



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SNS

Volumen 6 - N.º 3 -

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 *Trastornos Adictivos*. Ref.: Formación Continuada. C/ Juan Llorens, 20, puerta 4. 46008 Valencia.

SIGNOS FÍSICOS DEL USO DE DROGAS INYECTABLES ENTRE DEFUNCIONES DE LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

64. El porcentaje del total de defunciones encontradas en Ciudad Juárez (México), con signos físicos de uso de drogas inyectables fue:

- A. 5,2 %
- B. 6,5 %
- C. 18,8 %
- D. 8,2 %
- E. 23,7 %

65. Las defunciones en las que aparecen signos físicos de uso de drogas inyectables aparecen con más frecuencia:

- A. En varones del grupo de edad de 40-50 años.
- B. En mujeres adolescentes.
- C. En varones jóvenes (edad de 15 a 24 años).
- D. En ancianos varones.
- E. En mujeres de 40 a 50 años.

66. La mayor proporción de causas de muerte entre el total de las defunciones analizadas corresponde a:

- A. Suicidios y accidentes.
- B. Lesiones y suicidios.
- C. Accidentes y homicidios.
- D. Causas médicas.
- E. Homicidios y suicidios.

67. Las 3 principales causas de muerte entre los fallecidos en los que se encontraron signos físicos de uso de drogas intravenosas fueron:

- A. Causas cardiovasculares, sida, suicidio.
- B. Accidentes, suicidio y homicidio.
- C. Homicidio, causas hepáticas, enfermedades infecciosas.
- D. Suicidio, accidentes y causas cardiovasculares.

- E. Problemas psiquiátricos, accidentes, causas hepáticas.

6.8. Casi la mitad de las causas de defunción se agruparon como de causa externa. ¿Cuál fue la causa externa predominante?:

- A. Accidentes de tráfico.
 B. Sida.
 C. Envenenamiento accidental (sobredosis).
 D. Homicidios.
 E. Suicidios.

6.9. Al analizar la mortalidad por lesiones de causa externa (LCE) entre las defunciones de Ciudad Juárez (México).

- A. La mayor proporción de defunciones tenían presencia de signos físicos de uso de drogas intravenosas (SFUDI).
 B. La mayor proporción de defunciones no tenían presencia de SFUDI.
 C. No se constató la presencia de SFUDI entre los fallecidos.

- D. La mayor proporción de defunciones con SFUDI no ocurrió por una lesión de causa externa.
 E. La mayoría de las defunciones con SFUDI lo fue por sida.

UN MODELO DE TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN ADICCIONES

70. Los informes Task Force:
- A. Son revisiones sobre los tratamientos en adicciones.
 - B. Son informes que evalúan la abstinencia de los pacientes en tratamiento.
 - C. Son informes sobre la eficiencia relacionada con la terapia psicológica.
 - D. Son informes sobre evaluación de la eficacia de la psicoterapia en distintos trastornos (incluyendo los trastornos adictivos).
 - E. Son revisiones sobre la naturaleza de los trastornos psíquicos (incluyendo los trastornos adictivos).

71. El «factor de riesgo» en los modelos de cambio:
- A. Es la vuelta al consumo incontrolado.
 - B. Es la escasa motivación del paciente.
 - C. Es la dificultad en el aprendizaje de habilidades.
 - D. Es el retroceso en los niveles de cambio.
 - E. Es la presencia de psicopatología concomitante.

72. Los craving constituyen uno de los factores más importantes en las caídas en el consumo de sustancias:
- A. Sólo en los casos de alcoholismo.
 - B. Verdadero.
 - C. Falso.
 - D. Sólo si los pacientes no son capaces de mantener abstinencia continua.
 - E. Son verdaderas a y d.

73. En el ámbito de las conductas adictivas el concepto de autoeficacia hace referencia a:
- A. El grado de confianza de los individuos para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo.
 - B. El juicio sobre la capacidad de resistir las presiones del entorno.
 - C. La capacidad de exposición a agentes estresantes en la percepción de afrontamiento eficaz.
 - D. Todas son verdaderas.
 - E. Todas son falsas.

74. Los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia en el abordaje de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias:
- A. Consideran de forma exclusiva la aplicación de los modelos de cambio.
 - B. Son individualizados, objetivos, eficientes y aplicables grupalmente.
 - C. Pertenece a orientaciones de tipo cognitivo, sistémico, conductual y psicodinámico.
 - D. Son fundamentalmente terapias de tipo cognitivo-conductual.
 - E. Todas son falsas.

75. En el modelo de tratamiento psicoterapéutico que se propone:
- A. Se considera todo el proceso de intervención: evaluación, entrenamiento en habilidades y abordaje de problemas adicionales.
 - B. Se organiza en torno a los estados motivacionales de los individuos.
 - C. Se utiliza la terapia cognitivo-conductual.
 - D. Se aborda la intervención con la familia.
 - E. Todas son verdaderas.

**CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE METADONA: SU RELACIÓN
CON LAS CONDICIONES CLÍNICAS Y CON LOS CONSUMOS DE SUSTANCIAS DE ABUSO
DE LOS PACIENTES EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA**

7 6. Señala la respuesta incorrecta en cuanto al metabolismo de la metadona:

- A. La N-demetilación seguida de ciclación da como resultado sus principales metabolitos.
- B. El citocromo P450 3A4 es el sitio primario de desmetilación.
- C. La metadona tiene poca unión a proteínas plasmáticas, por lo que podría modificar la concentración de metadona activa circulante.

- D. Fue sintetizada a finales de la Segunda Guerra Mundial.
- E. Todas son correctas

7 7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la metadona es correcta basándose en los datos del estudio?:

- A. Sólo es terapéuticamente útil a dosis superiores a 60 mg/día.
- B. Los pacientes con dosis inferiores a 60 mg/día no difieren en cuanto al cumplimiento terapéutico ni en cuanto a las manifestaciones clínicas de bienestar o de síndrome de abstinencia de los pacientes con dosis superiores.
- C. La dosis terapéutica es de 60 a 200 mg/día.
- D. a y c son correctas.
- E. Todas son falsas.

7 8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hepatitis y metadona es correcta basándose en los datos del estudio?:

- A. La positividad al virus de la hepatitis B (VHB) parece que influye en el metabolismo de la metadona disminuyendo sus concentraciones plasmáticas.
- B. La positividad al virus de la hepatitis C parece que influye en el metabolismo de la metadona disminuyendo sus concentraciones plasmáticas.
- C. La positividad al VHB parece que influye en el metabolismo de la metadona aumentando sus concentraciones plasmáticas.
- D. Ninguna hepatitis parece interferir en el metabolismo de la metadona.
- E. a y b son correctas.

7 9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y metadona es correcta basándose en los datos del estudio?:

- A. El VIH posiblemente interfiere per se en el metabolismo de la metadona.
- B. Sólo están alterados las concentraciones plasmáticas de metadona en los pacientes con tratamiento antirretroviral.
- C. Un 53% de los pacientes son VIH positivos.
- D. Todas son correctas.
- E. Todas son falsas.

8 0. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el consumo de sustancias de abuso en los pacientes incluidos en el estudio es correcta?:

- A. El 21% de los pacientes en programa de mantenimiento con metadona consumen cocaína habitualmente.
- B. Los pacientes que consumen heroína demandan mayor cantidad de metadona.
- C. La heroína parece aumentar las concentraciones plasmáticas de metadona.
- D. Todas son correctas.
- E. a y b son correctas.

8 1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las benzodiacepinas y la metadona es correcta basándose en los datos del estudio?:

- A. De los pacientes estudiados, un 45,45% consumen benzodiacepinas.
- B. En los pacientes consumidores de benzodiacepinas es donde nos encontramos concentraciones plasmáticas de metadona más altas con relación a las dosis administradas.

- C. Estos pacientes tienen una dosis media de metadona más baja que la descrita en otros grupos.
 D. Todas son falsas.
 E. a y b son correctas.

**EVOLUCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA
DE LOS DROGODEPENDIENTES A LO LARGO DEL TRATAMIENTO**

82. El SCL-90-R es un cuestionario elaborado con la intención de medir:

- A. Sintomatología psicopatológica.
 B. Síndromes del eje I.

- C. Rasgos de personalidad.
 D. Trastornos del eje II.
 E. Todas las anteriores.

83. La conclusión principal que puede extraerse del presente estudio, aun teniendo en cuenta todas sus limitaciones, es:

- A. Que los drogodependientes presentan, por regla general, cuadros de carácter depresivo.
 B. Que la depresión que se observa en los drogodependientes tiende a mantenerse con independencia de los resultados del tratamiento.
 C. Que no existen evidencias de la concurrencia de criterios diagnósticos de depresión en la mayor parte de los drogodependientes en tratamiento.
 D. Que el malestar y la sintomatología de carácter depresivo son máximos en el momento de iniciar el tratamiento y tienden a reducirse a medida que éste avanza.
 E. Que es necesario el uso de fármacos antidepresivos en la mayor parte de los drogodependientes en tratamiento.

84. Los autores que mostraron que la depresión que podía observarse en los drogodependientes que solicitaban tratamiento no se correspondía con la de aquéllos que no lo demandaban fueron:

- A. Kosten y Kleber.
 B. Millon y Davies.
 C. Rounsaville y Kleber.
 D. Derogatis y Beck.
 E. Khantzian y Casas.

85. La reducción observada en los índices de depresión a lo largo del tratamiento tiene su explicación más probable en:

- A. Factores meramente conductuales.
 B. Factores meramente neurológicos.
 C. Factores predominantemente metabólicos.
 D. Factores principalmente sociales.
 E. Factores psicofisiológicos en interacción.

86. El modelo de conservación de los recursos de Hobfoll sostiene que:

- A. La verdadera fuente de estrés para las personas es la pérdida o amenaza de pérdida de sus recursos.
 B. Las personas tienden a proteger sus recursos.
 C. La depresión es una consecuencia del estrés tras el fracaso en las estrategias de conservación de los recursos.
 D. La asignación de valor a los recursos es un proceso cognitivo individual.
 E. Todas las anteriores son ciertas.

8 7.

El modelo de regulación tónico fásico del sistema dopaminérgico propone que:

- A. La administración continua de drogas produce cambios en el tipo de funcionamiento del sistema dopaminérgico que se mantienen tiempo después de la retirada de la droga.
- B. Diferentes genes determinan distintos procesos de regulación del sistema dopaminérgico, y alguno de ellos predispone a la adicción.
- C. El sistema dopaminérgico está regulado por las vías serotoninérgicas que son alteradas por las sustancias.
- D. Todas las anteriores son ciertas.
- E. Ninguna de las anteriores es cierta.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 6 - N.º 2 - 2004

DE METADONA A BUPRENORFINA. LA INDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO

28. Existe una dependencia siempre que:

Respuesta: c) Esté disminuido el control sobre el consumo.

El consumo de una sustancia psicoactiva, aunque éste sea regular, no es condición suficiente para que haya una dependencia, al igual que no lo es el hecho de que se presenten síntomas de abstinencia. Lo característico -paradigmático- de una dependencia es que, ante la presencia de determinados estímulos, esté disminuido el control sobre el consumo de una sustancia.

29. Los estímulos internos o externos que se asocian al consumo:

Respuesta: e) Ninguna de las anteriores es cierta..

Los estímulos asociados al consumo se han incentivado. Por ello, no son meramente circunstanciales e influyen en la evolución de la dependencia en todas las personas. Aunque algunos pueden detectarse fácilmente al hacer la historia clínica, con muchos de ellos no ocurre así.

30. Con relación al consumo de tabaco puede decirse que:

Respuesta: e) Todas las anteriores son falsas.

Lo definitorio de ser dependiente es la capacidad de control. Puede consumirse una cajetilla diaria y no ser dependiente; puede ocurrir que el patrón de consumo no sea diario -o sea irregular en el número de cigarrillos- y, sin embargo, ser dependiente. Del mismo modo, la presencia o no de patología orgánica asociada sólo puede ser señal de un consumo regular, no estrictamente de una dependencia.

31. La vía inhalatoria es particularmente adictiva:

Respuesta: a) Por la rapidez de llegada de la nicotina al cerebro.

La adictividad de la vía inhalatoria depende fundamentalmente de que facilita la llegada rápida de la nicotina al cerebro, produciendo -en igualdad de dosis- picos de nicotina más altos (aunque más breves); por ello, las concentraciones de nicotina que se producen por esta vía no son más estables, todo lo contrario. La temperatura de combustión sólo facilita la liberación de vapores de nicotina, no influye en sus propiedades. No se evita la barrera hematoencefálica, sino que la nicotina la atraviesa fácilmente, gracias a su liposolubilidad.

32. En relación con el tabaquismo es cierto que:

Respuesta: c) No todos los fumadores son dependientes del tabaco.

Del mismo modo que en el caso del alcohol, hay consumidores regulares de labores de tabaco que no son dependientes. Esto no quiere decir que no sea capaz de generar una dependencia de gran intensidad. Fumar es una adicción; fumar unos pocos cigarrillos diarios puede generar adicción. Para dejar de fumar es necesario no sólo empeñarse en serio, sino disponer de los recursos que faciliten o posibiliten el cambio de conducta.

33. En tabaquismo la recaída:

Respuesta: a) No es ni debe ser considerada un fracaso.

Al igual que otras adicciones, el tabaquismo es un problema crónico. Una recaída es la señal más clara de que existe un proceso adictivo y no un mero consumo regular. Por ello, no es un fracaso ni para el paciente (aunque en ocasiones puede indicar que no estaba suficientemente motivado) ni para el terapeuta (aunque en ocasiones no supo ayudar al paciente a hacerle aprovechar sus propios recursos), ni indica necesariamente que se ha utilizado mal la medicación. De hecho, salvo cuando son ya muy numerosas, las recaídas au-

mentan las probabilidades de éxito en un intento posterior.

TOXICIDAD DERIVADA DEL CONSUMO DE TABACO

3 4. A nivel cardiovascular, la nicotina produce:

• Respuesta: e) Todas son ciertas.

Los efectos de la nicotina a nivel cardio-vascular son debidos fundamentalmente a la liberación adrenal de catecolaminas; por sus efectos α y β , la nicotina produce todos los efectos señalados en a, b, c y d.

3 5. Con relación a la asociación tabaco-depresión es falso que:

• Respuesta: e) en la mayoría de los casos es la nicotina la responsable de la aparición del cuadro depresivo.

Aunque no está clara la relación existente entre fumar y depresión, sí se sabe que las personas con trastornos depresivos fuman más y que entre los fumadores hay mayor prevalencia de trastornos depresivos. Al dejar de fumar, aumentan las probabilidades de que aparezcan episodios depresivos. De hecho, la nicotina comparte en los neurotransmisores ciertas acciones con los antidepresivos. En cualquier caso, la nicotina no parece ser la responsable de la aparición del cuadro depresivo.

3 6. El síndrome de abstinencia a la nicotina:

• Respuesta: d) Puede variar notablemente en intensidad según las personas.

Puede presentarse una gran dependencia a la nicotina (al tabaco) sin que exista sintomatología alguna de abstinencia. Su presencia no hace que los pacientes respondan peor a la terapia farmacológica. Aunque los síntomas suelen remitir tras 2 semanas, un 40% de los fumadores siguen presentando síntomas al cabo de un mes. Parece ser que la intensidad de algunos síntomas es mayor en mujeres que en varones. En cualquier caso, sí que es cierto que la intensidad del síndrome de abstinencia varía muy notablemente entre las diversas personas.

37. La toxicidad general del tabaco depende:

Respuesta: e) Todas son ciertas.

La toxicidad general del tabaco es directamente proporcional a la cantidad diaria consumida, al número de años que se lleve fumado y a la profundidad de la inhalación. Además, la toxicidad varía según el tipo de tabaco que se consume: los cigarrillos son mucho más tóxicos que los puros, las pipas, el rápel y que el tabaco de mascar.

38. La tasa general de mortalidad de los fumadores de un paquete diario de cigarrillos es:

Respuesta: d) El doble, aproximadamente.

La tasa general de mortalidad de los fumadores es entre un 70 y un 100% más alta que la de los no fumadores. Dejar de fumar disminuye este riesgo; esta disminución se observa ya desde el primer año; 10 años después del cese, la tasa de mortalidad de ex fumadores y de no fumadores es similar.

39. Se piensa que existe una asociación causal directa entre fumar y:

Respuesta: e) a, b y c son ciertas.

Todas las enfermedades citadas en a, b y c se asocian estadísticamente con fumar. Además, aunque no siempre el tabaco es responsable de la mayoría de los casos (como en a), en todas ellas se considera que la asociación es causal.

ABORDAJE DEL TABAQUISMO: INTERVENCIÓN MÍNIMA; HERRAMIENTAS PSICOLÓGICAS

40. En el diagnóstico del tabaquismo lo más importante es conocer:

Respuesta: c) Qué aporta el tabaco a esa persona.

La única respuesta definitoria de las características de la dependencia a la nicotina es conocer qué aporta el tabaco a cada paciente concreto. Esto va a aportar pistas reales sobre las posibles dificultades que se pueden encontrar y orientar, qué recursos deben fomentarse y emplearse en el tratamiento. Conocer qué enfermedades ha ocasionado el tabaco al paciente puede servir para motivarlo. Conocer el tipo de tabaco, el número de cigarrillos y a qué edad comenzó a fumar puede aportar conocimientos importantes sobre la dependencia, pero no tanto como reconocer qué es lo que el tabaco aporta al paciente.

41. De una persona con una puntuación de 2 en el test de Fagerström, puede decirse que:

Respuesta: e) Todas las anteriores son falsas.

Una persona con una puntuación de 2 en el test de Fagerström puede tener un trastorno adictivo (dependencia de la nicotina) clara; ésta no tiene porqué ser de origen fundamentalmente social. Del mismo modo, una puntuación de 2 no indica que la persona pueda dejar de fumar cuando quiera ni que le vaya a ser más fácil dejar de fumar que a una persona con un Fagerström de 7. Los tratamientos farmacológicos son eficaces en personas con todo tipo de puntuaciones en el test de Fagerström.

42. Las terapias conductuales se utilizan:

Respuesta: a) Porque hay evidencia grado A de su eficacia en el tratamiento del tabaquismo.

Más de 100 estudios controlados han demostrado la eficacia de la terapia conductual para el tratamiento del tabaquismo. Por este motivo son consideradas como terapia de primera elección (grado de evidencia A) en todas las guías prácticas como, por ejemplo, la Guía práctica clínica de tratamiento del consumo y la dependencia tabáquica (Guía Americana) de 2000.

43. Dentro de la prevención de recaídas se incluyen:

Respuesta: d) a y b son ciertas.

Las técnicas aversivas, aunque son técnicas conductuales, no se incluyen en la prevención de recaídas. Sí

se incluyen como elementos comunes del consejo práctico en prevención de recaídas: a) reconocer situaciones de peligro (hechos, circunstancias, estados internos o actividades que desencadenan o precipitan los deseos de consumir y que pueden dar lugar a una caída), y b) desarrollar estrategias de afrontamiento (evitación, sustitución o enfrentamiento), que favorezcan la adquisición de habilidades que permitan afrontar con posibilidades de éxito las situaciones que en el pasado conducían frecuentemente al consumo.

4 4. El empleo de los siguientes recursos psicológicos produce mayores tasas de abstinencia:

• Respuesta: d) a, b y c son ciertas.

Basándose en los diversos estudios clínicos, la Guía Americana del 2000 realiza la siguiente recomendación con grado de evidencia B: «Resultan en mayores tasas de abstinencia: a) dar a los fumadores consejo práctico (solución de problemas, entrenamiento en habilidades); b) dotar a los fumadores de apoyo social intra-tratamiento, y c) ayudar a los fumadores a obtener apoyo social extra-tratamiento».

4 5. El objetivo fundamental del tratamiento del tabaquismo es:

• Respuesta: a) Conseguir a largo plazo que la gente permanezca sin fumar.

El objetivo fundamental del abordaje del tabaquismo es conseguir la abstinencia a largo plazo. Evitar la sintomatología de abstinencia, obtener altas tasas de abstinencia al terminar el tratamiento farmacológico y disminuir el esfuerzo requerido en el proceso puede servir para alcanzar este fin, pero no son objetivos fundamentales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

4 6. En relación con los parches de nicotina:

• Respuesta: c) Su mayor problema es que se usan mal.

El mayor problema de los parches es que suelen usarse mal. Su aplicación es a lo largo de toda la jornada activa (16 o 24 h). No hay diferencia de eficacia entre los parches de 24 y los de 16 h. Su combinación con otras combinaciones de TSN podría aumentar su eficacia.

4 7. En relación con los chicles de nicotina es cierto que:

• Respuesta: c) Pueden recetarse con pauta fija o a voluntad del paciente como dosis de rescate.

Los chicles pueden ser pautados de 2 maneras: 1) con pauta fija, como por ejemplo una pieza cada hora, y 2) a voluntad o como dosis de rescate, en cuyo caso el paciente decide cuándo utiliza los chicles y cuántos utiliza (dentro de los márgenes fijados por el terapeuta). El principal problema que se encuentra en la terapia con chicles es su infrautilización por parte de los pacientes, y es muy frecuente que se utilicen de modo inadecuado. Los chicles de nicotina no son más eficaces que el bupropión.

4 8. Frente a los chicles, los comprimidos para chupar presentan las siguientes ventajas:

• Respuesta: c) No están explícitamente contraindicados en el embarazo.

La gran ventaja que presentan los comprimidos para chupar es que, a diferencia de las otras presentaciones de nicotina, en el prospecto de los comprimidos no está explícitamente señalado «*contraindicado en el embarazo*», lo cual podría permitir su uso durante la gestación. En relación con los chicles, los comprimidos para chupar: a) no se utilizan a dosis mayores; b) tienen menos efectos secundarios que los chicles, pero los tienen, y c) presentan las contraindicaciones generales de la TSN.

4 9. Cuando se pauta bupropión a la dosis de 300 mg/día, se administra en 2 dosis porque:

• Respuesta: d) Para evitar las convulsiones que podrían derivarse de un mayor pico plasmático.

El mayor riesgo asociado al uso de bupropión es la aparición de convulsiones (menor de 0,1%), que es dependiente de la dosis. Por ello, cuando está indicada se divide la dosis de 300 mg/día, a pesar de que así se pueda producir más insomnio. No se hace por razón de eficacia.

5 0. Entre las reacciones adversas más frecuentes del bupropión se encuentran:

• Respuesta: d) Rush cutáneo.

Los efectos adversos más comunes son: insomnio, sequedad de boca, cefalea, «excitación conductual» (parcida a la producida por la fluoxetina) y rush. El bupropión no suele producir sedación y somnolencia (aunque podría producirlo), ni sialorrea (típico de la nicotina), ni coma ni trastornos de las hormonas sexuales.

5 1. El bupropión está contraindicado:

• Respuesta: e) Todas las anteriores son ciertas.

El bupropión está contraindicado en aquellas situaciones en las que está disminuido el umbral convulsivo (administración simultánea de IMAO, desintoxicación –no deshabituación– alcohólica) o en la que hay una mayor predisposición a presentar convulsiones (antecedentes de crisis o presencia de un tumor del SNC).