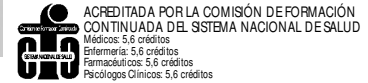




Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 5 - N.º 3 - 2003



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

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a SET. *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

ASPECTOS GENETICOS DEL ALCOHOLISMO

61. Parte de las dificultades que aparecen en el análisis genético del alcoholismo están relacionadas con:
- A. Corresponder a un carácter con un patrón de herencia compleja.
 - B. El carácter monogenico de la enfermedad.
 - C. La escasa influencia del medio ambiente sobre su desarrollo.
 - D. La escasa incidencia en la población de los alelos de genes que parecen conferir susceptibilidad para el alcoholismo.
 - E. La ausencia de relación entre el desarrollo del alcoholismo y el contexto social y los factores psicológicos.
- 62.Cuál de las siguientes características de los correspondientes alelos podría implicar un aumento de la presencia de alcohol en el organismo:
- A. Un aumento de la actividad de la ADH.
 - B. Una disminución en la actividad de la ADH.
 - C. Un aumento de la actividad de la ADLH.
 - D. Un aumento de la actividad del citocromo P450 2E1.
 - E. Un aumento de la actividad de la catalasa.
63. La asociación postulada para uno de los polimorfismo del transportador de dopamina (DAT1) con la intensidad de los síntomas de la abstinencia al alcohol, en la que se ha descrito que los heterocigotos para 9/10 repeticiones para una secuencia de nucleótidos, tienen una reducción media de un 22% de DAT1 en el putamen cuando se comparan con los homocigotos para 10 repeticiones, puede estar basada en:
- A. La disminución de las concentraciones de dopamina en el espacio extracelular en los heterocigotos.
 - B. La mayor entrada de dopamina a la neurona dopaminérgica en los heterocigotos.
 - C. El aumento del numero de repeticiones de la secuencia de nucleótidos en los homocigotos.
 - D. El aumento de las concentraciones de dopamina en el espacio extracelular en los heterocigotos.
 - E. El aumento de las concentraciones de dopamina en el espacio extracelular en los homocigotos.

64. El que al comparar una muestra de individuos alcohólicos con una muestra de individuos control en las tres localizaciones relacionadas con el alcoholismo del receptor DRD2, se observe un aumento significativo de la frecuencia del haplotipo (A1/A2, B1/B2, T/G) frente al del (A2/A2, B2/B2, G/G) es una demostración de:
- A. El carácter poligénico del alcoholismo.
 - B. La modificación de la afinidad del receptor como consecuencia de la presencia de 3 polimorfismos en el mismo gen.
 - C. La diferente contribución de cada uno de los 3 polimorfismos a la actividad del receptor.
 - D. De que los homocigotos presentan una vulnerabilidad mayor que los heterocigotos frente al alcoholismo.
 - E. La importancia de la utilización de estudios genéticos más complejos

65. La descripción de que en un grupo de hondureños, expuestos a estrés económico/ocupacional, tienen mayor riesgo de alcoholismo los que presentan el genotipo A1/A1 para el receptor DRD2 es un ejemplo de:
- A. La interacción genes/entorno.
 - B. Su carácter poligénico.
 - C. La cronificación de los efectos del alcohol.
 - D. La implicación de los genes dopaminérgicos en su desarrollo.
 - E. El papel de los receptores D2 en la dependencia al alcohol.

66. Cuando el consumo de alcohol se interrumpe en individuos tolerantes se produce un síndrome de abstinencia, caracterizado por la aparición de los siguientes síntomas, excepto de:
- A. Temblores.
 - B. Sedación.
 - C. Alucinaciones.
 - D. Insomnio.
 - E. Agitación y confusión permitirían la identificación de los casos potenciales de alcoholismo.

USO DE BUPRENORFINA EN LA DESINTOXICACIÓN DEL MANTENIMIENTO CON METADONA

- 67.Cuál es la acción de la buprenorfina sobre los receptores μ :
- A. Es un antagonista.
 - B. Es un antagonista débil.
 - C. Es un agonista débil.
 - D. Es un agonista parcial.
 - E. La buprenorfina no tiene acción sobre receptores μ .
68. Sobre cuál de los siguientes receptores opiodes no tiene efecto la buprenorfina:
- A. κ .
 - B. σ .
 - C. μ .
 - D. δ .
 - E. La buprenorfina tiene efecto sobre todos los receptores anteriores.
69. ¿Son posibles indicaciones de uso de la buprenorfina:
- A. Dolor agudo postoperatorio.
 - B. Dolor crónico tipo canceroso.
 - C. Tratamiento de desintoxicación en dependientes de opiáceos.
 - D. Tratamiento de mantenimiento en dependientes de opiáceos.
 - E. Todas las anteriores.

70.	<p>¿ Con relación a los efectos secundarios de la buprenorfina, señalar la falsa:</p> <p><input type="checkbox"/> A. El principal efecto adverso es la depresión respiratoria aunque su incidencia y gravedad son menores que con morfina.</p> <p><input type="checkbox"/> B. La depresión respiratoria es rápidamente reversible con naloxona.</p> <p><input type="checkbox"/> C. El riesgo hepatotóxico de la buprenorfina es muy inferior al de la morfina aunque superior al de metadona.</p> <p><input type="checkbox"/> D. A nivel gastrointestinal la buprenorfina produce un retraso del vaciado gástrico y disminución de la amplitud de las ondas de contracción del esfínter de Oddi, sin alterar otros parámetros.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Al igual que cualquier opiáceo puede producir náuseas, vómitos y miosis.</p>
71.	<p>En cuanto a la metadona no es cierto que:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Es un agonista de los receptores opioides μ.</p> <p><input type="checkbox"/> B. Administrada de forma crónica alcanza una $V_{1/2}$ de 24-56h.).</p> <p><input type="checkbox"/> C. Administrada por vía oral produce concentraciones sanguíneas muy inestables.</p> <p><input type="checkbox"/> D. El síndrome de abstinencia prolongado se caracteriza por deseo de consumo, ansiedad, depresión, irritabilidad y disforia.</p> <p><input type="checkbox"/> E. La desintoxicación de un PMM entraña riesgo vital.</p>
72.	<p>El uso de buprenorfina en la desintoxicación de metadona:</p> <p><input type="checkbox"/> A. No aporta ventajas si no se reduce la dosis de metadona por debajo de 50 mg/día antes de su sustitución.</p> <p><input type="checkbox"/> B. Requiere dosis que oscilan entre 0,6 y 6 mg/día.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Puede administrarse por vía sublingual o intramuscular.</p> <p><input type="checkbox"/> D. Se reduce hasta su supresión a lo largo de 3 a 10 días.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Todas son ciertas.</p>

LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN DROGODEPENDIENTES Y SU RELACIÓN CON LA DIFICULTAD DE MANEJO CLÍNICO

73.	<p>¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Está descrita y avalada empíricamente lo que se denomina «personalidad drogodependiente» o «personalidad adictiva», conjunto de rasgos que predisponen y precipitan la conducta adictiva.</p> <p><input type="checkbox"/> B. El trastorno de personalidad dependiente es el diagnosticado con más frecuencia en sujetos adictos a sustancias.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Las personas que presentan, además de su adicción, algún trastorno de personalidad, es más difícil que acudan a la consulta, como dejaron patentes los trabajos de Berson.</p> <p><input type="checkbox"/> D. Existe una amplia coincidencia en muchos estudios en considerar que aproximadamente un 50% de los drogodependientes presentan un trastorno de personalidad coexistente.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Uno de los problemas metodológicos detectados en el estudio de los trastornos de personalidad y su relación con las conductas adictivas es la utilización de muestras institucionalizadas.</p>
74.	<p>Según los datos obtenidos en el estudio, el patrón de personalidad que predice con más exactitud la dificultad de manejo es:</p> <p><input type="checkbox"/> A. El autodestructivo.</p> <p><input type="checkbox"/> B. El límite.</p> <p><input type="checkbox"/> C. El antisocial.</p> <p><input type="checkbox"/> D. El paranoide.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Ninguno de los anteriores.</p>
75.	<p>La mayor prevalencia de rasgos antisociales en Comunidad Terapéutica Profesional está justificada por:</p> <p><input type="checkbox"/> A. El fracaso reiterado de estos sujetos en régimen ambulatorio.</p> <p><input type="checkbox"/> B. La capacidad punitiva que sobre estos patrones de conducta presenta la Comunidad Terapéutica.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Criterios de indicación y derivación.</p> <p><input type="checkbox"/> D. La necesidad de realizar tratamiento en régimen cerrado para estos sujetos.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Criterios éticos y judiciales.</p>

76. La propuesta de Verheul, en relación a la relación causal entre trastornos de la personalidad y las conductas adictivas, apuntaría a que lo primeros facilitarían la aparición de éstas, en base a todos los mecanismos siguientes, menos uno:
- A. La vía de la sensibilidad a la recompensa.
 - B. La vía de la defensa del yo.
 - C. La vía de la reducción del estrés.
 - D. La vía de la desinhibición del comportamiento.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.

77. La dificultad percibida por los profesionales en el manejo de personas con patrones autodestructivo, límite, histriónico y evitativo, puede estar relacionado con alguno de los siguientes rasgos característicos de cada patrón:
- A. La búsqueda activa del fracaso como mecanismo de victimización de los autodestructivos.
 - B. La exigencia persistente de atención de los histriónicos y su manipulación de la realidad para obtenerla.
 - C. La inestabilidad emocional provocada por el miedo al rechazo que experimentan habitualmente los límites.
 - D. La tensión permanente en el intercambio social y la tendencia a la huida de los evitadores.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.

78. La utilización de instrumentos (cuestionarios o entrevistas) que evalúen la personalidad (sana o patológica) de los adictos que reclaman tratamiento, tienen la utilidad de:
- A. Hacer innecesaria la evaluación clínica continuada, prescribiendo desde un principio las enfermedades presentes y las medidas terapéuticas a adoptar.
 - B. Simplificar el diagnóstico clínico y el análisis funcional de la conducta en tanto que ofrecen una información agrupada que puede orientar a ambos.
 - C. Hacer innecesario el análisis funcional de la conducta en tanto que éste queda subsumido en el diagnóstico obtenido por estos métodos.
 - D. Abundar en la consideración del drogodependiente como enfermo y, en esa medida, disminuir la implicación de los profesionales.
 - E. El uso de cuestionarios y entrevistas diagnósticas es innecesario por la baja fiabilidad de ambos métodos y la reconocida capacidad de los drogodependientes para manipular la información.

**PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ADICTOS
A SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN
A LAS DROGODEPENDENCIAS**

79. ¿Las diferencias habitualmente encontradas en las cifras de prevalencia de los trastornos de personalidad cuando se estiman mediante entrevista o autoinforme se deben fundamentalmente a:
- A. La inadecuación de ambos métodos para medir patrones complejos de comportamiento.
 - B. La clara inadecuación del método categorial para clasificar los trastornos de la personalidad.
 - C. La atención selectiva que uno y otro método presentan a las conductas manifiestas y a los rasgos de personalidad.
 - D. La carencia de un modelo teórico que sustente los enfoques dimensionales.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.

80. En el momento actual se entiende la personalidad como:
- A. El repertorio de conductas aprendido por el sujeto en su proceso de desarrollo personal.
 - B. La expresión fenotípica del material genético heredado.
 - C. El conjunto de rasgos disfuncionales que provocan malestar al sujeto o a su entorno social.
 - D. El patrón complejo de características psicológicas estables que surgen de una complicada matriz biológica y de aprendizajes del sujeto, en constante interacción.
 - E. La expresión conductual de una determinada configuración del sistema nervioso.

81.	<p>La modificación de los patrones disfuncionales de conducta debe realizarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Farmacológicamente, pues se producen por fallos en los sistemas de neurotransmisión. <input type="checkbox"/> B. Psicoterapéuticamente, porque se trata de modificar conductas aprendidas. <input type="checkbox"/> C. Es imposible, puesto que se trata de características estables y, en esa medida, inmodificables. Sólo cabe reducir la sintomatología. <input type="checkbox"/> D. Combinando intervenciones farmacológicas y terapia de modificación de conducta. <input type="checkbox"/> E. Carecemos en la actualidad de estrategias adecuadas para modificar tales patrones desadaptativos.
82.	<p>Uno de los siguientes métodos de evaluación de los trastornos de personalidad está elaborado desde un enfoque dimensional y se cumplimenta a través de autoinforme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. SCID-II. <input type="checkbox"/> B. NEO-PI-R. <input type="checkbox"/> C. MCMI-II. <input type="checkbox"/> D. IPDE. <input type="checkbox"/> E. EuropASI.
83.	<p>¿Los trastornos de personalidad asociados con más frecuencia al consumo de sustancias, a tenor de la bibliografía disponible, son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. El límite y el antisocial. <input type="checkbox"/> B. El paranoide y el límite. <input type="checkbox"/> C. El antisocial y el pasivo/agresivo. <input type="checkbox"/> D. El histriónico y el antisocial. <input type="checkbox"/> E. El antisocial y el evitativo.
84.	<p>En cuanto a las relaciones etiológicas entre los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. La mayor parte de los estudios está de acuerdo en considerar que los trastornos de personalidad preceden al consumo de sustancias. <input type="checkbox"/> B. La mayor parte de las conductas adictivas se instauran sobre sujetos con rasgos de personalidad normales, modificándolos hacia la patología. <input type="checkbox"/> C. El consumo de sustancias modifica el sustrato biológico de la personalidad favoreciendo la aparición de patrones de conducta disfuncionales. <input type="checkbox"/> D. Diversos estudios han mostrado que la personalidad patológica y el abuso de sustancias son entidades independientes que presentan una mínima interacción. <input type="checkbox"/> E. Existe un acuerdo en el campo de la investigación en considerar que las relaciones etiológicas entre ambos pueden producirse en ambas direcciones.

ALCOHOL Y NEUROPSICOLOGÍA

85.	<p>En referencia a la toxicidad neuronal a causa del consumo excesivo de alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Existen datos indicativos de que la pérdida hace mayormente referencia a conexiones neuronales y células gliales. <input type="checkbox"/> B. El descenso en marcadores de integridad neuronal como el N-aceitil-aspartato es irreversible. <input type="checkbox"/> C. Existen datos indicativos de que se produce pérdida neuronal en determinadas zonas del cerebro. <input type="checkbox"/> D. A y C son ciertas. <input type="checkbox"/> E. B y C son ciertas.
86.	<p>Las alteraciones neuropsicológicas ligadas al consumo de alcohol (señalar la falsa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A. Generalmente son mayores a medida que aumenta el número de años de consumo y la cantidad de alcohol ingerida. <input type="checkbox"/> B. Sólo se producen tras años de una ingesta abusiva de larga evolución. <input type="checkbox"/> C. Están influenciados por factores como la existencia de patología dual y policonsumo de otras sustancias. <input type="checkbox"/> D. Son parcialmente reversibles tras la abstinencia. <input type="checkbox"/> E. Empeoran cuando existen complicaciones médicas asociadas.

87. ¿El *blackout*, o laguna alcohólica:
- A. Es un episodio de amnesia transitoria.
 - B. Puede producirse en individuos alcohólicos.
 - C. Puede encontrarse en individuos no alcohólicos tras una ingesta de cierta importancia.
 - D. La pérdida de memoria es anterógrada.
 - E. Todas son ciertas.

88. Cuál de las siguientes alteraciones son indicativas de afectación frontal (señalar la falsa):
- A. Alteraciones en la motricidad.
 - B. Distractibilidad atencional.
 - C. Alteraciones en la elaboración de conceptos.
 - D. Pensamiento rígido.
 - E. Déficit en solución de problemas.

89. El policonsumo de determinadas sustancias afecta al rendimiento neuropsicológico de los sujetos, especialmente cuando el consumo conjunto se refiere a:
- A. Alcohol y tabaco.
 - B. Alcohol y heroína.
 - C. Alcohol y cocaína.
 - D. Alcohol y *Cannabis*.
 - E. Alcohol y alucinógenos.

90. En referencia al consumo de alcohol durante el embarazo:
- A. Se relaciona con alteraciones conductuales, del funcionamiento ejecutivo y de memoria y aprendizaje.
 - B. Produce déficit en el crecimiento uterino y posnatal.
 - C. Está contraindicado siempre, sea cual sea la dosis.
 - D. A y B son ciertas.
 - E. Todas son ciertas.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 5 - N.º 2 - 2003

ENFERMERÍA EN ADICCIONES: EL MODELO TEÓRICO DE H. PEPLAU A TRAVÉS DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE M. GORDON. A PROPÓSITO DE UN CASO PRÁCTICO

- 31.** Respecto a la Valoración de Enfermería por «patrones funcionales de salud»:
 Respuesta: c) Es el primer paso de la identificación de problemas.
 La valoración es el primer paso de la identificación de problemas, donde se reúne la información sobre un individuo y/o grupo, con la finalidad de identificar diagnósticos de enfermería o problemas y necesidades de ciudadanos.
 Durante la recogida de datos o fase de valoración, se está construyendo un patrón de salud desde las descripciones del paciente y las observaciones de la enfermera.
- 32.** ELa teoría de H. Peplau se centra en:
 Respuesta: a) La importancia de la relación de enfermera/paciente.
 La publicación en 1952 de H. Papeau *Relaciones Interpersonales Enfermería* creó un marco conceptual teórico para considerar de manera sistemática los cuidados de enfermería en la salud mental. En especial centraba su teoría en la relación enfermera/paciente. Sus ideas sobre la enfermería fueron tomadas por una parte de los conceptos de habilidades personales e interpersonales de desarrollo y por otra de la teoría del aprendizaje.
 En su obra original la autora describe su modelo como una «teoría parcial para la práctica de la enfermería». En este sentido concibe los cuidados administrados a los pacientes como un tipo de cuidados evolutivos en los que las relaciones de confianza constituyen la base para conseguir resultados satisfactorios.
- 33.** Respecto a la recogida de información sobre la situación del paciente:
 Respuesta: b) Es el primer paso y uno de los más importantes del proceso de enfermería.
 La recogida de información sobre la situación del paciente constituye el primer paso y uno de los más importantes del proceso de enfermería. Los datos obtenidos en esta fase proceden de varias fuentes y pueden ser de tipo cualitativo o cuantitativo. La relativa importancia de unos y otros está en función de cada persona, problema y situación. No obstante, ambos tienen que reflejar el funcionamiento biológico, comportamental y social de la persona o grupo. Aun realizándose atendiendo a un riguroso orden metodológico, esta recogida de datos se efectúa a través de formas o técnicas diversas, heho probablemente motivado por la idiosincrasia del modelo a utilizar.
- 34.** Respecto a la descripción y evaluación de los patrones funcionales:
 Respuesta: a) Nos permiten determinar si la función de éstos es positiva, o si por el contrario, existen disfunciones
 Las alteraciones psicopatológicas y psiquiátricas contempladas en los patrones de salud abarcan los siguientes campos: conciencia, atención, orientación, memoria, percepción, pensamiento, lenguaje, motricidad, alimentación, ansiedad, reacciones somatomorfas, psicomotricidad, sueño y psicosexualidad. El diseño del registro de enfermería basado en las aportaciones enfermeras respecto a los «patrones funcionales de salud» está elaborado utilizando los criterios psicopatológicos más importantes y reconocidos en el DSM IV. La descripción y evaluación de estos patrones, permiten determinar si la función de aquellos es positiva o si por el contrario existe disfunción.
- 35.** **Todas las teorías enfatizan que la praxis del rol de enfermería se lleva a cabo a través de:**
 Respuesta: c) Proceso de relación interpersonal.
 Todas las teorías enfatizan que la praxis del rol de enfermería se lleva a cabo a través de un proceso de relación interpersonal, donde cuidar implica entrar en relación con una persona o familia con el objeto de ayudar a satisfacer ciertas necesidades, superar obstáculos, adaptarse hacia patrones de salud diferentes y respetar lo difícilmente cambiabile. No obstante, aparecen diferencias sustanciales entre una y otra respecto a la denominación de las necesidades descritas.

36. Marjory Gordon identifica un número de patrones funcionales:

Respuesta: c) 11 patrones funcionales

Desde este modelo, un patrón de salud se entiende como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano.

Gordon identifica 11 patrones de salud: 1) patrón de percepción-control de salud; 2) patrón nutricional-metabólico; 3) patrón de eliminación; 4) patrón de actividad-ejercicio; 5) patrón de sueño-descanso; 6) patrón cognitivo-perceptivo; 7) patrón autopercepción-autoconcepto; 8) patrón rol-relaciones; 9) patrón de sexualidad-reproducción; 10) patrón de adaptación-tolerancia al estrés, y 11) patrón de valores y creencias.

JUEGO PATOLÓGICO: UN TRASTORNO EMERGENTE

37. El juego de azar que mayor número de jugadores patológicos provoca es:

Respuesta: d) Máquinas tragaperras.

Las investigaciones indican que entre todos los juegos de azar, las máquinas tragaperras son el juego que mayor prevalencia de adictos al juego provoca, hasta un 75% de los casos de juego patológico.

38. En el diagnóstico de juego patológico::

Respuesta: d) Es necesario diferenciar entre juego patológico como trastorno mental, juego social, juego profesional y juego problemático.

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 permiten el diagnóstico de juego patológico. Aunque existen algunas diferencias en relación al cumplimiento de criterios entre ambas clasificaciones, se recomienda diferenciar los casos de juego social (pérdidas aceptables determinadas previamente), juego profesional (riesgos limitados, aunque con problemas asociados) y juego problemático (mayor cuantía de apuestas y frecuencia de éstas, pero sin cumplir criterios de juego patológico)

39. Cuando una persona cree firmemente que es capaz de intervenir sobre los resultados del un juego de azar y, que su habilidad influye en su capacidad para obtener un premio, hablamos de:

Respuesta: c) Ilusión de control.

En relación con la coexistencia de conductas adictivas según el género, se ha observado que el hombre tiende a La ilusión de control es una de las distorsiones cognitivas más características en el desarrollo y mantenimiento del juego patológico. La persona cree erróneamente en su capacidad cognitiva para intervenir sobre el resultado del juego.

40. La mayor prevalencia entre juego patológico y otros trastornos mentales se da con:

Respuesta: a) Alcohol y otras drogas.

Diferentes estudios han demostrado que las mayores tasas de comorbilidad se dan entre el juego patológico y el abuso/dependencia de alcohol y otras drogas. También se han encontrado tasas elevadas de comorbilidad de cuadros depresivos en jugadores patológicos, aunque se ha señalado que en estos casos, los trastornos afectivos son más bien una consecuencia de los problemas ocasionados por el juego.

41. En la evaluación de un caso de juego patológico es necesario:

Respuesta: e) Todas son correctas.

La evaluación del jugador patológico requiere de la utilización de entrevista y cuestionarios confirmatorios, como el Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS), pero resulta fundamental recabar información adicional sobre el uso de sustancias, psicopatología asociada, distorsiones cognitivas y confirmar toda la información que proporciona el paciente con familiares y/o personas de referencia, por lo que siempre se solicitará la asistencia junto con el jugador de una persona para apoyar durante el tratamiento.

42. Los resultados de los estudios más recientes realizados en nuestro país sobre la efectividad del tratamiento del juego patológico, han encontrado que los tratamientos más efectivos son:

Respuesta: d) Terapia individual de control de estímulos y exposición in vivo con prevención de respuesta.

En los estudios realizados por el grupo de Echeburua (1994, 1996), se encontró que el tratamiento con mayor efectividad se conseguía con la modalidad de terapia individualizada de control de estímulos y exposición in vivo con prevención de respuesta. Estudios posteriores del mismo grupo (2000) han señalado que puede lograrse una mayor efectividad si a esta modalidad de tratamiento se le añade un componente específico de prevención de recaídas.

REVISIÓN DEL CUESTIONARIO DE CAMBIO EDUCATIVO EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA PROFESIONAL (CCE-R): ESTRUCTURA FACTORIAL Y RELACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN CON VARIABLES DE PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

- 43.** En nuestro estado actual de conocimiento, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 Respuesta: c) Los factores psicológicos y sociológicos pueden, por sí mismos, ser suficientes para activar comportamientos socialmente anómalos.
 pueden favorecer el desarrollo de conductas antisociales, pero no existe evidencia de una relación causal directa entre ambos. Por otra parte, el trastorno antisocial de la personalidad es el diagnosticado con más frecuencia en drogodependientes, pero no en su totalidad, tanto más cuando consideramos, por ejemplo, el tabaquismo. Millon indica que aunque existan indicadores de influencia biológica, la conducta antisocial puede ser suficientemente activada por factores de índole psicológica y relativos a patrones de socialización.
- 44.** En el tratamiento de drogodependientes, el principal papel de la educación social es:
 Respuesta: d) Ofertar conductas con valor social y dotar a los individuos de las habilidades, destrezas y conocimientos que les capaciten para desenvolverse adecuadamente en la sociedad.
 Dar a conocer las normas sociales es un aspecto del trabajo educativo, pero no el único ni el más importante; hacerlas cumplir corresponde a otras profesiones no necesariamente relacionadas con la rehabilitación, si bien en entornos como la Comunidad Terapéutica Profesional todos los profesionales asumen esta función. La personalidad y sus trastornos no son objeto de trabajo para el educador, si bien su conocimiento puede favorecer el mejor establecimiento de objetivos y las limitaciones con las que ha de contar. El trabajo sobre los aspectos cotidianos es un campo de especial relevancia para el educador, pero el objetivo que en ese espacio se persigue es la oferta de conductas con valor social y los recursos para desarrollarlas.
- 45.** ¿Cuál de las siguientes frases es correcta?
 Respuesta: c) El CCE-R presenta en su estructura un factor de primer orden y cinco dimensiones bipolares continuas.
 El análisis factorial del CCE-R muestra la existencia de un factor de primer orden que, tras la rotación, confirma la existencia de cinco subdimensiones o factores de segundo orden. Mide un constructo que hemos dado en llamar socialización, que se considera diana de la intervención educativa con drogodependientes. Es un instrumento dimensional, es decir, los factores son dimensiones continuas y, en esa medida, inadecuadas para diagnósticos categoriales que competen a otras disciplinas.
- 46.** Los sesgos que pueden afectar a este cuestionario, y que deben ser objeto de estudio posterior, son:
 Respuesta: e) A y C son correctas.
 Es posible que los sujetos puntúen más en función de lo que creen que los profesionales esperan de ellos que de actitudes sólidamente establecidas. Para descartar este sesgo es preciso contrastar los resultados del cuestionario con medidas observacionales externas elaboradas por los propios educadores. También es posible que lo reciente de la intervención educativa en sujetos que finalizan tratamiento haga más accesibles los contenidos que han sido trabajados y ello incremente artefactualmente los resultados del test, lo que requiere medidas posteriores repetidas al alta para confirmar la estabilización de resultados. El CCE-R cuenta con una escala de distorsión que elimina la posibilidad de respuestas al azar o inconsistencias intensas en la formulación actitudinal.
- 47.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera, en el estado actual de conocimientos y según los datos del estudio?
 Respuesta: c) Existe una relación mutua entre la afabilidad, como dimensión de la personalidad, y la socialización de los individuos, sin que sea posible establecer una dirección causal.
 Se observa una correlación entre la socialización, medida a través del CCE-R, y la afabilidad, estimada a partir del BFQ pero, como tal correlación, sólo nos informa de la existencia de algún tipo de variación conjunta y no e
- 48.** A tenor de los datos del estudio, y en nuestro nivel de conocimientos actual, podemos afirmar que:
 Respuesta: a) Las personas que se encuentran inadecuadamente socializadas muestran niveles más elevados de malestar psicológico y físico que aquéllas con un posicionamiento social adecuado.
 Los datos del estudio muestran una correlación entre el nivel de socialización y manifestación de síntomas de malestar estimados a partir del SCL-90-R, sin que sea posible, a partir de los instrumentos utilizados, estimar diagnósticos de tipo categorial. En todo caso, la reducción de esta sintomatología no es el objetivo central de la intervención educativa aunque, también basándonos en nuestros datos, puede hipotetizarse que una mejor socialización puede acompañarse de una reducción del malestar.

BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

49. Según las cifras del Registro General Británico cuál de las siguientes afirmaciones en relación a las condiciones en las que los médicos presentaban unas tasas de mortalidad marcadamente más elevadas que el resto de la población es correcta:

Respuesta: d) A y B son correctas.

Según las cifras del Registro General Británico de 1978 tres son las condiciones en las que los médicos presentaban unas tasas de mortalidad marcadamente más elevadas que el resto de la población: el suicidio, que presenta una tasa tres veces más alta que en la población general, y casi dos veces más alta que la correspondiente a los controles de su clase socioeconómica; la cirrosis, que también es tres veces más alta, y los accidentes de tráfico, que registran tasas dos veces más altas.

50. En relación con el término *burnout*, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta según Herbert Freudenberger:

Respuesta: e) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

El término *burnout*, que consideraremos equivalente al de desgaste profesional o el de profesional quemado, exhausto o sobrecargado, fue acuñado originalmente por Herbert Freudenberger, un psicólogo clínico familiarizado con las respuestas al estrés de los miembros del *staff* de instituciones «alternativas», como los hospitales de beneficencia y las casas a medio camino dedicadas a la atención de «sin techo», prostitutas y drogadictos, donde trabajaba como voluntario de forma complementaria al ejercicio privado de su profesión. Freudenberger eligió la palabra *burnout*, que utilizaban también para referirse a los efectos que producía el consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso, para referirse a la progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como la desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión que los mencionados profesionales experimentaban hacia el año de trabajar como voluntarios.

51. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación al *burnout* no es correcta?

Respuesta: d) El *burnout* se caracteriza por un trato cálido y personalizado hacia los demás y en un sentimiento de adecuación a las tareas que ha de realizar.

El *burnout* se caracteriza por un trato frío y despersonalizado hacia los demás y en un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

52. ¿Cuál de los siguientes factores no está implicado en el *burnout*?

Respuesta: b) Factores genéticos.

Los factores genéticos no parecen estar asociados a la aparición del *burnout*.

53. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a las posibles intervenciones de un trabajador desgastado sobre su trabajo es correcta?

Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas.

Las posibles intervenciones de un trabajador desgastado sobre su trabajo incluyen todas las opciones propuestas.

54. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación a las posibles intervenciones de un trabajador desgastado fuera del trabajo es correcta?

Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas.

Las posibles intervenciones de un trabajador desgastado «fuera de su trabajo» incluyen todas las opciones propuestas.

APORTACIONES METODOLÓGICAS A LA COHESIÓN DE EQUIPOS SOMETIDOS A DESGASTE EMOCIONAL

55. Para hablar de cohesión en un equipo de trabajo qué aspectos vivenciales deben compartir sus componentes:

Respuesta: d) Todas las anteriores son correctas.

Todas las propuestas de las tres opciones son necesarias para hablar de cohesión de equipo.

56. ¿Cuáles de las siguientes características definen el pensamiento grupal?

Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas menos la D.

El alto nivel de autocrítica entre sus miembros previene el pensamiento grupal, la autocomplacencia lo define.

57.	Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa según el trabajo teórico sobre la cohesión del equipo del centro de día ESTRADA. Respuesta: a) La cohesión es un concepto estático La cohesión es un concepto dinámico y requiere continua revisión
58.	Entre las condiciones necesarias para lograr una cohesión que permita un mejor y satisfactorio trabajo están: Respuesta: f) Todas las anteriores son ciertas menos la E. Las cuatro condiciones expuestas son necesarias para lograr la cohesión.
59.	¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? Respuesta: d) La competitividad entre los miembros de un equipo cimienta la cohesión. Las relaciones de poder se basan en la competitividad y ésta dificulta la cohesión.
60.	Una de las variables que propicia el pensamiento grupal es: Respuesta: a) La ausencia de una metodología para buscar soluciones e instrumentos de evaluación. La ausencia de una metodología para buscar soluciones e instrumentos de evaluación es una variable que propicia el desarrollo de esta forma de eliminación de capacidad autocrítica.

**I CONGRESO IBEROAMERICANO DE TRASTORNOS ADICTIVOS Y
IX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE TOXICOMANÍAS**

Santiago de Compostela (Galicia) - España
26-28 de febrero de 2004

INFORMACIÓN: <http://www.iberamerica-adicciones.org>

Plazo presentación de comunicaciones hasta 15 de diciembre de 2003.