:

Respuesta: C) el sujeto recae en el consumo tras un período de abstinencia, con la vivencia de que ha perdido el control respecto a la sustancia.

Para hallarse en un estado de indefensión aprendida es necesario que el sujeto recaiga en el consumo tras un período de abstinencia, que tenga la vivencia de que ha perdido el control respecto a la sustancia y que no se halle consonante con el consumo.

74. Respecto a los estudios realizados con pacientes con dependencia a sustancias:

Respuesta: A) la indefensión aprendida actuaría como mediador entre las situaciones estresantes incontrolables y el consumo de tóxicos.

La indefensión aprendida es factor de riesgo para el inicio del consumo de sustancias en la adolescencia, actuando como mediador entre el estrés incontrolable y el consumo.

75. Respecto a los estudios que relacionan la indefensión aprendida con variables de evolución y tratamiento del consumo:

Respuesta: E) todas son ciertas.

La indefensión aprendida predice el abandono del tratamiento, el estilo atribucional mejora a medida que progresa la rehabilitación y se relaciona con la ocurrencia de recaídas. Asimismo, los pacientes con elevada indefensión aprendida responden mejor a tratamientos estructurados y directivos.

TRASTORNOS DUALES. MECANISMOS ETIOPATOGÉNICOS

76. Señale la opción incorrecta con respecto a los trastornos duales:

Respuesta: B) los síntomas psiquiátricos aparecen en caso de dependencia, no en la intoxicación aguda.

Según DSM-IV y CIE-10 se reconocen trastornos relacionados con el consumo de sustancias en las distintas fases de la historia toxicológica: dependencia, abuso, intoxicación y abstinencia, y como tal tiene diagnósticos independientes.

77. La hipótesis de la automedicación defiende que:

Respuesta: A) los trastornos mentales actúan como inductores de la dependencia de sustancias.

Según esta teoría, los pacientes tratan de aliviar los síntomas de la enfermedad mental a través del uso de sustancias. El resto de opciones corresponde a las demás hipótesis existentes acerca de la etiología de los trastornos duales.

78. Según la teoría de la neurotoxicidad:

Respuesta: C) la dependencia de sustancias actúa como inductora de los trastornos mentales.

Esta teoría propone que los trastornos mentales surgen como consecuencia de los efectos tóxicos, directos o indirectos, de la sustancia sobre el sistema nervioso central. El resto de opciones corresponde a las demás hipótesis existentes acerca de la etiología de los trastornos duales.

79. En cuanto al diagnóstico de los trastornos duales:

Respuesta: E) se ve dificultado en gran medida por la información distorsionada que da del paciente sobre su trayectoria clínica debido a los efectos de la droga.

Las dificultades para diagnosticar un trastorno dual son múltiples, y el problema fundamental que se deriva de esta circunstancia es la tendencia a no diagnosticar estos casos. Por eso hay que tener en cuenta muchos aspectos de la historia del paciente para concretar un diagnóstico: historia psiquiátrica, historia toxicológica, anamnesis exhaustiva al paciente y sus familiares. En la mayoría de los casos el paciente no es un buen colaborador, ya sea de forma involuntaria (su estado mental no lo permite) o intencionada (pretende ocultar datos acerca del consumo de sustancias).

80. El tratamiento de los trastornos duales debe ser:

Respuesta: C) individualizado y multidisciplinar.

Cada caso de trastorno dual es diferente, por tanto no existen protocolos específicos para tratarlos a todos por igual. Este tipo de tratamiento requiere profesionales formados en los campos de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias y desarrollar un plan terapéutico individualizado para cada paciente, que permita seguirlo a través de su evolución y las crisis, tanto de los trastornos mentales como de su patología adictiva.

81. Un sistema que pretenda tratar a pacientes con trastorno dual adecuadamente deberá incluir en su actividad asistencial programas terapéuticos diseñados para:

Respuesta: E) todas las opciones son correctas.

Dada la gran variabilidad que presentan estos pacientes en todos los aspectos de su enfermedad (etiología, sintomatología, evolución, diagnóstico y tratamiento), el Sistema de Salud tiene que adaptarse a cada caso y ofrecerles el máximo de repuestas adecuadas que sea posible. Es muy importante que el paciente se adhiera correctamente al tratamiento porque su evolución será más favorable: se reduce la aparición de brotes agudos, disminuye también el riesgo de autolisis y el número de ingresos hospitalarios y se favorece la abstinencia en cuanto al consumo de sustancias.

LESIÓN BILATERAL CÓRTICO-SUBCORTICAL Y PUTAMINAL SECUNDARIA A INTOXICACIÓN VOLUNTARIA POR METANOL

82. Con relación a la toxicidad por la ingesta de metanol, indique la respuesta correcta:

Respuesta: C) el ácido fórmico, metabolito del metanol, tiene efecto neurotóxico.

La alcohol deshidrogenasa y la aldehído-deshidrogenasa intervienen en la metabolización del metanol a ácido fórmico, responsable de la toxicidad.

83. Respecto de la neurotoxicidad por ingesta de metanol:

Respuesta: C) existe cierta selectividad por los ganglios de la base.

El metanol tiene cierta selectividad a nivel de sistema nervioso central, por los ganglios dela base -putamen y pálido- sin que se conozca la causa.

84. Con relación a la metabolización del metanol:

Respuesta: B) etanol y metanol son metabolizados por la alcohol-deshidrogenasa (ADH).

Ambos alcoholes, etílico y metílico comparten la misma ruta metabólica. El etanol tiene una afinidad por la ADH entre 10 y 20 veces superior a la del metanol. La ingesta conjunta de ambos alcoholes minimiza el daño causado por el metanol.

85. ¿Cuál es la dosis mínima letal del metanol puro?

Respuesta: B) 30 ml.

Si bien existe una gran variabilidad individual, se ha situado la dosis letal de metanol puro en 30 ml.

86. ¿Qué dos sustancias son utilizadas en el tratamiento de la intoxicación por metanol?

Respuesta: A) etanol y fomepizol.

En el tratamiento de la intoxicación por metanol se pueden usar como antídotos que inhiban su metabolismo el alcohol etílico y el fomepizol. Este último tiene una afinidad por la ADH muy superior al etanol, pero su elevado coste limita su uso.

87. El patrón lesional cerebral de la intoxicación por metanol puede aparecer en diferentes enfermedades. En cuál no:

Respuesta: E) el patrón de lesiones cerebrales es diagnóstico de intoxicación por metanol.

Hay numerosas entidades clínicas que cursan con una neuroimagen similar a la intoxicación por metanol.

CASO CLÍNICO DE VARÓN CONSUMIDOR DE 50 CIGARRILLOS DIARIOS

88. Señale cuál de estas características no corresponde al síndrome de abstinencia a nicotina:

Respuesta: C) taquicardia.

El síndrome de abstinencia a nicotina cursa con disminución de la frecuencia cradíaca.

89. La terapia sustitutiva con nicotina:

Respuesta: B) se utiliza adicionalmente como medio de apoyo para reducir el deseo de nicotina y las recaídas.

La terapia sustitutiva con nicotina se emplea como medida auxiliar en los programas para acabar con el consumo de nicotina y ayuda a las personas a mantener la abstinencia, reducir los síntomas de ésta y evitar una recaída mientras se someten a tratamiento para modificar su comportamiento.

90. El bupropión se caracteriza por:

Respuesta: E) C y D son ciertas.

El bupropión es un fármaco que se caracteriza por ambas acciones: ser un agonista parcial/antagonista de receptores nicotínicos de alta afinidad y presentar una modesta actividad bloqueante de la recaptación de noradrenalina y dopamina.

91. La utilización de inhibidores de la monoamino oxidasa (MAO) B como terapia del tabaquismo:

Respuesta: A) se basa en que el humo del tabaco contiene compuestos que bloquean la MAO neuronal.

La selegilina es un inhibidor irreversible de la MAO-B, y su empleo en el tabaquismo se debería a que el humo del tabaco contiene compuestos que bloquean la MAO neuronal. Al administrar selegilina ésta realizaría efectos similares a los del humo de tabaco.

92. Que fármaco crees que podría servir en una terapia conjunta de tabaquismo y obesidad

Respuesta: C) antagonistas de receptores cannabinoides CB1.

El rimonabat es un antagonista de los receptores para endocannabinoides tipo 1 que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del tabaquismo.

93. Cuál de los siguientes preparados de nicotina no está disponle en el mercado:

Respuesta: B) pomada de nicotina.

No existen en el mercado preparados de pomada de nicotina para el tratamiento de la dependencia a nicotina.