



# Autoevaluación y Formación Continuada en



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 5 - N.º 4 - 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 photocopies) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a SET. *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

## DE METADONA A BUPRENORFINA. LA INDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

**91.** La acción de la buprenorfina sobre los receptores mu se debe a que presenta:

- A. Alta afinidad por los receptores mu y moderada actividad intrínseca sobre ellos.
- B. Baja actividad por los receptores mu y alta actividad intrínseca sobre ellos.
- C. No presenta ninguna afinidad por los receptores mu aunque sí tiene una actividad parcial intrínseca sobre ellos.
- D. Alta afinidad por los receptores mu e intensa actividad intrínseca sobre ellos.
- E. Baja actividad por los receptores mu y baja actividad intrínseca sobre ellos.

**92.** La buprenorfina:

- A. Desplaza parcialmente a la metadona del receptor opiáceo mu, pudiendo precipitar síntomas de abstinencia a opiáceos.
- B. Desplaza a la metadona del receptor opiáceo kappa, pudiendo precipitar síntomas de abstinencia a opiáceos.
- C. No desplaza a la metadona del receptor opiáceo mu, ni precipita síntomas de abstinencia a opiáceos.
- D. Desplaza a la metadona del receptor opiáceo mu no precipitando síntomas de abstinencia a opiáceos.
- E. No desplaza a la metadona del receptor opiáceo mu, pero puede precipitar síntomas de abstinencia a opiáceos.

**93.** ¿Cuál debería ser la dosis de metadona previa al cambio a buprenorfina para disminuir la precipitación de síntomas de abstinencia?

- A. Dosis de metadona < 60 mg.
- B. Dosis de metadona de 50-60 mg.
- C. Dosis de metadona de 30-40 mg.
- D. Dosis de metadona < 30-40 mg
- E. c y d son correctas.

**94.** En un paciente en tratamiento con metadona, ¿cuánto tiempo hay que esperar para dar la primera dosis de buprenorfina? (tiempo SAO esperado):

- A. 24 h mínimo.
- B. 24-48 h tras una dosis de metadona < 40mg.
- C. 48-96 h después de una dosis de metadona > 40mg.
- D. Tras la aparición de los primeros síntomas de abstinencia.
- E. Todas son correctas.

**95.** Tras la primera dosis de buprenorfina, ¿cuánto tiempo tardan en aparecer síntomas de abstinencia precipitados? (SAO precipitado):

- A. No hay tiempo fijo.
- B. No siempre aparecen.
- C. Aproximadamente de 1-4 h tras la dosis inicial.
- D. b y c son correctas.
- E. Ninguna es correcta.

**96.** Los síntomas de abstinencia precipitados tras la primera dosis de buprenorfina suelen ser:

- A. De gran intensidad y duran 24 h.
- B. De moderada intensidad y no duran más de 12 h.
- C. De intensidad variable y duran de 12 a 24 h.
- D. No está claro la intensidad de los síntomas ni la duración de éstos.
- E. De moderada intensidad y duran más de 24 h.

**TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN CON BUPRENORFINA (SUBUTEX):  
MODELO DE APLICACIÓN DE UNA EXPERIENCIA PILOTO  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**97.** La buprenorfina:

- A. Es un opiáceo artificial.
- B. Es un opiáceo natural.
- C. Es un opiáceo semisintético.
- D. Es un opiáceo endógeno.
- E. Es un opiáceo natural y endógeno.

**98.** En la clasificación de opiáceos, la buprenorfina:

- A. Es un agonista total.
- B. Es un agonista parcial.
- C. Es un antagonista.
- D. Todas son correctas.
- E. Ninguna es correcta.

**99.** La buprenorfina puede utilizarse:

- A. Como analgésico.
- B. Para el tratamiento del dolor agudo y crónico
- C. Como analgesia perioperatoria.
- D. Para consumidores de heroína.
- E. Todas son correctas.

**100.**

- Las dosis de buprenorfina utilizadas para mantenimiento de la adicción a opiáceos:
- A. Son menores que las usadas en analgesia.
  - B. Son mayores que las usadas en analgesia.
  - C. Son iguales que las usadas en analgesia.
  - D. Nunca deben superar los 32 mg.
  - E. La b y la d son correctas.

**101.**

- La buprenorfina puede ser administrada:
- A. Sólo vía oral.
  - B. Sólo vía sublingual.
  - C. Sólo intramuscular.
  - D. Sólo subcutánea o intravenosa.
  - E. Puede ser administrada en cualquiera de las vías anteriormente expuestas.

**102.**

- ¿Por cuál de estas vías de administración la buprenorfina es más eficaz?
- A. Oral.
  - B. Sublingual.
  - C. Intramuscular o intravenosa.
  - D. Subcutánea.
  - E. Las más eficaces son la oral o sublingual.

#### **EXPERIENCIA CON BUPRENORFINA EN FRANCIA**

**103.**

- ¿En qué año fue aprobada por la Agencia del Medicamento Francés la buprenorfina?:
- A. 1994.
  - B. 1995.
  - C. 1996.
  - D. 1997.
  - E. 1998.

**104.**

- En relación con la prescripción de la buprenorfina en Francia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?:
- A. Cualquier médico puede prescribir buprenorfina.
  - B. Cualquier farmacia puede dispensar buprenorfina.
  - C. No hay requisitos de ninguna clase sobre el entrenamiento especializado que tenga que darse para que el médico pueda comenzar a prescribir buprenorfina.
  - D. No hay requisitos de ninguna clase sobre el entrenamiento especializado que tenga que darse a los farmacéuticos para comenzar a prescribir buprenorfina.
  - E. Las farmacias no pueden supervisar la administración de la buprenorfina, ni incluso bajo indicación del médico.

**105.**

- En relación con la sintomatología de abstinencia a opiáceos del recién nacido de madres tratadas con metadona y/o buprenorfina, ¿cuál de las afirmaciones siguientes es correcta?:
- A. La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue menos frecuente.
  - B. La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue más frecuente.
  - C. La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue más intensa.
  - D. La abstinencia en los casos de madres tratadas con buprenorfina fue de mayor duración.
  - E. Las opciones b, c y d son correctas.

**106.** En relación con los casos de presuntas muertes relacionadas con la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?:

- A. En 136 de los 137 casos se detectó algún otro depresor del sistema nervioso central (SNC) junto a la buprenorfina.
- B. Por término medio se detectaron más de tres sustancias junto a la buprenorfina.
- C. El grupo de sustancias más frecuentemente encontrado con la buprenorfina fueron las benzodiacepinas.
- D. Cannabis se detectó en el 50% de los casos junto a buprenorfina.
- E. El riesgo de mortalidad atribuida a buprenorfina y metadona es similar.

**107.** ¿Cuál de los siguientes efectos adversos no son frecuentemente comunicados en casos de uso intravenoso de buprenorfina?:

- A. Abscesos.
- B. Neuritis óptica.
- C. Infección por *Candida albicans*.
- D. Isquemia arterial.
- E. Infarto cerebral.

**108.** ¿Cuál ha sido el efecto adverso más frecuente referido en niños que accidentalmente han tomado buprenorfina?:

- A. Euforia.
- B. Somnolencia.
- C. Agitación psicomotriz.
- D. Depresión respiratoria.
- E. Arritmias ventriculares.

#### **PERCEPCIONES Y OPINIONES DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL**

**109.** La mayoría de los médicos siguen obviando la incorporación del cribado de abuso de alcohol de modo rutinario en su práctica clínica. ¿Cuáles son las principales razones?:

- A. La capacitación del médico.
- B. Insuficiencia de habilidades de manejo.
- C. Actitudes de aceptación del consumo de alcohol.
- D. Son ciertas a y b.
- E. Todas son ciertas.

**110.** La detección del consumo de alcohol en nuestro medio suele realizarse principalmente mediante:

- A. Búsqueda oportunística.
- B. Cribado efectivo.
- C. Indistintamente mediante búsqueda oportunística y cribado efectivo.
- D. Campañas poblacionales.
- E. Sólo a través de la patología subyacente.

**111.** La principal razón aducida por el médico de APS para no realizar intervenciones más importantes en materia de consumo de alcohol es:

- A. La escasez de tiempo.
- B. La falta de colaboración con otros niveles asistenciales.
- C. La falta de formación adecuada.
- D. El exceso de demanda asistencial.
- E. Ninguna de las anteriores.

**112.** Son fundamentales para potenciar la APS como pilar básico en el manejo de los PRA todos los siguientes, excepto:

- A. Potenciar actitudes paternalistas en el médico de APS.
- B. Formación específica.
- C. Mejorar las habilidades del médico.
- D. Fomentar una actitud positiva hacia el manejo de los PRA.
- E. Instruir en el consejo breve o mínimo en cuanto al consumo de alcohol.

**113.** Señala la respuesta correcta:

- A. España es una de las primeras potencias mundiales en la producción de alcohol.
- B. España es una de las primeras potencias mundiales en el consumo de alcohol.
- C. El consumo anual de alcohol en España en la década de los noventa se sitúa próximo a los 12 l.
- D. Sólo son correctas a y b.
- E. Son correctas a, b y c.

**114.** El consumo de alcohol afecta:

- A. Sólo al área biológica.
- B. Sólo al área psíquica.
- C. Sólo al área social.
- D. Sólo al área fisicopsíquica.
- E. Al área biopsicosocial.

### **EMOCIONES, MOTIVACIÓN Y TRASTORNOS ADICTIVOS: UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL**

**115.** Las funciones básicas de las emociones se caracterizan por:

- A. Ser motivadoras.
- B. Activar múltiples sistemas cerebrales.
- C. Mantener la curiosidad.
- D. a, b y c son ciertas.
- E. a, b y c son falsas.

**116.** En relación a las emociones, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

- A. Sirven para comunicarse.
- B. Bloquean la memoria, sobre todo las emociones básicas.
- C. Desempeñan un papel importante en el proceso de razonamiento.
- D. Además de motivar, activan sistemas en general.
- E. Además de motivar mantienen la curiosidad.

**117.** Entre las áreas cerebrales que intervienen en las emociones destacan:

- A. La amígdala.
- B. La corteza orbitofrontal.
- C. El hemisferio derecho.
- D. El hemisferio izquierdo.
- E. Todas ellas.

118. La transmutación y la tergiversación en la motivación:

- A. Se basan en la necesidad de promover nuestros intereses materiales.
- B. Se basan en la necesidad de dar una imagen positiva de sí mismo.
- C. Se basan en evitar el desprecio, la culpa y la vergüenza.
- D. Las tres primeras son ciertas.
- E. Las tres primeras son falsas.

119. La adicción se explica por cualquiera de los siguientes razonamientos, excepto por uno:

- A. Se relaciona con un trauma llamado «estadio del espejo roto».
- B. La dimensión causalidad se relaciona con la autoestima.
- C. Es el resultado de una progresiva hiposensibilización de sistemas neuronales.
- D. Tras una trasgresión de la abstinencia se produce una reacción de conflicto-culpa.
- E. El estrés tiene relación con la posible recaída.

120. ¿Qué respuesta no cree idónea entre las siguientes?:

- A. Se han descrito siete funciones básicas entre las emociones.
- B. No hay unanimidad entre si las emociones son universales e invariables.
- C. Las emociones bloquean de forma total las relaciones sociales y con el entorno.
- D. Las emociones pueden considerarse, a un nivel mínimo, como las respuestas a las recompensas y castigos.
- E. Distintos aspectos de cada emoción dependen de sistemas neuronales diferentes aunque solapados.

### FE DE ERRATAS

En el pasado número de Trastornos Adictivos (Trastornos Adictivos 2003;5(3):256-268), se publicó el artículo de Alcohol y Neuropsicología, en el que por error la referencia número 76, aparece como:

– Gusella JL, Fried PA, Language skills damage easily from light social drinking. Neurobehavioral Toxicology and Teratology 1984;6:13-17.

cuando es en realidad:

– Gusella JL, Fried PA. Effects of maternal social drinking and smoking on offspring at 13 months. Neurobehavioral Toxicology and Teratology 1984;6:13-17.

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 5 - N.º 3 - 2003

## ASPECTOS GENÉTICOS DEL ALCOHOLISMO

- 61.** Parte de las dificultades que aparecen en el análisis genético del alcoholismo están relacionadas con:  
 Respuesta: a) Corresponden a un carácter con un patrón de herencia compleja.  
 Se trata de un carácter con un patrón de herencia compleja, en cuyo desarrollo puede participar todo un conjunto de genes, cuya influencia puede variar para cada caso.
- 62.** Cuál de las siguientes características de los correspondientes alelos podría implicar un aumento de la presencia de alcohol en el organismo:  
 Respuesta: b) Una disminución en la actividad de la ADH.  
 La disminución en la actividad de la ADH disminuiría la velocidad de conversión de etanol a acetaldehido.
- 63.** La asociación postulada para uno de los polimorfismos 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 .  
 Respuesta: d) El aumento de las concentraciones de dopamina en el espacio extracelular en los heterocigotos.  
 El que los heterocigotos tengan un menor número de transportadores de dopamina, disminuye la velocidad de recaptación de este neurotransmisor por las neuronas dopamínergicas. Esto prolongará el tiempo de permanencia en el espacio extracelular de estos individuos, lo que podría contribuir a un aumento de refuerzo positivo.
- 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 (A2/A2, B2/B2, G/G) es una demostración de:  
 Respuesta: e) La importancia de la utilización de estudios genéticos más complejos.  
 El estudio de enfermedades poligénicas, como el alcoholismo, en las que cada uno de los genes puede tener contribuciones diferentes, que a su vez van a ser influidas por el entorno, parece requerir abordajes más complejos de los que han sido utilizados hasta ahora.
- 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:  
 Respuesta: a) La interacción genes/entorno.  
 Estamos ante un ejemplo de cómo los homocigotos para el alelo A1 del receptor DRD2 muestran mayor vulnerabilidad a un efecto ambiental como sería la situación de desempleo de la población hondureña objeto de estudio.
- 66.** El que el polimorfismo A118G implique una variación en la afinidad del receptor (por la  $\beta$ -endorfina produce un aumento de la inhibición tónica del eje de estrés en los portadores del alelo más frecuente, por lo que la naloxona induce una expresión mayor de la actividad de este eje, lo cual podría implicar:  
 Respuesta: c) Un aumento de la liberación de ACTH.  
 Al ser mayor la disminución de la liberación de ACTH, cuando la  $\beta$ -endorfina se une al alelo con mayor afinidad por este péptido, el bloqueo ejercido por la naloxona sobre el receptor (daría lugar a un aumento de la liberación de ACTH).

## USO DE BUPRENORFINA EN LA DESINTOXICACIÓN DEL MANTENIMIENTO CON METADONA

**67.** Cuál es la acción de la buprenorfina sobre los receptores (:

Respuesta: d) Es un agonista parcial.

La buprenorfina tiene una actividad agonista parcial sobre receptores (, 30 veces más potente que la morfina.

**68.** Sobre cuál de los siguientes receptores opiáceos no tiene efecto la buprenorfina:

Respuesta: b) (.

La buprenorfina tiene una actividad agonista parcial sobre receptores (; una baja afinidad con agonismo débil sobre receptores (; antagoniza los receptores ( y carece de actividad sobre el receptor (.

**69.** Son posibles indicaciones de uso de la buprenorfina:

Respuesta: e) Todas las anteriores.

La buprenorfina es analgésico potente, útil ante cualquier dolor agudo y que por su perfil de bajos efectos secundarios y larga duración de acción puede recomendarse en el tratamiento prolongado del dolor crónico canceroso. Además, se está utilizando tanto en tratamientos de desintoxicación como de mantenimiento de pacientes adictos a opiáceos.

**70.** Con relación a los efectos secundarios de la buprenorfina, señalar la falsa:

Respuesta: b) La depresión respiratoria es rápidamente reversible con naloxona.

La depresión respiratoria es sensible a dosis de 5-10 mg de naloxona pero no mediante el efecto inmediato de la morfina y otros opiáceos, sino una reversión retardada que alcanza el máximo 3 h después de la administración.

**71.** En cuanto a la metadona no es cierto que:

Respuesta: e) La desintoxicación de un PMM entraña riesgo vital.

La metadona es un típico agonista opiáceo (, con efectos parecidos a la morfina. Su  $V_{diss}$  de 24 h se prolonga cuando se administra de forma crónica, alcanzando en ocasiones 56 h. La buena absorción oral y la unión a tejidos corporales contribuyen a mantener las concentraciones sanguíneas bastante estables. La desintoxicación de opiáceos, metadona u otros, no entraña riesgo vital en personas sanas.

**72.** El uso de buprenorfina en la desintoxicación de metadona:

Respuesta: e) Todas son ciertas

Con dosis de metadona por encima de 50 mg/día, la buprenorfina no controla los síntomas de abstinencia. No existe acuerdo sobre las dosis y tiempo de reducción de la buprenorfina, pero la mayoría de los autores utilizan dosis que oscilan entre 0,6 y 6 mg/día y las reducen a lo largo de 3 a 10 días.

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

**73.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

Respuesta: 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.

No se ha podido llegar a delimitar el concepto de personalidad adictiva, aunque se han identificado rasgos que aparecen con mayor frecuencia en estas poblaciones. El sesgo de Berson apunta a que la existencia de dos trastornos incentiva la búsqueda de tratamiento. No hay acuerdo en las cifras de prevalencia de los trastornos de personalidad en adictos, aunque sí en que el TP antisocial es el más frecuentemente diagnosticado, si bien se ha criticado que muchas muestras están recogidas en hospitales y prisiones, lo que podría elevar artefactualmente las cifras de prevalencia.

**74.** Según los datos obtenidos en el estudio, el patrón de personalidad que predice con más exactitud la dificultad de manejo es:

Respuesta: a) El autodestructivo.

Según los datos obtenidos en este estudio, es el patrón autodestructivo el único capaz de predecir una mayor dificultad de manejo por los profesionales. Ni el resto de patrones, ni variables como la droga que motiva la demanda, el sexo, la edad, el tiempo de consumo o la edad en que éste se inició, son capaces de predecir dificultad.

75.	<p>La mayor prevalencia de rasgos antisociales en Comunidad Terapéutica Profesional está justificada por: Respuesta: c) Criterios de indicación y derivación.</p>
	<p>Los criterios de derivación establecidos en múltiples programas, y en concreto en el Plan Municipal contra las Drogas de Madrid, apuntan a la necesidad de ofrecer recursos estructurados e intensivos a las personas en las que predominan estos rasgos; y los estudios de seguimiento ratifican que estos sujetos evolucionan más favorablemente en estos dispositivos en los que la convivencia permite la asunción de las normas sociales como algo no ajeno, mediante un proceso educativo.</p>
76.	<p>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:</p>
	<p>Respuesta: b) La vía de la defensa del yo.</p>
	<p>Verheul, tras una revisión, propone que los trastornos de la personalidad actúan como precipitantes de las conductas adictivas por desinhibición, reducción del estrés o por sensibilización de las vías neuronales que se relacionan con los mecanismos de recompensa.</p>
77.	<p>La dificultad percibida por los profesionales en el manejo de personas con patrones autodestructivo, límite, histriónico y evitativo, puede estar relacionada con alguno de los siguientes rasgos característicos de cada patrón:</p>
	<p>Respuesta: e) Todas las anteriores son ciertas.</p>
	<p>Todos los rasgos descritos se corresponden con cada trastorno o patrón de conducta. El trabajo hipotetiza que estos rasgos (nucleares en cada trastorno o patrón) u otros muy relacionados, serían la causa de que los sujetos que los presentan ofrezcan más dificultades de manejo para los profesionales que los evalúan.</p>
78.	<p>La utilización de instrumentos (cuestionarios o entrevistas) que evalúen la personalidad (sana o patológica) de los adictos que reclaman tratamiento, tienen la utilidad de:</p>
	<p>Respuesta: b) Simplificar el diagnóstico clínico y el análisis funcional de la conducta en tanto que ofrecen una información agrupada que puede orientar a ambos.</p>
	<p>Las entrevistas clínicas semi o estructuradas y los cuestionarios de autoinforme, aunque presentan importantes dificultades y limitaciones, son instrumentos de utilidad en la práctica clínica porque simplifican y complementan otros métodos sin llegar a tener la capacidad de suplantarlos. Ambos pueden aportar información estructurada que oriente el diagnóstico clínico y propongan un punto de partida y una guía al análisis funcional de la conducta. Y tal complementariedad se obtiene con un bajo coste en tiempo. No son admisibles las posturas que desacreditan a estos métodos por su baja fiabilidad, por la existencia de sesgos o adulteraciones en las respuestas: el entrenamiento en el uso de entrevistas y cuestionarios puede permitir al clínico estar al tanto de ellos y cribar la información relevante.</p>

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

79.	<p>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:</p>
	<p>Respuesta: c) La atención selectiva que uno y otro método presentan a las conductas manifiestas y a los rasgos de personalidad.</p>
	<p>Messina et al han estudiado las comunalidades y diferencias entre métodos como la entrevista SCID-II y el cuestionario MCMI-II y han concluido que ambas comparten una porción muy pequeña de varianza, porque la primera se centra en las conductas manifiestas de los sujetos (p. ej., transgresiones normativas, actividades delictivas) mientras que el segundo explora las disposiciones personales que subyacen a tales conductas (rasgos de personalidad patológica). Ambos métodos, en el momento actual, han de ser complementarios para un correcto diagnóstico.</p>
80.	<p>En el momento actual, se entiende la personalidad como:</p>
	<p>Respuesta: d) El patrón complejo de características psicológicas estables que surgen de una complicada matriz biológica y de aprendizajes del sujeto, en constante interacción.</p>
	<p>En el estado actual de conocimientos, se conceptúa la personalidad como un complejo entramado de interacciones entre factores biológicos, con un sustrato genético y su expresión estructural y funcional, y el conjunto de aprendizajes realizados por el individuo a lo largo de su proceso de desarrollo, de modo que los primeros dirigen a los segundos y los segundos modifican a los primeros en un proceso que no concluye con la madurez, sino que se prolonga durante toda la vida de los individuos.</p>

**81.**

La modificación de los patrones disfuncionales de conducta debe realizarse:

Respuesta: d) Combinando intervenciones farmacológicas y terapia de modificación de conducta.

Si consideramos que la personalidad surge de la interacción entre factores biológicos (neurológicos, metabólicos) y factores de aprendizaje, los patrones disfuncionales deberán ser abordados desde esta doble perspectiva. Contamos en la actualidad con fármacos adecuados para la modificación o modulación de los sistemas de neurotransmisión, por ejemplo, así como con estrategias terapéuticas que han demostrado su utilidad, como las propuestas por Beck y por Linehan, por ejemplo.

**82.**

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:

Respuesta: c) MCMI-II

El MCMI es el cuestionario elaborado por Millon a partir de su teoría biosocial de los trastornos de personalidad. Desde el enfoque estructural polítmico, el cuestionario explora 13 patrones disfuncionales de conducta referidos a la clasificación DSM-III-R, aunque propone, además, otros patrones que deben ser objeto de estudio en clasificaciones futuras. Recientemente, el autor ha publicado el MCMI-III teniendo ya como referencia la clasificación DSM-IV.

**83.**

Los trastornos de personalidad más frecuentemente asociados al consumo de sustancias, a tenor de la literatura disponible, son:

Respuesta: a) El límite y el antisocial.

Los trastornos antisocial y límite son los más frecuentemente diagnosticados en población adicta que solicita tratamiento. Además, el consumo de sustancias presenta elevadas cifras de prevalencia en los sujetos que son diagnosticados de estos trastornos.

**84.**

En cuanto a las relaciones etiológicas entre los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias:

Respuesta: e) Existe un acuerdo en el campo de la investigación en considerar que las relaciones etiológicas entre ambos pueden producirse en ambas direcciones.

Aunque en la actualidad parecen cobrar fuerza las hipótesis según las cuales los trastornos de personalidad serían factores etiológicos para la instauración de conductas adictivas, también se cuenta con estudios que muestran cómo el consumo de sustancias modifica, al menos sintomatológicamente, la expresión de tales desórdenes. Algunos estudios también proponen la independencia de ambos. A tenor de los datos disponibles es preciso seguir considerando la doble interacción, aunque se trata de un campo de intensa investigación en el momento actual, que en breve posiblemente nos ofrezca hallazgos de gran interés.

## ALCOHOL Y NEUROPSICOLOGÍA

**85.**

En referencia a la toxicidad neuronal a causa del consumo excesivo de alcohol:

Respuesta: d) A y C son ciertas.

Los datos con que actualmente se cuenta indican que la toxicidad del etanol hace referencia tanto a conexiones neuronales y células gliales, como a cuerpos neuronales. Sin embargo las concentraciones bajas de N-acetil-aspartato revierten con la abstinencia, y la sustancia blanca es más sensible a la toxicidad del etanol que la gris.

**86.**

Las alteraciones neuropsicológicas ligadas al consumo de alcohol (Señalar la falsa):

Respuesta: b) Sólo se producen tras años de una ingesta abusiva de larga evolución.

Existen datos indicativos de que la ingesta abusiva de alcohol durante períodos relativamente cortos de tiempo produce alteraciones neuropsicológicas evaluables mediante las pruebas pertinentes.

**87.**

El *blackout*, o laguna alcohólica:

Respuesta: e) Todas son ciertas.

El *blackout* es un episodio de amnesia anterógrada transitoria en la que la «laguna» alcohólica hace referencia a acontecimientos producidos tras la ingesta de alcohol. Es habitual en alcohólicos, pero no aparece necesariamente en este tipo de poblaciones ni es exclusivo de éstas.

**88.** Cuál de las siguientes alteraciones son indicativas de afectación frontal (señalar la falsa):

Respuesta: a) Alteraciones en la motricidad.

Las alteraciones en la motricidad se ligan a afectación cerebelosa.

**89.** El policonsumo de determinadas sustancias afecta al rendimiento neuropsicológico de los sujetos, especialmente cuando el consumo conjunto se refiere a:

Respuesta: c) Alcohol y cocaína.

Los estudios referidos a policonsumo de sustancias subrayan que el consumo de alcohol y cocaína produce alteraciones neuropsicológicas graves.

**90.** En referencia al consumo de alcohol durante el embarazo:

Respuesta: e) Todas son ciertas.

Los déficit en el crecimiento uterino y posnatal y las alteraciones conductuales, de funcionamiento ejecutivo y de memoria y aprendizaje son características de niños expuestos prenatalmente al alcohol, ya se trate de cuadros completos de síndrome alcohólico fetal o de patrones de afectación menos graves. En cualquier caso no existe una dosis que garantice la seguridad del feto durante el embarazo, por lo que el consumo de alcohol durante la gestación está contraindicado.