



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 7 - N.º 2 - 2005

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



Enfermería: 3,6 créditos
Enfermería: 3,6 créditos
Farmacéuticos: 5,6 créditos
Psicólogos Clínicos: 5,6 créditos

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

¿SON TAN DIFERENTES LOS PACIENTES DE COCAÍNA? ANÁLISIS DIFERENCIAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y TOXICOLOGÍCAS DE LOS PACIENTES DE COCAÍNA Y DE HEROÍNA

25. Los inicios de tratamiento en las unidades asistenciales por consumo de cocaína:

- A. No han dejado de aumentar en los últimos años.
- B. Suponen más del 50% de los inicios anuales.
- C. Exige de los profesionales de los recursos asistenciales una reflexión y cambios en la oferta de servicios.
- D. No suponen ningún motivo de preocupación.
- E. a, b y c son correctas.

26. La demanda de los pacientes de cocaína, con relación a los de heroína, cuando solicitan tratamiento:

- A. No es diferente.
- B. Los pacientes de cocaína tienden a solicitar metadona.
- C. La mayor parte solicitan psicoterapia.
- D. No quieren saber nada de los tratamientos en comunidad terapéutica.
- E. Solicitan más tratamientos de desintoxicación que los de heroína.

27. El nivel de estudios alcanzado por los pacientes de cocaína atendidos en una unidad asistencial pública, en comparación con los pacientes de heroína:

- A. Es muy superior.
- B. No presenta grandes diferencias.
- C. La mayor parte de los pacientes de cocaína son universitarios.
- D. En general, el nivel alcanzado con éxito por la mayor parte de los pacientes de ambos grupos está por debajo del de enseñanza secundaria.
- E. b y d son correctas.

28.

En cuanto a la situación laboral de los pacientes de cocaína, señalar que:

- A. No existe el desempleo para ellos.
- B. Muestran un nivel de desempleo similar al de los pacientes de heroína.
- C. El 43% se encuentran parados, aunque han desempeñado algún trabajo con anterioridad.
- D. Es un mito creer que los pacientes de cocaína generalmente son profesionales cualificados con un elevado poder adquisitivo.
- E. b, c y d son correctas.

29.

Los pacientes de cocaína, en comparación con los de heroína:

- A. Muestran la misma proporción de varones y mujeres.
- B. Muestran mayores porcentajes de infección por VIH, VHB y VHC.
- C. Han recibido menos tratamientos psiquiátricos.
- D. Usan con más frecuencia la vía de administración inyectada.
- E. Han realizado más tratamientos previos.

30.

Los pacientes de cocaína:

- A. No pueden mantener una buena adherencia y continuidad en el tratamiento.
- B. Muestran un nivel de exigencia psicoterapéutico muy superior al de los pacientes de heroína.
- C. En general, la experiencia indica que no se suelen alcanzar buenos resultados desde el inicio del tratamiento, tanto en los objetivos principales como en los intermedios.
- D. Aunque no sean tratados, no llegarán a experimentar conductas marginales o delictivas con repercusiones judiciales o penitenciarias.
- E. Todas son correctas.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES COMO PREDICTORES DE LA CONDUCTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

31.

La presente investigación muestra que:

- A. Se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad únicamente en función del consumo actual.
- B. Se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad únicamente en función de la sustancia.
- C. Se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad en función del consumo actual y de la sustancia.
- D. No se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad en función del consumo actual.
- E. No se dan diferencias en la influencia de los indicadores de personalidad en función de la sustancia.

32.

¿Qué indicador de personalidad predice un mayor abuso de todas las sustancias en consumidores?:

- A. La conducta antisocial.
- B. Impulsividad.
- C. Búsqueda de sensaciones.
- D. Bajo autoconcepto e impulsividad.
- E. Bajo autoconcepto, impulsividad y búsqueda de sensaciones.

33.

En función de la sustancia:

- A. En bebidas destiladas, según aumenta la edad disminuye la probabilidad de seguir siendo no consumidor.
- B. En cannabis, a medida que aumenta la edad disminuye el consumo.
- C. En tabaco, a medida que aumenta la edad aumenta la probabilidad de pasar a ser consumidor, y ser mujer aumentará la probabilidad de ser consumidor.
- D. En bebidas destiladas, según aumenta la edad aumenta la probabilidad de seguir siendo no consumidor.
- E. a y c son correctas.

- 34.** Señala la afirmación incorrecta:
- A. La conducta antisocial y la búsqueda de sensaciones parecen ir siempre unidas hacia un mayor consumo.
 - B. La conducta antisocial aumenta el consumo en consumidores.
 - C. La búsqueda de sensaciones es lo que hace que los sujetos pasen de no consumidores a consumidores.
 - D. El autoconcepto disminuye el consumo en consumidores de todas las sustancias.
 - E. La impulsividad influye en el paso al consumo de no consumidores de alcohol y aumenta el consumo de tabaco en consumidores.
- 35.** El análisis aplicado ha sido el modelo de regresión de Poisson con ceros aumentados (ZIP), ¿por qué se aplica este modelo?:
- A. Se aplica por la existencia de un exceso de ceros en la muestra.
 - B. Se aplica porque se comprueba la adecuación de este modelo sobre el modelo de Poisson.
 - C. Se aplica porque estamos trabajando con datos de recuento.
 - D. Ninguna de las anteriores es correcta.
 - E. a, b y c son correctas.
- 36.** Como conclusión podemos señalar que:
- A. Los indicadores de personalidad y autoconcepto nos dan información de los adolescentes y su posible consumo futuro de sustancias.
 - B. Los tratamientos enfocados al abandono del consumo, o a la prevención del inicio de la conducta adictiva, deberían tener en cuenta los indicadores de personalidad para ser más efectivos y eficaces.
 - C. No aparece una personalidad adictiva, pero sí que hay indicadores de personalidad que parecen explicar mejor o predecir el consumo futuro de los adolescentes, y estos indicadores influyen de forma diferente en función de la sustancia.
 - D. Los indicadores de personalidad pueden explicar el consumo realizado en las diferentes sustancias y predecir el riesgo de consumo por parte de aquellos sujetos, actualmente, no consumidores.
 - E. Todas las anteriores son correctas.

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS DE LAS NORMATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS Y MEDICAMENTOS EN EL MODELO ESPAÑOL DE VALORACIÓN PSICOFÍSICA DE LOS CONDUCTORES

- 37.** El consumo de alcohol, drogas y medicamentos en España se ha considerado en la valoración de los conductores desde:
- A. El año 1900.
 - B. El año 1918.
 - C. El año 1926.
 - D. El año 1934.
 - E. Recientemente.
- 38.** La valoración de la aptitud para conducir incluye descartar en el conductor trastornos relacionados con sustancias, distinguiendo entre:
- A. Abusos de alcohol, Dependencia del alcohol, Trastornos inducidos por el alcohol.
 - B. Consumo habitual de drogas y medicamentos.
 - C. Abuso de drogas o medicamentos.
 - D. Dependencia de drogas y medicamentos.
 - E. Todas las anteriores.

- 39.** Las restricciones posibles establecidas en la normativa para los conductores en los que se detectan problemas derivados del consumo de alcohol, drogas y medicamentos, incluyen:
- A. Adaptación mecánica del vehículo para detecciones de consumo.
 - B. Límite de velocidad.
 - C. Acortamiento del período de validez del permiso de conducir.
 - D. Las 3 posibilidades anteriores.
 - E. Sólo la tercera posibilidad es correcta.
- 40.** Los cambios normativos de los trastornos físicos y psicológicos relacionados con sustancias, han evolucionado atendiendo a diferentes aspectos:
- A. Inicialmente sólo se consideraban las intoxicaciones.
 - B. En la normativa de 1926 sólo se considera este apartado en los conductores profesionales.
 - C. Los criterios de valoración actuales aparecen en la normativa de 1997.
 - D. Todas las anteriores son correctas.
 - E. Ninguna de las anteriores es correcta.
- 41.** Las instituciones encargadas de la valoración de la aptitud para conducir han variado a lo largo de los años:
- A. Inicialmente dependieron de Sanidad.
 - B. A partir de 1934 los conductores profesionales eran valorados en las Oficinas-Laboratorio de Selección Profesional, que posteriormente evolucionaron a Institutos de Psicología Aplicada y Psicotecnia.
 - C. Actualmente, la valoración se lleva a cabo en los Centros de Reconocimiento de Conductores (CRC).
 - D. Todas las anteriores son correctas.
 - E. Todas las anteriores son falsas.
- 42.** La reducción del período de prórroga del permiso y/o la licencia para conducir en los conductores con problemas derivados del consumo de alcohol, drogas y medicamentos:
- A. Permite controlar clínicamente a los conductores.
 - B. Supone una medida preventiva de seguridad vial en conductores consumidores abusivos crónicos.
 - C. Difícilmente puede aplicarse en los conductores jóvenes consumidores abusivos puntuales, que no manifiestan signos ni síntomas clínicos en el reconocimiento previo a la emisión del informe de aptitud realizado en el CRC.
 - D. Es una restricción que puede asignarse a criterio facultativo, tras un período probado de abstinencia.
 - E. Todas las anteriores son ciertas.

MUJERES DROGODEPENDIENTES MALTRATADAS: ANÁLISIS PARA LA INTERVENCIÓN

- 43.** Ser mujer y consumir drogas sería un doble factor de riesgo para la violencia:
- A. No tiene relación lo uno con lo otro.
 - B. Consumir drogas no es un factor de riesgo.
 - C. Consumir drogas es un factor de riesgo.
 - D. Ser mujer es un factor de riesgo.
 - E. c y d son correctas.
- 44.** En relación con las necesidades de atención a las mujeres adictas y maltratadas:
- A. Lo más importante y primordial sería intervenir en el tema de los malos tratos.
 - B. Lo más importante y primordial sería intervenir en el tema de la drogodependencia.
 - C. Lo ideal sería tratar los 2 temas conjuntamente.
 - D. Lo más importante sería intervenir en el tema laboral, ya que teniendo trabajo se acabarían todos sus problemas.
 - E. Todas las respuestas son falsas.

45.

En relación con los hijos de estas mujeres, es fácil observar algunas de estas características:

- A. Niños y niñas muy agresivas siempre dispuestos a pegarse.
- B. Niños y niñas con problemas psicológicos como desarreglo del sueño, enuresis, mutismo, etc.
- C. Niños que agrede y denigran a su madre.
- D. Niñas muy pasivas y temerosas.
- E. Todas son verdaderas.

46.

En cuanto a la pareja maltratadora y consumidora:

- A. Encontrarse bajo los efectos de la sustancia puede desinhibir la agresividad facilitando la situación de malos tratos.
- B. Todas las parejas consumidoras de drogas terminan siendo maltratadoras.
- C. La mujer maltratada suele, en muchos casos, disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor y pensar en la solución mágica de la abstinencia.
- D. Está comprobado, en investigaciones, que hay una mayor iniciativa de separaciones cuando la pareja es adicto y maltratador.
- E. a y c son correctas.

47.

Premisas en relación con el maltrato y la adicción:

- A. No hay justificación para el maltrato, aunque una mujer consuma drogas.
- B. Consumir drogas es un factor de riesgo para ser maltratada.
- C. Convertirse en adictas con parejas que las inducía al consumo y que conocían el fenómeno de la adicción, es haber sido maltratadas.
- D. Todas son verdaderas.
- E. Todas son falsas.

48.

La habituación al maltrato crónico termina por facilitar la aparición de los siguientes síntomas:

- A. Aislamiento.
- B. Trastorno histérico.
- C. Trastorno de ansiedad.
- D. Trastorno afectivo.
- E. a, c y d son verdaderas.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 7 - N.º 1 - 2005

EFICACIA CLINICA DE LA BUPRENORFINA

- 1.** ¿Qué dosis diarias son las habitualmente utilizadas en los programas de mantenimiento con buprenorfina?:
Respuesta: c) Entre 8 y 16 mg al día.

Las dosis habitualmente utilizadas en el tratamiento del mantenimiento y que han demostrado ser eficaces, son de entre 8 y 16 mg al día.

- 2.** ¿Es posible realizar tratamiento con buprenorfina pautándolo 3 veces a la semana?:
Respuesta: d) Se puede realizar, pero es necesario un ajuste de la dosis.

El tratamiento puede ser administrado en pauta de lunes, miércoles, viernes, siendo necesario aumentar la dosis administrada esos días.

- 3.** La buprenorfina ha sido utilizada clínicamente (señale la opción incorrecta):
Respuesta: a) De una manera muy restringida en todos los países de la Unión Europea.
Existen amplias experiencias clínicas de este fármaco en países de nuestro entorno, especialmente en Francia. En este país se estima que la mitad de los dependientes de opiáceos son tratados con buprenorfina. En España hay experiencias recientes.

- 4.** En relación con la utilidad de la buprenorfina, señale la opción incorrecta:
Respuesta: d) Aumenta el posible síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madres dependientes.
En los diversos estudios se ha demostrado que la buprenorfina es útil en la reducción del consumo de opiáceos ilegales, reduce los efectos negativos del consumo de drogas, como es la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas, disminuye la mortalidad de estos pacientes y minimiza el posible síndrome de abstinencia neonatal en hijos de madres dependientes.

- 5.** ¿Se puede administrar buprenorfina junto con naloxona?:
Respuesta: e) a y d son correctas.
La naloxona se puede administrar por vía oral junto con buprenorfina. Hay estudios que han señalado la utilidad de esta combinación, dado que evitaría el uso por vía intravenosa.

- 6.** Señale la opción incorrecta, en relación con la eficacia de la buprenorfina:
Respuesta: b) Es claramente más eficaz que la metadona en todos los casos.
La buprenorfina es un fármaco opiáceo que ha demostrado su eficacia en el tratamiento de pacientes dependientes de opiáceos, en estudios frente a placebo y cuando se compara con otros fármacos opiáceos, como son el levo alfa acetil metadol (LAAM) o la metadona. Se ha demostrado la relación entre la dosis utilizada y las respuesta.

BUPRENORFINA EN DEPENDENCIA A OPIACEOS: REFLEXIONES SOBRE LA SEGURIDAD

- 7.** El hecho de que la buprenorfina sea un agonista parcial condiciona:
 Respuesta: d) Un cierto grado de abstinencia después de un agonista completo.
 Los agonistas parciales tienen una eficacia de acción menor que los agonistas completos y por ello, los primeros se pueden comportar como antagonistas en presencia de los segundos.
- 8.** La depresión respiratoria inducida por la buprenorfina:
 Respuesta: e) Se puede deber a una interacción con el consumo de psicofármacos.
 El consumo habitual de psicofármacos como las benzodiacepinas entre usuarios de buprenorfina es alto, estando presente en un porcentaje alto de intoxicaciones letales.
- 9.** Los efectos adversos hepáticos asociados a buprenorfina:
 Respuesta: b) Se recomienda no usar buprenorfina en caso de insuficiencia hepática grave.
 La posible asociación entre enfermedad hepática y buprenorfina no está bien definida, pero sugiere que ésta sea evitada en caso de insuficiencia hepática grave.
- 10.** Respecto al uso de buprenorfina en el embarazo:
 Respuesta: c) Se recomienda el uso de metadona en vez de buprenorfina.
 Los trabajos de buprenorfina en el embarazo no permiten extraer conclusiones definitivas, y por ello se recomienda el paso a metadona.
- 11.** La buprenorfina se asocia al siguiente problema de seguridad:
 Respuesta: b) Posibles interacciones farmacocinéticas con antifúngicos.
 La buprenorfina se metaboliza a través del citocromo P450 CYP3A4, lo que puede inducir interacciones metabólicas con otros fármacos como los antifúngicos imidazoles.
- 12.** La buprenorfina, en comparación con la metadona, presenta:
 Respuesta: e) La buprenorfina no aporta mayor seguridad que la de la metadona.
 La buprenorfina no constituye una alternativa novedosa que aporta mayor seguridad global que la actualmente establecida para la metadona.

ASPECTOS FARMACOECONÓMICOS DE LOS TRATAMIENTOS CON BUPRENORFINA

- 13.** El denominado «modelo de producción de salud» de Donabedian:
 Respuesta: d) Evalúa la relación entre *inputs*, procesos y resultados.
 El modelo de producción de salud trata de estudiar la relación existente entre los recursos (*inputs*) y los procesos con los resultados de los programas.
- 14.** Drummond y Stoddard propusieron 4 tipos de estudios de evaluación económica. Señale el que no pertenece a su clasificación:
 Respuesta: d) Estudio de coste-efectividad.
 El estudio de coste-producción no pertenece a la clasificación propuesta por Drummond y Stoddard.
- 15.** El estudio de minimización de costes:
 Respuesta: c) Compara los costes de 2 opciones terapéuticas y propone seleccionar la alternativa más barata, sean cuales sean los resultados de las éstas.
 Este tipo de estudio evalúa los costes de 2 tratamientos o 2 procedimientos, asumiendo que su eficacia es superponible.
- 16.** Los estudios de coste-efectividad:
 Respuesta: e) Las respuestas c y d son ciertas.
 Este tipo de estudios compara los costes y los indicadores de efectividad de 2 alternativas terapéuticas y propone seleccionar aquella que tenga una relación coste-efectividad óptima. Los indicadores de efectividad se miden como mejoría en el estado de salud. En drogodependencias se usan instrumentos para evaluar la reducción de la gravedad de los problemas relacionados con el consumo.

17.	<p>La revisión sobre los estudios farmacoeconómicos de los tratamientos con buprenorfina:</p> <p>Respuesta: d) No son concluyentes por problemas de extrapolación de los resultados y porque sólo miden algunas de las variables relevantes.</p> <p>Los resultados de los estudios realizados en otros países no pueden aplicarse directamente en nuestro medio. Los trabajos revisados no han tenido en cuenta aspectos como la mejoría de la calidad de vida o las preferencias de los usuarios.</p>
18.	<p>Uno de los siguientes indicadores de resultado de los programas de tratamiento en drogodependencias es de los denominados «duros»:</p> <p>Respuesta: d) Tasa de retención.</p> <p>La tasa de retención se considera como indicador «duro». El resto de indicadores incorpora la perspectiva del usuario en la valoración de los programas de tratamiento.</p>

CONDICIONES Y PRESCRIPCIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA BUPRENORFINA-SUBUTEX® SEGÚN LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EN ESPAÑA DE 2000 A 2004	
19.	<p>¿Cuál es la indicación reconocida para la buprenorfina-Subutex®?</p> <p>Respuesta: b) Tratamiento de sustitución a la dependencia mayor de opiáceos.</p> <p>La indicación reconocida para la buprenorfina-Subutex® es la de «Tratamiento de sustitución a la dependencia mayor de opiáceos en el marco de un amplio tratamiento médico, social y psicológico».</p>
20.	<p>La presentación de buprenorfina-Subutex® es de:</p> <p>Respuesta: b) Comprimidos de cápsula entérica.</p> <p>La buprenorfina-Subutex® está comercializada como comprimidos para uso sublingual.</p>
21.	<p>Las dosis de los preparados disponibles es de:</p> <p>Respuesta: c) 6 y 12 mg.</p> <p>La buprenorfina-Subutex® está disponible en comprimidos de 6 y 12 mg.</p>
22.	<p>La buprenorfina-Subutex® precisa:</p> <p>Respuesta: b) Receta de psicotropos.</p> <p>Desde 2003, buprenorfina-Subutex® está autorizado como preparado con receta médica de psicótropo.</p>
23.	<p>En relación con la financiación de la buprenorfina-Subutex®:</p> <p>Respuesta: e) Ninguna de las afirmaciones es cierta.</p> <p>La buprenorfina-Subutex® no está financiada por ninguno de los organismos o entidades mencionados.</p>
24.	<p>En relación con la formulación buprenorfina-naloxona, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:</p> <p>Respuesta: e) Todas las afirmaciones anteriores son correctas.</p> <p>Este preparado está disponible en Estados Unidos y otros países para uso por vía sublingual, con lo cual se evita el potencial abuso de este preparado si se inyecta, ya que la naloxona bloquearía el efecto agonista (parcial) de la buprenorfina y se reducirían los casos de intoxicación/sobredosis por esta vía.</p>