



Autoevaluación y Formación Continuada en



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,8 créditos
Enfermería: 6,3 créditos
Farmacéuticos: 7,7 créditos

Volumen 2 - N.º 3 - 2000

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 photocopies) con las contestaciones a las 30 preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación de 5 créditos 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. Editorial Garsi. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid.

OPTIMIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA A TRAVÉS
DEL CONOCIMIENTO DE SUS INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

61. Principal isoenzima que metaboliza la metadona:

- A. cyp 3A4.
- B. cyp 2D6.
- C. cyp 1A2.
- D. cyp 6D2.

62. De los siguientes antiepilepticos, cuál es un inductor enzimático de metadona:

- A. Lamotrigina.
- B. Valproato sódico.
- C. Carbamacepina.
- D. Vigabatrina.

63. La concentración de metadona se incrementa significativamente cuando se administra junto con el antidepresivo:

- A. Fluoxetina.
- B. Fluvoxamina.
- C. Paroxetina.
- D. Desipramina.

64. Qué inhibidor de proteasa presenta mayor potencial de interacción farmacológica cuando se administra junto con antidepresivos, antipsicóticos e hipnóticos:

- A. Indinavir.
- B. Saquinavir.
- C. Nelfinavir.
- D. Ritonavir.

- 65.** Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la interacción alcohol-metadona es verdadera:
- A. El alcoholismo crónico potencia los efectos de metadona.
 - B. La intoxicación aguda por alcohol acelera el metabolismo de metadona.
 - C. Disulfiram es un interdictor del alcohol capaz de reducir la excreción urinaria de metadona.
 - D. La administración concomitante de disulfiram no provoca alteraciones clínicamente relevantes sobre los efectos de la metadona.
- 66.** Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:
- A. La concentración plasmática de metadona disminuye en presencia de ketoconazol.
 - B. Metadona disminuye la concentración plasmática de interferón.
 - C. El aumento del pH gástrico favorece la absorción de metadona.
 - D. Las BZD potencian los efectos depresores de metadona.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE FÁRMACOS ANTIPARKINSONIANOS

- 67.** Los fármacos antiparkinsonianos han sido utilizados especialmente en psiquiatría:
- A. Para disminuir los efectos atropínicos de las benzodiacepinas.
 - B. Para disminuir los efectos extrapiramidales (SEP) de los fármacos antipsicóticos.
 - C. Para disminuir los efectos ansiogénicos de algunos antidepresivos.
 - D. Para determinadas psicoterapias («introspección psicodélica»).
 - E. Para provocar sedación.
- 68.** Señale los fármacos que reducen la transmisión colinérgica:
- A. El biperideno.
 - B. El etanol.
 - C. La morfina.
 - D. Los tetrahidrocannabinolos.
 - E. Todos los anteriores.
- 69.** El abuso de antiparkinsonianos entre enfermos esquizofrénicos correlaciona con:
- A. El uso de antipsicóticos atípicos.
 - B. La coexistencia de abuso de alcohol.
 - C. La existencia de sintomatología negativa y SEP.
 - D. La presencia de insomnio grave y persistente.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.
- 70.** Los fármacos antiparkinsonianos...
- A. Son agonistas noradrenérgicos.
 - B. Son agonistas dopamínicos.
 - C. Tienen escasa actividad serotonínica.
 - D. A, B y C son ciertas.
 - E. A, B y C son falsas.
- 71.** El biperideno y el trihexifenidil...
- A. Pueden tener efectos euforizantes a dosis elevadas.
 - B. Pueden provocar un síndrome de abstinencia tras un uso prolongado.
 - C. Pueden provocar cuadros alucinatorios a dosis elevadas.
 - D. Pueden potenciar el efecto de otras drogas, como el etanol.
 - E. Todas son ciertas.

72. Los fármacos antiparkinsonianos...

- A. No pueden producir tolerancia.
- B. Producen tolerancia únicamente a los efectos sobre la psicomotricidad.
- C. Pueden producir un cuadro de abstinencia caracterizado por somnolencia, temblor generalizado, alucinaciones auditivas y visuales «en blanco y negro».
- D. Pueden producir un cuadro de abstinencia caracterizado por náuseas o vómitos, diarreas, ansiedad, insomnio, diaforesis y mialgias.
- E. Todas son falsas.

FACTORES DE RIESGO EN EL ABUSO Y LA DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS

73. Entre las propiedades intrínsecas de las benzodiacepinas destaca:

- A. Son drogas con un gran efecto reforzador.
- B. Es muy fácil que humanos y animales se las autoadministren.
- C. El efecto de refuerzo que producen es más bien bajo.
- D. Su autoadministración es igual a la del placebo.
- E. Es más fácil la autoadministración de clorpromacina que de benzodiacepinas.

74. Respecto al metabolismo de las benzodiacepinas una de las siguientes afirmaciones no es correcta:

- A. Se metabolizan a través de la superfamilia conocida como citocromo P450.
- B. La superfamilia del citocromo p450 esta compuesta de al menos 14 familias.
- C. Muchas benzodiacepinas se metabolizan en la familia conocida como CYP 3A.
- D. El midazolam se metaboliza gracias a múltiples enzimas (CYP 3A y CYP 2C19).
- E. Aproximadamente el 2% de los individuos caucásicos son metabolizadores lentos de CYP 2C19.

75. ¿Qual de los siguientes resultados fue un hallazgo del estudio realizado en el Addiction Research Foundation?:

- A. El 100% de los consumidores excesivos de benzodiacepinas abusaban de opiáceos.
- B. Los pacientes que abusaban de altas dosis de benzodiacepinas eran más jóvenes.
- C. La mayoría de los pacientes que abusaban de las benzodiacepinas eran consumidores de cocaína.
- D. Los pacientes que abusaban de benzodiacepinas presentaban menos trastornos de la personalidad.
- E. Los pacientes que no abusaban de benzodiacepinas presentaban una mayor prevalencia de trastorno antisocial de la personalidad.

76. Indique cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para abusar de benzodiacepinas:

- A. La génetica del individuo.
- B. La presencia de ansiedad.
- C. La presencia de insomnio.
- D. Tener una edad comprendida entre 25 y 40 años.
- E. La A y la B.

77. En diversos estudios realizado sobre uso de benzodiacepinas se han obtenido los siguientes resultados, excepto:

- A. Las características de los usuarios de benzodiacepinas es similar entre los diversos estudios.
- B. El consumo de benzodiacepinas es más elevado en los varones.
- C. El cloracepato dipotásico es la benzodiacepina que se consume con mayor frecuencia.
- D. El consumo era más frecuente en población de más de 60 años.
- E. La situación económica no influye en el uso de las benzodiacepinas.

78. Respecto a las benzodiacepinas:

- A. Continúan siendo el fármaco de elección para el tratamiento de los trastornos por ansiedad y el insomnio.
- B. Entre un 1 y un 3% de la población reciben estos fármacos por períodos prolongados.
- C. Las benzodiacepinas actúan sobre receptores muy inespecíficos.
- D. La A y la B son correctas.
- E. La A, B y C son correctas.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS ALCOHOLISMOS

- 79.** ¿Cuál de los siguientes no constituye un criterio de desintoxicación hospitalario?:
- A. Existencia de antecedentes de convulsiones o delirium.
 - B. Existencia de patología psiquiátrica grave.
 - C. Primera desintoxicación.
 - D. Ausencia de persona responsable de la supervisión del proceso.
 - E. Múltiples fracasos en la desintoxicación extrahospitalaria.
- 80.** ¿Cuál de los siguientes no constituye un objetivo terapéutico a medio plazo para el síndrome de abstinencia del alcohol?:
- A. Detener deterioro biopsicosocial.
 - B. Extinción de la conducta dependiente.
 - C. Protagonismo responsable en el tratamiento.
 - D. Desintoxicación.
 - E. Resolver / paliar problemática física, psíquica y social.
- 81.** ¿Cuál de los siguientes fármacos no se utiliza en la desintoxicación del paciente alcohólico?:
- A. Clometiazol.
 - B. Tiapride.
 - C. Acamprosato.
 - D. Diazepam.
 - E. Tetrabamato.
- 82.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación al acamprosato?:
- A. La dosis recomendada es de 50 mg/día.
 - B. Inhibe la hiperexcitabilidad neuronal por antagonismo de la actividad del glutamato.
 - C. Su riesgo en caso de sobredosis es escaso.
 - D. No interacciona con el alcohol.
 - E. No presenta riesgo de abuso.
- 83.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con la naltrexona?:
- A. Es un agonista no selectivo de acción prolongada sobre los receptores opiáceos.
 - B. Entre sus efectos secundarios más frecuentes se encuentran las náuseas, cefaleas, vértigo y artralgias.
 - C. No ha demostrado ser hepatotóxica a las dosis empleadas habitualmente en el paciente alcohólico.
 - D. La dosis recomendada es de 50 mg/día.
 - E. Todas son ciertas.
- 84.** En relación al modelo de estadios en el proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente, cuando un paciente es consciente de la existencia del problema y comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio ¿en qué estadio estaría dicho paciente?:
- A. Recaída.
 - B. Preparación.
 - C. Acción.
 - D. Precontemplación.
 - E. Contemplación.

PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON NALTREXONA EN DEPENDIENTES DE ALCOHOL

- 85.** ¿Cuál parece ser el principal mecanismo de acción del uso de naltrexona para la dependencia alcohólica?:
- A. Aversivo del alcohol.
 - B. Tratamiento sustitutivo del alcohol.
 - C. Bloqueo del refuerzo positivo del consumo del alcohol.
 - D. Mejoría de la comorbilidad psiquiátrica del paciente alcohólico.
 - E. Tratamiento de la intoxicación alcohólica.

86. ¿Cuáles son los predictores de respuesta establecidos hasta ahora en el tratamiento del alcoholismo con naltrexona?
- A. Bebedores sociales.
 - B. Presencia de comorbilidad médica.
 - C. Presencia de apoyo familiar.
 - D. Estado hepático.
 - E. No establecidos.
87. ¿Qué afirmación es correcta sobre el uso de los estudios naturalísticos en la dependencia alcohólica?:
- A. Aportan información complementaria a la de los ensayos clínicos aleatorios.
 - B. Tienen más validez interna que los ensayos clínicos aleatorios.
 - C. Son estudios más adecuados para controlar posibles factores de confusión.
 - D. Suelen desarrollarse a más corto plazo que los ensayos clínicos.
 - E. Nunca usan grupo control ni asignación aleatoria.
88. ¿Qué afirmación es correcta sobre el estudio denominado Proyecto MATCH en la dependencia alcohólica?:
- A. Compara tres modalidades psicoterapéuticas.
 - B. Un objetivo era buscar factores predictores de respuesta al tratamiento.
 - C. Es el estudio con mayor tamaño muestral hasta la fecha sobre tratamiento psicoterapéutico en la dependencia alcohólica.
 - D. No encuentra diferencias relevantes en la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas estudiadas.
 - E. Todas son correctas.
89. ¿Qué factores aparecen como posibles predictores de respuesta al tratamiento en el presente trabajo?:
- A. Duración de la dependencia.
 - B. Edad de inicio.
 - C. Severidad de la dependencia.
 - D. Consumo de otras drogas.
 - E. Tolerancia del tratamiento.
90. ¿Cuál de las siguientes escalas o entrevistas es adecuada para la valoración de la severidad de la dependencia alcohólica?:
- A. CAGE.
 - B. Clinical Institute Assessment for alcohol scale (CIWA-Ar).
 - C. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).
 - D. Escala MacAndrew del Minnesota Multifasic Personality Inventory (MMPI).
 - E. Versión europea del Índice de Severidad de la Adicción (EuropASI).

¿CÓMO DISEÑAR UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH PARA USUARIOS DE DROGAS?

91. ¿Cuáles son las características de los usuarios de drogas que habría que tener en cuenta a la hora de diseñar un taller de sexo más seguro?:
- A. El tipo de dispositivo en el que estén en tratamiento.
 - B. El tipo de drogas que consuman.
 - C. El sexo y la edad.
 - D. El nivel de conocimientos sobre las conductas sexuales que tengan.
 - E. El sexo, la edad, el nivel de conducta sexual, el momento personal de cambio y la psicopatología asociada.

<p>92.</p> <p>¿Cómo se pueden identificar los contenidos que va a ser necesario trabajar en un taller de sexo más seguro?:</p>
<input type="checkbox"/> A. Preguntando a los UDVPs que vayan a participar en el taller qué les gustaría hacer.
<input type="checkbox"/> B. Consultando bibliografía actualizada sobre el tema.
<input type="checkbox"/> C. A través de las escalas de evaluación utilizadas en el pre-test, bien sea en una sesión previa, bien sea en la primera sesión del grupo.
<input type="checkbox"/> D. No es necesario tener en cuenta los contenidos a trabajar, porque cualquier información es importante para los usuarios de drogas.
<input type="checkbox"/> E. Si se va a hablar de sexo, habrá que trabajar cuestiones relacionadas con éste.
<p>93.</p> <p>¿De qué manera debería trabajar los contenidos en los talleres de sexo más seguro?:</p>
<input type="checkbox"/> A. Utilizando materiales audiovisuales, fundamentalmente, que captan más la atención.
<input type="checkbox"/> B. Da lo mismo, lo importante es que se hable de ellos.
<input type="checkbox"/> C. A través de técnicas de dinámica de grupos específicas para los distintos contenidos.
<input type="checkbox"/> D. Con charlas adecuadas al nivel de lenguaje de los asistentes al grupo.
<input type="checkbox"/> E. A través de la asociación libre
<p>94.</p> <p>¿Qué formación debería procurarme si quiero poner en marcha un taller de sexo más seguro?:</p>
<input type="checkbox"/> A. Ninguna en especial. Trabajando en drogodependencias estoy capacitado/a para desarrollar cualquier tipo de intervención con usuarios de drogas.
<input type="checkbox"/> B. Debería saber sobre sexualidad.
<input type="checkbox"/> C. Sería importante tener conocimientos sobre uso y abuso de drogas, sexualidad, técnicas de dinámica de grupos, teoría sobre las variables asociadas al cambio de comportamientos y evaluación de programas.
<input type="checkbox"/> D. Debería conocer al grupo con el que voy a trabajar.
<input type="checkbox"/> E. Lo más importante son las técnicas para mover al grupo.
<p>95.</p> <p>¿Cómo debo llevar a cabo la evaluación del taller?:</p>
<input type="checkbox"/> A. Preguntando a los participantes qué es lo que han aprendido en el tiempo que duró el taller.
<input type="checkbox"/> B. No debo realizar ninguna evaluación especial, porque un clínico reconoce sin problemas los cambios en sus clientes.
<input type="checkbox"/> C. Debo pasar un cuestionario sobre satisfacción con el taller.
<input type="checkbox"/> D. Debería realizar una evaluación de impacto (midiendo los cambios que ha habido) y una de proceso (valorando la calidad del taller).
<input type="checkbox"/> E. Debo preguntar si han cambiado la conducta sexual.
<p>96.</p> <p>A la hora de diseñar un taller de sexo más seguro, ¿qué es lo más importante que tengo que tener en cuenta?:</p>
<input type="checkbox"/> A. Las características del grupo, los contenidos que voy a trabajar, la metodología que voy a utilizar y el diseño de la evaluación que voy a aplicar.
<input type="checkbox"/> B. Encontrar a la gente que va a participar en él.
<input type="checkbox"/> C. Tener en cuenta la disponibilidad de espacio en mi centro y mis horarios.
<input type="checkbox"/> D. Delimitar los contenidos a trabajar y cómo lo voy a hacer.
<input type="checkbox"/> E. Las características del grupo con el que voy a trabajar.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 2 – N.º 2 – 2000

CUESTIONES METODOLÓGICAS EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS	
31.	<p>El objetivo último de toda evaluación es:</p> <p>Respuesta: c) Aportar evidencia empírica que sea útil en el proceso de decisiones.</p> <p>Todas las respuestas refieren objetivos relacionados con un proceso evaluativo, pero el enunciado hace hincapié en el objetivo último, el principal, y éste es el expresado en la propuesta C: proporcionar evidencia útil para la toma de decisiones. Evaluamos para saber, y necesitamos saber para decidir.</p>
32.	<p>La pregunta: ¿el estudio es sensible para detectar si las variables covarian?, hace referencia a la validez:</p> <p>Respuesta: b) Estadística.</p> <p>La asociación empírica entre variables –covariación– es valorada a través de la herramienta de la estadística; la relación teórica y procedural es propia de los otros tipos de validez. Consultese la tabla I (Trastornos Adictivos 2000;2(2):102).</p>
33.	<p>La evaluación de una intervención sanitaria ha de basarse en un adecuado conocimiento:</p> <p>Respuesta: a) Del «estado del arte» de la patología a estudiar y de los métodos de investigación adecuados a las hipótesis de trabajo.</p> <p>Cuando evaluamos una intervención sanitaria buscamos evidencia que nos muestre su idoneidad para ser aplicada, pero al mismo tiempo, toda intervención sanitaria surge de la experiencia previa sobre el fenómeno al cual dirige sus objetivos. Sin un conocimiento claro de la patología que quiere tratarse, toda intervención seguiría un proceso de ensayo y error.</p>
34.	<p>Un valor de $p < 0,001$ nos indica:</p> <p>Respuesta: d) una pequeña probabilidad de que las diferencias o asociación entre variables sea debida al azar.</p> <p>Los valores de p son una medida de probabilidad, y en ningún caso una estimación de la asociación entre variables o de la magnitud del efecto. Asimismo, nos informa del riesgo que cometemos al rechazar una hipótesis de igualdad (H_0), y cuando este riesgo es menor del cinco por ciento ($\alpha \leq 0,05$), es decir, equivocarnos cinco veces o menos de cada cien, asumimos que las diferencias encontradas son reales y no debidas al azar. A pesar de ello, sigue existiendo un riesgo de equivocarnos, que, precisamente, es el indicado por el valor de p.</p>
35.	<p>El control de la validez de un estudio de evaluación/investigación vendrá dado por la utilización de lo(s) siguiente(s) recurso(s):</p> <p>Respuesta: e) A través de un conocimiento exhaustivo del área a investigar/evaluar, una aplicación adecuada del diseño de investigación y la utilización de la estadística como control secundario.</p> <p>Buscando un símil con la arquitectura: el conocimiento del área de investigación serían los planos que dan forma y dirigen la construcción, el diseño sería la estructura que permite la solidez de la obra, y las técnicas estadísticas serían las herramientas que hace posible ver la obra terminada. Una obra (investigación) ha de iniciarse por los cimientos y concluirse con los detalles periféricos.</p>
36.	<p>Cuando tenemos «p» variables dependientes (VD) de tipo cuantitativo y el objetivo es determinar las diferencias temporales entre esas VDs, la técnica estadística adecuada es:</p> <p>Respuesta: d) El MANOVA de medidas repetidas.</p> <p>Las soluciones A y E no son posibles dado que estas técnicas estadísticas solo aceptarían una única VD. La solución B es demasiado genérica, aunque posible, y la solución C incluye una comparación intersujetos, cuestión que no está especificada en el enunciado. La clave de la solución reside en atender a dos detalles del enunciado: nos habla de «varias» VDs y el contraste de las diferencias de esas variables a través del tiempo. Consultese la tabla V (Trastornos Adictivos 2000;2(2):111).</p>

INFLUENCIA DE LA HERENCIA GENÉTICA EN LAS DROGODEPENDENCIAS	
37.	<p>El origen multifactorial de las drogodependencias implica:</p> <p>Respuesta: d) Que en su origen intervienen tanto factores ambientales como la herencia genética.</p> <p>Hoy en día se considera que las drogodependencias son el resultado de la interacción de muchos genes (poligenia), cada uno con un efecto aditivo sobre los demás, además de los efectos del ambiente.</p>

38.	<p>El sistema dopaminérgico es importante en las drogodependencias porque:</p> <p>Respuesta: b) Forma parte de los circuitos de recompensa.</p> <p>Las vías mesolímbicas son las principales vías implicadas en los sistemas de recompensa. Estas vías utilizan como neurotransmisor la dopamina.</p>
39.	<p>De los estudios entre familiares de drogadictos se puede determinar:</p> <p>Respuesta: c) La transmisión familiar de la drogodependencia.</p> <p>Estos estudios sirven para investigar la genética de un carácter en las personas y cómo se transmite de una generación a otra.</p>
40.	<p>Los estudios con los marcadores (Taql, B1) de las variantes del gen del receptor para la Dopamina D₂ han demostrado:</p> <p>Respuesta: c) Sugieren que las variantes genéticas del receptor de la Dopamina D₂ podrían estar implicadas en el desarrollo de las drogodependencias.</p> <p>Un metaanálisis ha mostrado que parece existir una asociación entre estos genotipos y la elevada vulnerabilidad al abuso de sustancias. Estos autores también sugieren que estas variantes genéticas podrían tener un papel modulador sobre la preferencia de la droga a utilizar.</p>
41.	<p>En el alcoholismo:</p> <p>Respuesta: c) Los estudios de familias indican que los factores genéticos influyen en su origen.</p> <p>De los distintos estudios existentes se ha obtenido que las tasas de dependencia en familiares de sujetos alcohólicos son más elevadas que en los familiares de controles, que la incidencia de alcoholismo es mayor en gemelos monocigóticos que dicigóticos y por último que hay una mayor tasa de alcoholismo entre los familiares biológicos que en los familiares adoptados.</p>
42.	<p>Los estudios en modelos animales:</p> <p>Respuesta: c) Han implicado al receptor serotoninérgico-1B en las drogodependencias.</p> <p>Se ha demostrado que los ratones que carecen de receptor para la serotonina 1-B presentan una mayor sensibilidad al efecto de la cocaína valorado como incremento de la actividad locomotora y que están más motivados para autoadministrarse cocaína.</p>
43.	<p>La vía de administración de cocaína más frecuente entre los consumidores españoles es:</p> <p>Respuesta: c) Esnifada.</p> <p>Se conocen al menos dos patrones importantes de consumo de cocaína: la mayoría la consume vía intranasal (esnifada), de forma esporádica (fines de semana) y en cantidades moderadas; el otro patrón es minoritario, en la práctica reducido a personas heroínomanas, caracterizado por un consumo frecuente de cocaína en grandes cantidades por vía intravenosa o pulmonar. El uso intravenoso y pulmonar (funada) se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de dependencia que la utilización intranasal. A principios de la década de 1980 se produjo un importante aumento del consumo de cocaína (especialmente en forma de crack) en algunos países, sobre todo en USA. Como consecuencia, se alertó de un posible incremento en el consumo de cocaína-crak en nuestro país como prototipo de droga estimulante, barata y que no precisaba de administración parenteral (bajo riesgo de SIDA). Si bien el aumento se constató, no fue de la magnitud esperada y tampoco pareció popularizarse el crack. La vía digestiva es muy inusual. La formulación original de la Coca-Cola incluía cocaína al igual que otros tónicos y bebidas de finales del siglo XIX y comienzos del XX.</p>
44.	<p>La cocaína afecta a todos los siguientes sistemas de neurotransmisión, excepto:</p> <p>Respuesta: b) GABA (ácido gamma/aminobutírico).</p> <p>Desde un punto de vista neurofarmacológico, la cocaína afecta a diversos sistemas de neurotransmisión, especialmente a los dopaminérgicos (DA), noradrenérgicos (NA) y serotoninérgicos (5HT). La hipótesis DA tiene probablemente el mayor número de pruebas a su favor. La cocaína aumenta rápidamente la transmisión DA por bloqueo de la recaptación de DA y por el aumento de su síntesis. Este mecanismo en las vías DA mesocorticales y mesolímbicas es responsable del efecto altamente recompensador y euforizante de la cocaína. El uso repetido de cocaína provoca una rápida depresión presináptica de DA y una hipersensibilización de los receptores DA postsinápticos, con los efectos resultantes de tolerancia, disforia y deseo vehemente de droga (craving). La dependencia es la consecuencia de la tendencia a experimentar euforia y la tendencia a evitar la disforia producida por la cocaína. La cocaína tiene unos efectos neurofarmacológicos sobre la transmisión NA similares a los que provoca sobre la DA. Sin embargo, su significado sobre la conducta son menos claros ya que no parece que tengan relación con los efectos de recompensa de la cocaína. Desde otro punto de vista, la hiperfunción NA puede contribuir a los efectos tóxicos agudos de la cocaína. La cocaína produce una rápida depresión de 5HT por bloqueo de la recaptación y por disminución de la síntesis de esta sustancia. Esto provoca una pérdida de la función inhibitoria de la 5HT, precipitando los efectos estimulantes, euforizantes y de toxicidad aguda. Otros efectos colaterales menos estudiados de la neurofarmacología de la cocaína implican a la acetilcolina (AC), los canales de calcio, la feniletilamina y algunos pépticos endógenos como las endorfinas.</p>

45. ¿Cuál de éstos fármacos se ha mostrado más útil en el síndrome de abstinencia por cocaína?:

Respuesta: d) Amantidina.

La interrupción de la ingesta de cocaína no siempre provoca un cuadro de abstinencia específico, aunque tanto la anhedonia como el «craving» son frecuentes. Generalmente, el síndrome de abstinencia por cocaína aparece a las pocas horas o días después de la interrupción o disminución de un consumo elevado y prolongado, evolucionando en tres fases: una fase aguda de depresión y fatiga acompañada a veces de ideación suicida; una fase intermedia de malestar creciente en forma de depresión, ansiedad, anhedonia, alteraciones del sueño, aumento de apetito y retraso psicomotor, por último, una fase de extinción de los síntomas que puede durar de una a diez semanas. El tratamiento es sintomático y de soporte, no existiendo fármacos realmente testados como eficaces, aunque algunos pacientes pueden responder a la amantidina (100 mg dos veces/día) y la bromocriptina (2,5 mg dos veces/día).

46. ¿Cuál de estos síntomas no es característico de la intoxicación por cocaína?

Respuesta: a) Miosis.

La intoxicación por cocaína incluye tanto síntomas psicológicos o comportamentales desadaptativos como signos físicos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína entre los que se incluyen taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudoración o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas y confusión, crisis convulsivas, discinesias, distonías o coma.

47. ¿Cuál de entre las siguientes parece la medida más aconsejable en el tratamiento de los pacientes con dependencia por cocaína?

Respuesta: e) Abordaje ambulatorio intensivo centrado en la abstinencia.

Un plan de tratamiento individualizado que incluya educación, tratamientos psicosociales, atención a las intoxicaciones y cuadros de abstinencia, y tratamientos farmacológicos para las complicaciones psiquiátricas es junto a los objetivos de abstinencia y prevención de recaídas el mejor ofrecimiento que en la actualidad puede darse a los pacientes con dependencia de la cocaína. Aunque la mayoría de los pacientes adictos a la cocaína pueden ser tratados en régimen ambulatorio la elección puede estar supeditada a las características clínicas del paciente, sus preferencias, las necesidades intrínsecas del tratamiento elegido y la disponibilidad de las alternativas terapéuticas.

48. En relación con la cocaína, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

Respuesta: d) La butirilcolinesterasa es un tratamiento farmacocinético.

A pesar de que numerosos estudios han demostrado resultados alentadores de diferentes fármacos, lo cierto es que no se dispone de ninguno totalmente eficaz en el tratamiento de la dependencia de cocaína. Quizás por esta razón, el tratamiento farmacológico no es una alternativa de primera línea y se reserva para los casos severos o que no responden a los tratamientos psicosociales. La abstinencia de cocaína generalmente no se acompaña de un síndrome físico tan grave como el que provocan la heroína o el alcohol. La estrategia terapéutica mediante tratamientos farmacocinéticos consiste en aumentar la actividad enzimática y acelerar el metabolismo y eliminación de la cocaína circulante en sangre periférica antes de su paso al sistema nervioso central, evitando así los efectos emocionales y conductuales de la cocaína. La butirilcolinesterasa es una de las más importantes enzimas del metabolismo de la cocaína. La inmunoterapia en el tratamiento de la dependencia de cocaína es un tratamiento experimental reciente. La idea consiste en provocar una respuesta inmunitaria (anticuerpos anticocaina) que bloquee los efectos cerebrales de la cocaína impidiendo su entrada en el sistema nervioso central. Los anticuerpos anticocaina son producidos en respuesta a la exposición a una vacuna de cocaina específica. La vacuna se consigue con técnicas similares a la vacuna de la gripe. La cantidad de anticuerpos aumenta con las dosis de recuerdo de la vacuna y puede durar más de un año. Freud por razones diversas era adicto a la cocaína, en parte por sus propias investigaciones sobre el efecto analgésico y anestésico de la cocaína (1884-1885) como también por el uso al que se vio obligado al padecer varias intervenciones quirúrgicas y fuertes dolores por un cáncer oral (1923).

LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

49. La Educación para la Salud en el ámbito escolar:

Respuesta: b) Está integrada en el Proyecto curricular del centro.

En nuestro actual sistema educativo (LOGSE) la Educación para la Salud está integrada en los temas transversales al currículo de todos los niveles y etapas educativas.

50. El concepto de salud adoptado por las escuelas promotoras de salud:

Respuesta: d) Está basado en un modelo social de salud.

Porque se considera que es tan importante la organización global de la escuela como los aspectos individuales de todos los que estudian y trabajan en la misma.

<p>51. Una escuela promotora de salud es aquella que:</p>	<p>Respuesta: c) Pretende facilitar a la comunidad educativa la adopción de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud.</p> <p>Porque resalta la importancia de hacer de la escuela un entorno físico y psicosocial saludable y seguro.</p>
<p>52. La prevención de drogodependencias en el ámbito educativo:</p>	<p>Respuesta: c) Es necesario trabajarla a lo largo de toda la escolaridad.</p> <p>Porque ha de contribuir al desarrollo personal y social del alumno.</p>
<p>53. Trabajar la prevención de las drogodependencias desde el marco de la Escuela promotora de Salud, tiene como finalidad:</p>	<p>Respuesta: d) Capacitar a los jóvenes para la acción y la gestión del riesgo.</p> <p>Porque sólo así pueden influir en su propia vida y en la sociedad en la que van a vivir.</p>
<p>54. La Red europea de escuelas promotoras de salud:</p>	<p>Respuesta: c) Ofrece un modelo de trabajo en el campo de la promoción de la salud.</p> <p>Porque todas las escuelas tienen que asumir los criterios fijados por las tres organizaciones que sustentan el Proyecto (CUE/UE/OMS-Secretaría para Europa).</p>

LA ESCUELA COMUNITARIA ANTE LA CUESTIÓN DEL ALCOHOL	
<p>55. En relación a la carta Europea sobre el Alcohol:</p>	<p>Respuesta: e) Todas las afirmaciones anteriores son ciertas</p> <p>Todos los enunciados señalados se encuentran incluidos dentro de la Carta Europea sobre el Alcohol.</p>
<p>56. De entre los siguientes enunciados cual no es un factor de riesgo que puede contribuir a que aparezca el abuso de alcohol en los adolescentes:</p>	<p>Respuesta: e) Satisfacción en la vida.</p> <p>Entre los factores de riesgo que parecen directamente relacionados con la probabilidad del abuso de alcohol se encuentra la insatisfacción en la vida.</p>
<p>57. Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de las tareas puede desarrollar la escuela en la educación sobre el alcohol no es correcta:</p>	<p>Respuesta: c) Evitar informar sobre los recursos de la comunidad para ofrecer respuestas a los problemas de alcohol.</p> <p>Entre las tareas que corresponden al sistema educativo se encuentra la de orientar sobre los recursos de la comunidad para ofrecer respuesta a los problemas de alcohol.</p>
<p>58. En relación a la prevención propiamente dicha (educación primaria), cual de las siguientes actividades no se incluye este ámbito de intervención:</p>	<p>Respuesta: b) La autoexploración.</p> <p>La autoexploración no es una actividad incluida dentro de la educación primaria.</p>
<p>59. Cuál de los siguientes aspectos permite tener una estimación lo más objetiva posible sobre el fenómeno del alcohol:</p>	<p>Respuesta: e) Todas las anteriores son correctas.</p> <p>El conocimiento de todos los factores indicados contribuye a tener una valoración del fenómeno del alcohol.</p>
<p>60. Como pistas de un posible problema alcohólico en el adolescente se pueden tener en cuenta los siguientes aspectos, excepto:</p>	<p>Respuesta: a) Creciente interés por el sexo.</p> <p>El interés por las relaciones sexuales no está relacionado con posibles problemas con el alcohol.</p>