



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 10 - N.º 2 - 2008



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,1 créditos
Enfermería: 6,1 créditos
Farmacéuticos: 6,1 créditos
Psicólogos Clínicos: 6,1 créditos

El nº de créditos correcto ha sido éste durante todo el año 2007.

Debido a una incidencia apareció de forma equivocada

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 esta área.

Las personas que deseen que se les acredeite 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. San Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

EFICACIA Y MANEJO CLÍNICO DE LA BUPRENORFINA

31. Responda lo correcto sobre la naturaleza de la buprenorfina:

- A. Es un opiáceo natural
- B. Es un opiáceo semisintético
- C. Es un opiáceo sintético
- D. Se asocia siempre a naloxona
- E. Ninguna de las anteriores

32. En relación al perfil farmacológico de la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

- A. La buprenorfina es un fármaco que actúa como agonista parcial del receptor μ y como antagonista del receptor κ
- B. Como es un agonista parcial, cuando se administra en monoterapia tiene acciones agonistas pero cuando se administra concomitantemente con un agonista puro puede comportarse como un antagonista
- C. La buprenorfina tiene una elevada afinidad por los receptores opioides, lo que condiciona su utilidad clínica
- D. Dado que la buprenorfina tiene una fijación a los receptores muy intensa, su acción es duradera y por lo tanto su supresión conlleva una abstinencia de aparición tardía y de intensidad menor a la de los agonistas puros
- E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas

33. El objetivo de la asociación de buprenorfina con naloxona es:

- A. Minimizar el abuso por vía parenteral
- B. Potenciar su efecto antagonista por vía oral
- C. Evitar el síndrome de abstinencia
- D. Facilitar la absorción
- E. Ninguna de las anteriores

34. En relación a los efectos adversos del tratamiento con buprenorfina, ¿cuál de los siguientes efectos adversos es raro que ocurra con su administración?:

- A. Sedación
- B. Estreñimiento
- C. Mareos
- D. Prolongación del intervalo QT
- E. Todos ellos

35. En relación a la seguridad de buprenorfina:

- A. La buprenorfina es más segura que otros opiáceos
- B. El número de muertes por sobredosis, en países de nuestro entorno, descendió coincidiendo con el inicio de la utilización de buprenorfina
- C. El número de muertes por sobredosis, en países de nuestro entorno, aumentó coincidiendo con el inicio de la utilización de buprenorfina
- D. No se han observado variaciones en la mortalidad en relación al uso de buprenorfina
- E. A y B son ciertas

36. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la buprenorfina es correcta:

- A. La buprenorfina es un agonista opiáceo que tiene la misma efectividad clínica que la metadona cuando se administra a dosis adecuadas
- B. El efecto de la buprenorfina está directamente relacionado con la dosis administrada, por lo que debe ser suministrada a dosis medias-altas
- C. En los estudios en los que se sugieren diferencias entre metadona y buprenorfina, suele señalarse que la metadona sería más efectiva, especialmente en pacientes que necesitan dosis muy altas
- D. La buprenorfina en relación a la metadona sería más segura, con menos interacciones y posiblemente mejor tolerada en la desintoxicación de opiáceos
- E. Todas las respuestas anteriores son correctas

TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

37. El objetivo básico y fundamental de la Terapia Ocupacional es:

- A. Fomentar el desempeño de actividades significativas
- B. Adaptar el entorno del paciente eliminando barreras
- C. Conseguir la máxima independencia de la persona
- D. Diseñar programas con rutinas diarias que ofrezcan estabilidad al paciente
- E. Adecuar el programa a los intereses del paciente

38. El uso que hace la Terapia Ocupacional de la actividad humana es:

- A. Como instrumento para mantener ocupados a los pacientes
- B. Como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos
- C. Como estrategia para modificar actitudes
- D. Como estrategia para favorecer las relaciones sociales
- E. Como elemento que proporciona satisfacción

39. La principal aportación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud es:

- A. Clasifica con detalle la enfermedad
- B. Describe ampliamente las consecuencias de la enfermedad
- C. Parte de un modelo médico sanitario
- D. Utiliza términos de salud y estados de salud
- E. Clasifica basándose en el nivel de función y estado de las estructuras corporales

40. Para el Modelo de Ocupación Humana la “habituación” se define a partir de:

- A. Hábitos y roles
- B. Hábitos y valores
- C. Causalidad personal y valores
- D. Valores e intereses
- E. Volición y roles

41. La Terapia Ocupacional proporciona al tratamiento instaurado por el equipo terapéutico:

- A. Un espacio grupal de ensayo
- B. Un vínculo con el medio del paciente
- C. Una visión global del sujeto
- D. Validez ecológica
- E. Mayor adhesión del paciente al tratamiento

42. El proceso de valoración en terapia ocupacional comprende dos pasos, que son:

- A. Elaboración del perfil ocupacional del paciente y un análisis de sus intereses
- B. Elaboración del perfil ocupacional y un análisis del desempeño ocupacional
- C. Elaboración del perfil ocupacional del paciente y de su historia ocupacional
- D. Un análisis de sus hábitos y de los componentes de desempeño ocupacional
- E. Un análisis de sus necesidades y de su historia ocupacional

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y EMBARAZO. ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA DE URUGUAY

43. En relación con las determinaciones positivas de cotinina para el consumo de tabaco las muestras se consideraron positivas a partir de:

- A. 10 ng/g
- B. 25 ng/g
- C. 35 ng/g
- D. 55 ng/g
- E. No se establecieron límites para fijar casos positivos

44. Las determinaciones en meconio señalaron que el 44,0% de las muestras eran positivas para consumo de:

- A. Cocaína
- B. Marihuana
- C. Tabaco
- D. Alcohol
- E. Todas las sustancias anteriores

45. El consumo de alcohol considerando los niveles de FAEE en meconio y las semanas de gestación se relacionaron con:

- A. Tiempos significativamente más prolongados de gestación
- B. Tiempos significativamente más cortos de gestación
- C. Alteraciones en el período de gestación pero sin significación estadística
- D. No se halló relación entre los niveles de FAEE en meconio y las semanas de gestación
- E. No se contó con datos suficientes para el estudio de esta relación

46. Las mujeres que recibieron información en la consulta sobre los riesgos del consumo de drogas ilícitas durante el embarazo alcanzaron a:

- A. La totalidad de las madres recibió información sobre estos aspectos
- B. Aproximadamente el 90 % recibió información
- C. La mitad de los casos tuvo información
- D. Menos del 10 % recibió información
- E. Ninguna tuvo información relacionada con las sustancias ilícitas

47. El estudio encontró que en los recién nacidos, de madres consumidoras de alcohol, los valores de peso al nacer y el perímetrocefálico fueron:

- A. Inferiores a los de los recién nacidos de las madres no consumidoras
- B. Mayores a los de los recién nacidos de las madres no consumidoras
- C. De mayor perímetrocefálico y no tuvieron diferencias significativas en relación al peso al nacer
- D. Los pesos fueron significativamente menores y los perímetroscefálicos no mostraron diferencias
- E. No hubo diferencia entre ambos grupos

48. Se constató que las madres de los recién nacidos con muestras de meconio de FAEE positivo fueron:

- A. Más jóvenes y tuvieron un índice de masa corporal (IMC) más bajo
- B. Más jóvenes y tuvieron un IMC normal
- C. Mayores de 30 años y tuvieron un IMC más bajo
- D. Más jóvenes y no tuvo relación con el IMC
- E. Más jóvenes y con IMC mayor

RAZONES PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

49. La retención en los programas de tratamiento de las adicciones suele ser del:

- A. No se ha establecido
- B. < 20%
- C. > 80%
- D. > 20% y < 40%
- E. > 60% y < 80%

50. En el estudio de los abandonos de los tratamientos en drogodependencias (señale la respuesta falsa):

- A. Habitualmente se pregunta directamente a las personas que abandonan los programas de tratamiento
- B. La gravedad de la adicción y la polidependencia se han asociado a un mayor riesgo de abandono de la terapia
- C. En muchas ocasiones se desconoce qué aspectos relacionados con los programas de intervención pueden influir sobre el abandono
- D. Se suelen emplear diversas medidas recogidas en los primeros momentos del tratamiento
- E. La perspectiva del paciente puede resultar crucial para abordar estrategias de mejora

51. En los estudios en que se ha preguntado a los pacientes por los motivos que les han inducido al abandono (señale la respuesta verdadera):

- A. Siempre se ha preguntado a personas que habían estado menos de tres meses en el programa
- B. No ha aparecido la pérdida de motivación
- C. Se han puesto de manifiesto aspectos concretos para mejorar la retención
- D. La variable sexo se ha mostrado determinante
- E. No se han realizado estudios de este tipo

52. Desde un punto de vista sociodemográfico (señale la respuesta verdadera):

- A. Los pacientes varones y de mayor edad tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento
- B. Las pacientes mujeres y de mayor edad tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento
- C. Los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento
- D. No se han realizado estudios que analicen las características personales de los adictos que abandonan el tratamiento
- E. No se han descrito características personales asociadas al abandono del tratamiento

53. En los estudios realizados en España hasta el momento, la razón más señalada por aquellas personas que abandonan el tratamiento después de haberlo seguido más de tres meses es:

- A. No querer continuar con las limitaciones que impone el tratamiento
- B. El consumo o deseo de consumir drogas
- C. La presión ejercida por el entorno más inmediato
- D. La falta de motivación
- E. La ausencia de incentivos para proseguir en la terapia

54. En el área de estudio sobre los abandonos (señale la respuesta falsa):

- A. La experiencia clínica apenas muestra reingresos en los tratamientos tras los abandonos
- B. Parecen diferenciarse dos tipos de abandonos: los que se dan en los primeros momentos de la terapia y los que se dan tras haber pasado unos cuantos meses
- C. Se ha identificado la existencia de abandonos previos como un predictor de la finalización de posteriores programas de tratamiento
- D. Se han puesto de manifiesto aspectos concretos para la mejora de los tratamientos
- E. Los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono temprano del tratamiento

ESTUDIO DE CAUSAS DE ABANDONO DE TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES

55. En relación con la oferta de atención, la estructura de los CAD del Ayuntamiento de Madrid oferta a los pacientes en la fase inicial entrevistas con:

- A. Médicos
- B. Psicólogos
- C. Enfermeros
- D. Terapeutas ocupacionales y Trabajadores Sociales
- E. Todas las anteriores son ciertas

56. El concepto de abandono que se maneja y desarrolla en este artículo queda definido como:

- A. Una decisión unilateral que comunican los pacientes
- B. El excederse de un tiempo acordado de recibir atención
- C. La decisión tomada por los profesionales del CAD al no tener noticias del sujeto sin mediar aviso de causas
- D. Los pacientes dejan de asistir por causas de fuerza mayor, por ejemplo laborales
- E. Los pacientes se comportan de forma violenta en las entrevistas

57. En relación con la motivación de los sujetos que reciben atención en el CAD:

- A. No se toma en consideración ya que la asistencia es gratuita
- B. Está garantizada de antemano por el formato de las entrevistas
- C. Los sujetos presentan características normales que no hacen necesario prestar un especial interés a este tema
- D. Los sujetos están tan necesitados de atención que una motivación media o media-alta se da normalmente
- E. Ninguna de las anteriores es correcta

58. Entre los objetivos de tratamiento que los propios pacientes generalmente definen como suyos, podemos citar:

- A. Abstinencia completa y mantenida
- B. Consumo controlado
- C. Reorganización de su vida familiar y social
- D. Remisión de sintomatología psicopatológica
- E. Todas las anteriores

59. El hecho de seguir el proceso de rehabilitación que los diferentes profesionales del CAD proponen a los pacientes, resulta:

- A. Ser sencillo por disponer de todo tipo de medicación que palie los estados anímicos
- B. Necesitar una inversión de tiempo en asistir a las citas
- C. No tener que soportar situaciones de malestar o ansiedad sin consumo
- D. Tener que tolerar grados variables de malestar por abandonar el consumo
- E. Las respuestas A y C son falsas

60. Tres de los sujetos manifestaron estar transgrediendo las pautas, es decir no seguían las indicaciones dadas por los diferentes profesionales. Esto implica:

- A. El cese automático de la atención
- B. Una peor evolución del tratamiento
- C. El traslado del expediente a otro centro
- D. Un acortamiento significativo del tiempo de tratamiento
- E. Contribuye enormemente a la adherencia entre profesional y paciente

PASADO Y PRESENTE. ¿HAY DIFERENCIAS EN EL PERFIL DEL USUARIO DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DE DROGODEPENDENCIAS DE MONFORTE? 1996-2006

61. El cambio estadísticamente significativo en el perfil del drogodependiente que demanda tratamiento ha variado en los últimos años en las variables:

- A. Edad, droga principal y sexo
- B. Sexo, nivel de estudios y situación socio-laboral
- C. Edad, sexo y vía de acceso
- D. Drogas principales, tratamientos previos y demanda que realiza
- E. Las opciones B y D son correctas

62. En cuanto a la edad de los demandantes de tratamiento no es cierto que:

- A. La edad media es 10 años superior en el año 2006
- B. En el caso de las mujeres la diferencia es de 14 años
- C. No hay diferencia entre hombres y mujeres
- D. El porcentaje de pacientes con edad superior a 50 años se ha incrementado de forma importante
- E. Disminuye el volumen de pacientes con menos de 25 años

63. Los pacientes que acuden por consumo de cannabis:

- A. Han experimentado un ligero aumento
- B. La demanda realizada se basa mayoritariamente en la remisión de sanciones administrativas
- C. Están disminuyendo de forma considerable
- D. Lo hacen por presión familiar
- E. A y B son correctas

64. En relación a las demandas de tratamiento por consumo de alcohol y tabaco, es cierto que:

- A. No hay diferencias en los dos años estudiados
- B. Ambas aumentaron en el año 2006
- C. Aumentaron las demandas por tabaco y no por alcohol
- D. Aumentaron por alcohol y no por tabaco
- E. A causa del alcohol demandan tratamiento un mayor número de mujeres

65. La droga que más demandas a tratamiento genera es:

- A. Benzodiacepinas
- B. Drogas de síntesis
- C. Cocaína
- D. Heroína
- E. Tabaco

66. La vía de acceso principal:

- A. No ha experimentado cambios sustanciales, sigue siendo la iniciativa propia
- B. El acceso a través de otros drogodependientes gana importancia
- C. Los dispositivos sanitarios (USM, AP) derivan cada vez menos pacientes
- D. Los pacientes que acuden derivados de otras Unidades Asistenciales lo hacen mayoritariamente por consumo de cocaína
- E. Todas son falsas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 10 - N.^o 1 - 2008

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA-NALOXOLONA

- 1.** La composición del preparado autorizado para su prescripción y dispensación de buprenorfina-naloxona en la unión europea contiene:

Respuesta: B. 2 mg de buprenorfina y 0,5 mg de naloxona.

Dentro de la unión europea se ha aprobado recientemente por la EMEA un nuevo preparado de administración sublingual compuesto por buprenorfina y naloxona (Suboxone®). Dicho preparado está disponible en dos formulaciones: 2 mg de buprenorfina y 0,5 mg de naloxona, y 8 mg de buprenorfina y 2 mg de naloxona.

- 2.** En relación a las acciones de la buprenorfina sobre el receptor m, ¿qué afirmación de las siguientes es correcta?:

Respuesta: E. Las opciones A y B son correctas.

Sobre este receptor μ , la buprenorfina muestra una alta afinidad y actúa como un agonista parcial.

- 3.** En relación a las acciones de la buprenorfina sobre el receptor k, ¿qué afirmación de las siguientes es correcta?:

Respuesta: E. Todas las respuestas son correctas.

La acción sobre estos receptores es compleja, ya que es antagonista de los receptores k2 y agonista de los k1 y k3. El antagonismo k2 se ha asociado a un relativo efecto antidepresivo y a la ausencia relativa de la disforia producida por los opiáceos agonistas de este subtipo de receptor, tales como la etorfina o la pentazocina. El agonismo k1 y k3 se ha asociado al efecto analgésico mediado a nivel espinal.

- 4.** En relación a la absorción y al metabolismo de la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

Respuesta: B. La buprenorfina por vía sublingual presenta una baja biodisponibilidad.

La buprenorfina por vía sublingual presenta una mejor biodisponibilidad que por vía oral, ya que se evita el fenómeno de primer paso hepático.

- 5.** En relación a los opiáceos y a la depresión respiratoria producida por su administración, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:

Respuesta: C. El riesgo de depresión respiratoria con buprenorfina y otros opiáceos es similar.

Las características de la buprenorfina como agonista parcial sobre el receptor opioide μ , con una actividad intrínseca relativamente baja, la dotan de una mayor seguridad frente a una potencial depresión respiratoria central en comparación con la metadona y el LAAM.

- 6.** En un paciente en tratamiento con buprenorfina, ¿cuál de los siguientes fármacos debe administrarse con precaución o evitar su administración por el riesgo de interacciones?

Respuesta: A. Ketoconazol.

Debe evitarse el empleo de los antifúngicos azólicos como ketoconazol por ser inhibidores del CYP3A4, mediante el cual se metaboliza la buprenorfina.

CUESTIONARIO CAD-4: UNA MEDIDA BIOPSICOSOCIAL DE LA CALIDAD DE VIDA AUTOPERCIBIDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

- 7.** En relación al concepto de calidad de vida autopercibida, es cierto que:

Respuesta: E. Su principal cualidad es que proporciona una medida subjetiva formulada por el propio paciente.

El concepto de calidad de vida autopercibida es multidimensional, englobando todos los ámbitos de funcionamiento del sujeto. Puede correlacionar o no con medidas objetivas de salud, pero su principal cualidad es que proporciona una evaluación efectuada por el propio paciente que puede contrastarse con la opinión y diagnóstico de los profesionales de la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha conseguido una definición operativa, sino una definición general de consenso. Existen instrumentos de autoinforme con suficientes garantías científicas para medir el constructo.

<p>8. Moons, Budts y De Geest (2006), al revisar la literatura disponible, han encontrado diferentes conceptualizaciones habitualmente relacionadas con el concepto de calidad de vida, entre las que no se encuentra una de las siguientes: Respuesta: C. Plenitud espiritual. Los componentes espirituales están integrados dentro de algunas de las concepciones del concepto calidad de vida, pero no aparecieron como elemento central en el trabajo de Moons et al. De entre los restantes, si identificados, el de Satisfacción con la Vida es el que encontraron más próximo y adecuado para la investigación.</p>
<p>9. ¿Cuál de los siguientes cuestionarios es específico para consumidores de drogas? Respuesta: A. IDUQOL. El <i>Injection Drug Use Quality of Life Scale</i> (IDUQOL) se ha construido para explorar este constructo en personas con trastornos por uso de sustancias que utilizan la vía endovenosa. Existe una versión española validada por Morales Manrique et al (2007).</p>
<p>10. Entre los criterios metodológicos establecidos por el Comité Científico del <i>Medical Outcome Trust</i> (Trust SACOT-MO) en 2002 para desarrollar instrumentos de medición de la calidad de vida autopercibida, no está uno de los siguientes: Respuesta: A. Adecuación a los criterios conceptuales de la OMS. Este documento no exige la adecuación a los criterios de la OMS, sino la especificación del modelo conceptual y de medida, así como la aplicación de los procedimientos de la teoría clásica de los tests para el estudio estadístico de los resultados.</p>
<p>11. El cuestionario CAD-4, propuesto en el presente estudio: Respuesta: E. Todas las anteriores son correctas. El cuestionario CAD-4 está diseñado y desarrollado por profesionales de la atención directa a pacientes adictos, partiendo del conocimiento empírico de los factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes, desde un enfoque biopsicosocial y una metodología transdisciplinar. El estudio que se presenta apunta a que se trata de un cuestionario fiable y válido para explorar el constructo calidad de vida autopercibida, aunque se requieren estudios posteriores que confirmen estos resultados preliminares.</p>
<p>12. Las diferencias encontradas entre las puntuaciones obtenidas en el CAD-4 de adictos y población general: Respuesta: D. Existen diferencias con un alto grado de significación en todas las escalas. Todas las escalas muestran diferencias significativas cuando se comparan las puntuaciones medias obtenidas por adictos y no adictos, lo cual no significa que esto nos proporcione datos objetivos sobre la salud de unos y otros, porque no es éste el objetivo de medida del CAD-4. Sólo nos informa de cómo perciben su funcionamiento en todas las áreas de competencia.</p>

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE	
13.	¿Cuál de las siguientes drogas son las más consumidas por los adolescentes españoles? Respuesta: B. Alcohol y tabaco. Las drogas legales, el alcohol y el tabaco, son las de uso más extendido entre los adolescentes, con una prevalencia de consumo en el último mes por encima del 30%.
14.	Dentro de las drogas ilegales, ¿cuál suele ser la de inicio más precoz? Respuesta: A. Cannabis. El cannabis es la droga ilegal que primero se consume, en torno a los 14 años.
15.	Señalar la respuesta incorrecta Respuesta: D. El consumo de drogas ilegales en chicas adolescentes es más prevalente que en chicos. Aunque se ha incrementado el consumo entre las adolescentes, continúa siendo menor que en varones. Tan sólo el tabaco es más consumido entre las mujeres.
16.	Con relación al alcohol no es cierto que: Respuesta: D. Se relaciona con intentos de suicidio pero no con suicidio consumado. El alcohol se ha relacionado con diversos trastornos de conducta incluidos los gestos suicidas, pero sobre todo con los suicidios consumados.

- 17.** Los psicoestimulantes (cocaína y éxtasis):
 Respuesta: E. Su acción noradrenérgica justifica los trastornos psiquiátricos que inducen.
 El éxtasis es una sustancia que actúa principalmente a nivel de las vías serotoninérgicas (inhibe la recaptación y estimula la liberación de serotonina) y su acción a este nivel se ha relacionado con problemas afectivos, cognitivos e incluso psicóticos.
- 18.** La alta prevalencia de consumo de drogas en la psicosis se ha atribuido a:
 Respuesta: E. Todos los anteriores.
 Aunque desconocemos el origen exacto del consumo de drogas en los pacientes psicóticos, su alta prevalencia hace poco probable que este se deba al azar. Estas y otras hipótesis podrían explicar este hecho.

PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN DEPENDIENTES AL ALCOHOL EN TRATAMIENTO AMBULATORIO

- 19.** El *Symptom Check List 90 Revised* (SCL 90-R) es un instrumento diseñado para:
 Respuesta: D. Evaluar el malestar percibido por síntomas psicopatológicos.
 Aun presentando una elevada validez predictiva para detectar casos psiquiátricos, el SCL 90-R no permite establecer un diagnóstico, sino valorar el grado de malestar percibido por una agrupación de síntomas psicopatológicos. No tiene relación alguna con el estudio de la personalidad, el *craving* o la detección precoz del abuso de sustancias.
- 20.** ¿Cuál de los siguientes criterios ha demostrado su utilidad para detectar posibles casos patológicos en el SCL 90-R?:
 Respuesta: E. Todas las anteriores son correctas.
 Los cuatro criterios expuestos han demostrado su validez predictiva para detectar casos que presentan diversa psicopatología.
- 21.** Con relación a la psicopatología presente en los enfermos alcohólicos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 Respuesta: D. La intensidad de los síntomas psicopatológicos, evaluados por el SCL 90-R, es menor entre los hombres alcohólicos con relación a las mujeres.
 La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica comunicada en muestras de alcohólicos en tratamiento es superior al 50%, siendo más elevada entre las mujeres. Utilizando el SCL 90-R, las mujeres suelen presentar un número de síntomas, e intensidad de estos, más elevados que los hombres.
- 22.** ¿Qué dimensión del SCL 90-R caracteriza en mayor medida a las mujeres alcohólicas con relación a los hombres dependientes al alcohol?
 Respuesta: C. Paranoidismo.
 Entre hombres y mujeres alcohólicos no se presentan diferencias significativas en cuanto a sintomatología correspondiente a las escalas de Depresión y Hostilidad. Por el contrario, es característico de las mujeres alcohólicas presentar elevaciones en la dimensión de Paranoidismo, posiblemente como respuesta a su mayor estigmatización social.
- 23.** ¿Cuál de las siguientes disfunciones, padecida por un enfermo alcohólico, no es frecuente que se relacione con una puntuación elevada en la escala de Psicoticismo del SCL 90-R?
 Respuesta: E. En todos los casos anteriores es habitual observar puntuaciones elevadas en la escala de Psicoticismo.
 Las elevaciones en la escala de Psicoticismo (PSI) se han observado tanto en sujetos con un trastorno psicótico manifiesto, como en otras patologías como los trastornos de ansiedad y los dissociativos. Igualmente, las dificultades en la adaptación al entorno se relacionan con elevaciones en la escala de Psicoticismo, como reflejo de la alienación social del sujeto.
- 24.** ¿Cuál de los siguientes tipos de síntomas presentan menor prevalencia e intensidad entre los enfermos alcohólicos?
 Respuesta: C. Somáticos.
 Entre las distintas categorías de síntomas evaluados por el SCL 90-R, los de tipo somático presentan la menor prevalencia e intensidad en población clínica adicta al alcohol, no observándose diferencias significativas en relación al sexo. Un 40-50% de los pacientes alcohólicos presenta intensa sintomatología de ansiedad, depresiva, fóbica o de tipo paranoide.

**INDUCCIÓN A BUPRENORFINA SUBLINGUAL DESDE METADONA:
ESTUDIO CLÍNICO DESCRIPTIVO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES TRATADOS
EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

- 25.** La buprenorfina es un fármaco:
- Respuesta: D. Agonista parcial de los receptores opioides m y antagonista de los receptores opioides k.
La buprenorfina es un fármaco con actividad agonista parcial de los receptores opioides m (alta afinidad pero escasa actividad intrínseca), así como antagonista de los receptores k.
- 26.** La dosis de metadona previa a la inducción a buprenorfina considerada como «segura» por la mayoría de las guías de uso clínico es:
- Respuesta: C. 40 mg/día.
Habitualmente la dosis de metadona previa a la inducción con buprenorfina es de 40 mg/día. Algunas guías plantean la posibilidad de comenzar desde 60 mg/día de metadona si la primera dosis de buprenorfina es muy baja y transcurre suficiente tiempo entre la toma de ambos fármacos. Otros autores aconsejan más oportuno comenzar desde una dosis máxima de metadona de 30 mg/día.
- 27.** En el proceso de inducción a buprenorfina desde metadona, el tiempo transcurrido entre la última dosis de metadona y la primera de buprenorfina debe ser:
- Respuesta: E. Es variable y habrá que esperar a que el sujeto experimente algunos síntomas leves de abstinencia.
El tiempo transcurrido entre la última dosis de metadona y la primera de buprenorfina suele ser variable. En general debe esperarse a que el paciente presente algunos síntomas de abstinencia, de manera que si la dosis de metadona previa no es superior a 40 mg/día y la dosis inicial de buprenorfina es de 2 a 4 mg, no se presente un «SAO inducido».
- 28.** Los datos de este estudio señalan que a medida que las dosis medias de buprenorfina van aumentando día a día durante el proceso de inducción:
- Respuesta: E. Las respuestas B y C son correctas.
Los datos de este trabajo son similares a los encontrados en otros estudios; a medida que aumentamos las dosis de buprenorfina durante la fase inicial de inducción, los síntomas de abstinencia van disminuyendo de forma progresiva. Resulta lógico que los síntomas objetivos («más groseros») se reduzcan un poco antes, persistiendo algo más los síntomas más leves o subjetivos.
- 29.** En el primer día de inducción a buprenorfina, si tras la primera dosis el paciente presenta una cierta disminución de los síntomas de abstinencia, pero aun así persisten de forma intolerable:
- Respuesta: E. Las respuestas B y C son correctas.
Estas dos opciones son correctas. La experiencia del clínico será un factor clave en tomar una u otra. La administración de una segunda dosis de buprenorfina en el primer día no constituye un problema en clínicos con experiencia.
- 30.** En relación al preparado de buprenorfina/naloxona:
- Respuesta: E. Todas las anteriores son correctas.
El preparado de buprenorfina/naloxona añade un plus de seguridad sobre la buprenorfina sola ya que, al bloquear el efecto reforzador de la buprenorfina, tiene menor potencial de abuso y menor derivación del producto al mercado «negro».