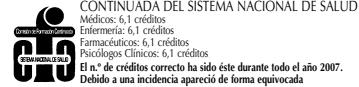




Autoevaluación y Formación Continuada en



Volumen 10 - N.º 4 - 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 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. San Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA COCAÍNA «GUIADO POR LA PERSONALIDAD»

107.

La idea de que los tratamientos deben formularse y desarrollarse «guiados por la personalidad» se debe a:

- A. Verheul
- B. Millon
- C. Cloninger
- D. Bechara
- E. Damasio

108.

El concepto de personalidad:

- A. Se refiere a los factores psicológicos invariantes del individuo
- B. Se refiere a los sustratos biológicos que determinan la conducta
- C. Incluye elementos normales y patológicos
- D. Se basa principalmente en descripciones fenomenológicas
- E. Se refiere a un patrón complejo de rasgos psicológicos que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje

109.

Es cierto que:

- A. Disponemos de tratamientos farmacológicos de probada eficacia para tratar los trastornos de la personalidad
- B. La terapia dialéctica de Linehan es un claro ejemplo de terapia guiada por la personalidad
- C. Las terapias de corte psicoanalítico son las más efectivas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad
- D. No es posible tratar los trastornos de la personalidad porque, por definición, la personalidad se sustenta en características invariantes e inmodificables
- E. Puesto que los trastornos de la personalidad no son enfermedades, no cabe plantearse que tengan un tratamiento

110. El estudio promovido por la APA (Widiger y Simonsen, 2005), que tenía como objetivo encontrar las dimensiones subyacentes a todos los modelos de personalidad, encontró ciertas dimensiones que eran comunes a casi todos ellos, esto es:

- A. Búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa y persistencia
- B. Introversión/extraversión, afabilidad, perseverancia, estabilidad emocional y apertura mental
- C. Extraversión-introversión, oposicionismo-amabilidad, compulsividad-impulsividad y estabilidad emocional-desregulación emocional
- D. Neuroticismo, psicoticismo y extraversion
- E. Narcisismo, socialización, esquiziotipia y psicopatía

111. Según los conocimientos actuales del funcionamiento cerebral:

- A. Son las alteraciones previas (por ejemplo, en funciones ejecutivas) los elementos etiológicos de la adicción
- B. Es el efecto de la autoadministración de sustancias lo que modifica el funcionamiento cerebral
- C. Hay evidencias de que algunas alteraciones en el funcionamiento cerebral pueden facilitar la aparición de conductas adictivas y de que éstas, una vez establecidas, pueden incrementar los déficits funcionales
- D. Son los factores genéticos los factores etiológicos de las disfunciones cerebrales que conducen a la adicción
- E. Independientemente de los factores genéticos, es el historial de aprendizaje y la experiencia de interacción lo que provoca disfunciones cerebrales y facilitan la adicción

112. Un modelo de intervención terapéutica integrada y guiada por la personalidad supone:

- A. Que no existen técnicas eficaces desde ningún área, por lo que el tratamiento de la adicción debe circunscribirse a objetivos de reducción del daño
- B. Que los factores psicosociales son irrelevantes en la medida en que la adicción es una enfermedad cerebral crónica, sustentada en rasgos determinados genéticamente
- C. Que la adicción es una mera consecuencia de la existencia de rasgos de personalidad disfuncionales y desadaptativos, por lo que el tratamiento debe centrarse en la modificación de estos rasgos
- D. Que todas las áreas de trabajo (médica, psicológica, socio-educativa, ocupacional) deben procurar una comprensión transdisciplinaria de la adicción y la comprensión de la función que el consumo de drogas cumple con relación al patrón de personalidad de cada sujeto
- E. Que debe procurarse que cada patrón de personalidad se adapte según su ritmo al modelo de tratamiento predominante en cada centro de atención

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

113. Los programas de manejo de contingencias se derivan de los principios de:

- A. Condicionamiento clásico
- B. Aprendizaje social
- C. Condicionamiento operante
- D. La exposición a señales
- E. A y C son correctas

114. El programa de tratamiento avalado por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) para la adicción a la cocaína es:

- A. Terapia de exposición a pistas
- B. CRA más terapia de incentivo
- C. Terapia cognitivo conductual (CBT)
- D. Tratamiento farmacológico
- E. B y C son correctas

115. El tipo de reforzador más utilizado en los programas de manejo de contingencias ha sido:

- A. Dinero en efectivo
- B. Vales (*vouchers*)
- C. Reembolso de tarifas estipuladas
- D. Privilegios clínicos
- E. Vales para participar en un sorteo

116. ¿Cuál de los siguientes componentes no forma parte del Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo?

- A. Asesoramiento vocacional
- B. Plan de automanejo
- C. Análisis funcional
- D. Prevención VIH/sida
- E. Terapia familiar

117. Una de las limitaciones de los programas de manejo de contingencias es:

- A. La adaptación a contextos naturales
- B. El uso de los incentivos para comprar drogas
- C. Las altas tasas de abandono
- D. El consumo asociado de alcohol
- E. Los resultados poco fiables de las analíticas

118. En el programa de manejo de contingencias, *Therapeutic workplace*, se utiliza como reforzador contingente a la abstinencia:

- A. El salario del paciente
- B. La dosis de metadona
- C. El acceso a diferentes bienes y servicios
- D. El acceso a las sesiones de terapia
- E. La obtención de días de vacaciones

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADO EN LA DESHABITUACIÓN DE COCAÍNA

119. Según evidencian la investigación y la práctica clínica serían consideradas atribuciones adaptativas favorables al mantenimiento de la abstinencia las:

- A. Internas, estables y controlables
- B. Externas, estables y controlables
- C. Internas, inestables y controlables
- D. Internas, estables e incontrolables
- E. Externas, inestables e incontrolables

120. El EVA como componente de aprendizaje de un programa de prevención de recaídas es conocido como:

- A. Etapa de valoración de antecedentes
- B. Estado vivencial de la abstinencia
- C. Efecto de violación de la abstinencia
- D. Estudio de variables asociadas
- E. Estado valorado para la acción

121. El DTCQ y el CACD son instrumentos de evaluación que nos permiten:

- A. Valorar la severidad adictiva del paciente a la cocaína
- B. Conocer las expectativas de resultado que tiene el paciente de su tratamiento
- C. Obtener el perfil de la frecuencia de consumo de cocaína del paciente
- D. Conocer el perfil de autoeficacia del adicto para afrontar situaciones de riesgo de consumo de cocaína
- E. Resituar al adicto en el estadio de motivación de cambio

122. La técnica que consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba consumir, aparear estos pensamientos a sensaciones o consecuencias negativas y ser utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving* se denomina:

- A. Exposición a señales
- B. Refuerzo comunitario más incentivo
- C. Sensibilización encubierta
- D. Reestructuración cognitiva
- E. Desarrollo de habilidades de afrontamiento

123.

Al estadio en el que el adicto está pensando seriamente en el cambio, es más objetivo al evaluar sus problemas y sobre la necesidad de cambio, pero no ha desarrollado aún un compromiso de solución se le denomina según Prochaska y DiClemente:

- A. Precontemplación
- B. Contemplación
- C. Preparación
- D. Acción
- E. Mantenimiento

124.

Según Marlatt y colaboradores, la confianza del individuo en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo de drogas se denomina:

- A. Autoeficacia de resistencia
- B. Autoeficacia para la reducción del daño
- C. Autoeficacia para la acción
- D. Autoeficacia de afrontamiento
- E. Autoeficacia de recuperación

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA DEPENDIENTES A LA COCAÍNA EN LA RED SANITARIA PÚBLICA

125.

Los tratamientos recomendados para tratar los problemas de dependencia de la cocaína son:

- A. Enfoques basados en la entrevista motivacional, más programas de refuerzo comunitario
- B. Programas de orientación psicodinámica junto a tratamiento farmacológico
- C. No existe un consenso claro
- D. Tratamientos sólo farmacológicos
- E. Todas son falsas

126.

Según las últimas revisiones sistemáticas publicadas en la literatura internacional, las tasas de retención en los programas de tratamiento psicosocial:

- A. Oscilan entre el 70-80%
- B. Son tasas altas
- C. Son tasas moderadas, en torno al 50%
- D. No van más allá del 20%
- E. Todas son falsas

127.

El programa CRA para el tratamiento de los problemas de abuso y dependencia de la cocaína:

- A. Es un programa conductual
- B. Es un programa conductual desarrollado inicialmente para el tratamiento del alcoholismo
- C. Fue adaptado por Budney y Higgins (1998)
- D. Se utiliza habitualmente junto a programas de manejo de contingencias
- E. Todas son verdaderas

128.

El programa CRA:

- A. Sólo es aplicable en formato grupal
- B. Consta de 10 sesiones a realizar durante 3 meses
- C. Confirma la abstinencia con controles analíticos aleatorios muy precisos
- D. Pone especial énfasis en el control de la abstinencia
- E. Todas son falsas

129.

Según las últimas revisiones sistemáticas internacionales, los ensayos sobre los tratamientos farmacológicos en la dependencia de la cocaína muestran que:

- A. Los antidepresivos son los fármacos de elección
- B. Los anticonvulsionantes son los fármacos de elección
- C. Los antipsicóticos son los fármacos de elección
- D. Las benzodiacepinas son los fármacos de elección
- E. Todas son falsas

130. El programa CRA:

- A. Dispone de una amplia investigación previa sobre su eficacia, en especial en EE. UU.
- B. Ha sido ampliamente evaluado también en España
- C. Sólo ha sido evaluado en contextos de investigación controlados
- D. A y B son ciertas
- E. B y C son ciertas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 10 - N.º 3 - 2008

NEUROBIOLOGÍA DE LA COCAÍNA

67. ¿Cómo actúa la cocaína?

Respuesta correcta: A. Bloqueando el transportador de la dopamina.

La cocaína es un agonista dopaminérgico indirecto. Se une con gran afinidad al transportador de la dopamina bloqueándolo y, en consecuencia, produce un gran aumento en la concentración de dopamina en la hendidura sináptica, próxima a los receptores dopaminérgicos.

68. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

Respuesta correcta: B. La administración crónica de cocaína produce sensibilización conductual.

Con la administración crónica de cocaína se observa un aumento en la respuesta motora que se llama «sensibilización conductual».

69. ¿Qué neuronas estriatales se activan con cocaína?

Respuesta correcta: B. Las neuronas estriatales de la vía directa.

La cocaína induce expresión génica dependiente de AMPc, estimulando la expresión de c-Fos, Fos B, Jun B, NGFI-A, etc., en el estriado y en el núcleo *accumbens* donde activa las neuronas de la vía directa.

70. ¿Cuál de los siguientes genes de expresión temprana aumenta con el tratamiento crónico de cocaína?

Respuesta correcta: C. DeltaFosB (DFosB).

La administración crónica de cocaína induce de forma selectiva la expresión del ΔFosB (DeltaFosB) en las neuronas del núcleo *accumbens*. Los niveles del ΔFosB se acumulan durante el tratamiento crónico y permanecen elevados durante mucho tiempo después debido a la alta estabilidad de la proteína. Por eso se ha propuesto que el ΔFosB es responsable de la mayoría de los cambios a largo plazo en la expresión génica implicados en la adicción.

71. La vía mesocorticolímbica está implicada en:

Respuesta correcta: A. Mecanismos de adicción.

Aunque en las regiones de proyección de las neuronas dopaminérgicas mesocorticolímbicas los efectos de la dopamina pueden llegar a ser considerablemente mucho más complicados, debido a la existencia de diversos receptores dopaminérgicos localizados pre- y postsinápticamente, así como a la heterogeneidad de las poblaciones celulares intrínsecas en estas regiones cerebrales, generalmente se acepta que la cocaína ejerce un efecto inhibitorio en la actividad eléctrica de las neuronas que reciben proyecciones monoaminérgicas de los grupos celulares del cerebro medio.

EFFECTOS DE LA COCAÍNA EN EL SER HUMANO

72. Entre los síntomas que aparecen durante la abstinencia de cocaína están:

Respuesta correcta: C. Hiperfagia.

En los consumidores crónicos, después de este tipo de consumo aparecen los síntomas relacionados con la ausencia de la droga que parecen indicar la existencia de dependencia como son: anhedonia, anergia, disforia, depresión, insomnio, irritabilidad, ansiedad e hiperfagia.

73. Entre las sustancias que se han ensayado como posibles herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia de cocaína encontramos:

Respuesta correcta: D. La nicotina.

Entre los tratamientos farmacológicos más importantes de la dependencia de cocaína llevados a cabo hasta la fecha (no efectivos lamentablemente) se encuentra la nicotina.

74. Cuando la cocaína se fuma llega al cerebro:

Respuesta correcta: A. Más rápidamente que por vía endovenosa.

La cocaína en su forma básica atraviesa con facilidad la barrera hematoencefálica; cuando se fuma alcanza el cerebro en 5 segundos y en 30 segundos si es por vía intravenosa o por vía nasal.

75.

En función de la rapidez con que la cocaína llega al cerebro el grado de euforia es:

Respuesta correcta: C. Más intenso que por cualquier otra vía cuando la droga es fumada o inyectada.

El inicio de los efectos psicoactivos de la cocaína tarda en producirse entre 5 segundos y 30 minutos y permanecen de 5 a 90 minutos, dependiendo de la vía de administración. Como sabemos, la vía de administración determina la velocidad de comienzo de la acción, la concentración en sangre y la duración del efecto euforizante. Está claro que las vías intravenosa y fumada son las de inicio más rápido y de duración menor de los efectos, comparadas con la intranasal y oral. Ello hace que los consumidores por vías intravenosa y fumada se administren varias dosis para alcanzar una intensa y más duradera euforia.

76.

Las propiedades que tiene la cocaína como anestésico local se derivan de sus efectos sobre:

Respuesta correcta: B. Los canales de sodio.

Entre las propiedades de la cocaína destaca la de bloquear los canales de Na^+ dependientes de voltaje, de donde se derivan las propiedades de la cocaína como anestésico local.

LAS ANFETAMINAS

77.

La anfetamina aumenta las concentraciones extracelulares de dopamina mediante cuál de los siguientes mecanismos:

Respuesta correcta: D. La B y la C son ciertas.

La acción de las anfetaminas involucra a varios neurotransmisores como son la dopamina, la serotonina, la adrenalina y la noradrenalina. Su acción consiste principalmente en aumentar los niveles sinápticos de monoaminas por varios mecanismos, incluyendo el intercambio por difusión a través de los transportadores de membrana, la perturbación del transportador vesicular de monoaminas, inhibición de la monoamina oxidasa y promoción de la síntesis del neurotransmisor.

78.

La sensibilización conductual producida por las anfetaminas se refiere a:

Respuesta correcta: A. Un incremento de la respuesta a la anfetamina tras su administración repetida.

La sensibilización conductual se refiere al incremento de la respuesta a la anfetamina tras su administración repetida.

79.

El estado interno que produce la anfetamina influye en el aprendizaje de una tarea aprendida bajo sus efectos y sirve como:

Respuesta correcta: E. Estímulo discriminativo.

Se ha demostrado que el estado interno que produce la anfetamina en el animal influye en el aprendizaje de las tareas aprendidas bajo esta droga (*state-dependent learning*). Este estado interno sirve como un estímulo discriminativo.

80.

Los efectos reforzantes de la anfetamina son debidos a:

Respuesta correcta: C. La estimulación de la vía dopaminérgica mesolímbica.

El mecanismo neuroquímico implicado en este efecto parece ser una interacción entre la liberación central de dopamina y noradrenalina.

81.

La activación locomotora producida por la anfetamina es debida a su acción sobre qué sistemas de neurotransmisión?

Respuesta correcta: B. Dopaminérgico y noradrenérgico.

Dopaminérgico y noradrenérgico.

ÉXTASIS (MDMA) Y DROGAS DE DISEÑO: ESTRUCTURA, FARMACOLOGÍA, MECANISMOS DE ACCIÓN Y EFECTOS EN EL SER HUMANO

82.

En relación con MDMA, señalar la opción incorrecta:

Respuesta correcta: A. Se comercializó como anorexígeno.

El primer documento público referente a la preparación y propiedades de esta droga corresponde a una patente alemana solicitada por la firma E. Merck en 1912 y concedida en 1914 con el propósito de utilizarla como supresor del apetito, aunque nunca se utilizó como anorexígeno.

83.

Respecto a los efectos psicológicos inmediatos de MDMA en consumidores, señalar la opción incorrecta:

Respuesta correcta: E. Todos ellos son potenciados por la acción conjunta de citalopram.

La MDMA origina una serie de síntomas y sensaciones subjetivas, las más frecuentes de las cuales son las siguientes: aumenta la empatía, produce apertura emocional, reduce los pensamientos negativos, disminuye las inhibiciones, incrementa la actividad psicomotora, produce logorrea, facilita la comunicación, produce insomnio y aumenta el estado de alerta. Los sonidos y los colores aparecen más intensos.

84. Respecto a las alteraciones cognitivas producidas por MDMA a largo plazo, señalar la opción incorrecta:
Respuesta correcta: E. Se asocian a un cuadro de neurotoxicidad dopaminérgica.

Los consumidores habituales de MDMA desarrollan déficit en las funciones cognitivas que se mantienen una vez suprimido el consumo y que se relacionan con la intensidad del consumo del mismo. Estos sujetos muestran una disminución de la concentración de ácido 5-hidroxi-indol acético, metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, siendo esta reducción mayor cuanto más pronunciada es la alteración en la memoria. Estos datos indican que la neurotoxicidad serotonérgica cerebral inducida por MDMA puede contribuir a tales déficit de memoria.

85. ¿Cuál de los siguientes efectos fisiológicos no se observa en los consumidores de MDMA?
Respuesta correcta: C. Hipotermia.

Entre los principales efectos fisiológicos agudos que se observan en los individuos tras la ingestión de MDMA destacan el incremento de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca, trismo (aumento de la tensión mandibular) y bruxismo (castañeteo de dientes).

86. Cuál de los siguientes efectos neuroquímicos no aparece en consumidores de MDMA a largo plazo:
Respuesta correcta: E. Disminución de la concentración de dopamina y sus metabolitos.

Trabajos recientes han estudiado también el estado de la función dopaminérgica, no encontrando cambios en las neuronas dopaminérgicas estriatales. Tampoco se han observado diferencias significativas en la concentración de los metabolitos de la dopamina en el líquido cefalorraquídeo de los consumidores varones de MDMA en comparación con sujetos controles (las mujeres parecen mostrar una ligera reducción en la concentración de ácido homovanílico).

ÉXTASIS (MDMA): ESTUDIOS NEUROBIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO

87. ¿Cuál de los siguientes efectos neuroquímicos inmediatos no es producido por MDMA en roedores?
Respuesta correcta: C. Aumento de la actividad de la monoaminoxidasa (MAO).

La MDMA inhibe la actividad de la monoaminoxidasa (MAO) con una potencia 10 veces mayor para inhibir la MAO-A que la MAO-B.

88. Respecto a la neurotoxicidad de MDMA, señalar la opción incorrecta:
Respuesta correcta: E. En el mono y en consumidores humanos aparecen signos de neurotoxicidad dopaminérgica.

Los efectos a largo plazo son especie-específicos, de tal manera que en la rata se observa una degeneración selectiva de los terminales serotonérgicos, mientras que en el ratón MDMA produce una lesión en los terminales dopaminérgicos estriatales. El efecto producido por dosis similares a las del consumo en humanos ha sido estudiado también en monos (concretamente en monos ardilla y rhesus) y se ha observado que las neuronas serotonérgicas cerebrales de estos primates son extremadamente vulnerables a los efectos tóxicos de la MDMA.

89. Respecto a los efectos neurotóxicos de MDMA, señalar la opción correcta:
Respuesta correcta: C. La neurotoxicidad de la droga parece ser debida a algún metabolito tóxico.

Un incremento en la formación de radicales libres en diversas estructuras cerebrales y un aumento de la temperatura corporal son algunos de los factores implicados en el mecanismo de neurotoxicidad.

90. Respecto al efecto del MDMA sobre la temperatura corporal en roedores, señalar la opción incorrecta:
Respuesta correcta: B. La ausencia de una respuesta hipertérmica es garantía de que el daño neuronal está siendo prevenido.

La hipertermia desempeña un papel determinante en la expresión de la neurotoxicidad serotonérgica inducida por MDMA de tal manera que las respuestas térmicas son predictivas, en parte, de la severidad de las reducciones en los marcadores bioquímicos serotonérgicos producidos por MDMA. En otras palabras, el grado de daño neuronal producido por MDMA está estrechamente relacionado con la magnitud de la respuesta hipertérmica. Estudios realizados a diferentes temperaturas ambiente han demostrado que el mantenimiento de los animales a una temperatura de 10 °C antes y/o después del tratamiento con MDMA previene la respuesta hipertérmica y atenúa, o incluso elimina, la neurotoxicidad de la droga.

91. Señalar la opción correcta:
Respuesta correcta: E. Las neuronas serotonérgicas de los monos son más sensibles que las de la rata a los efectos tóxicos de la MDMA.

El efecto producido por dosis similares a las del consumo en humanos ha sido estudiado también en monos (concretamente en monos ardilla y rhesus) y se ha observado que las neuronas serotonérgicas cerebrales de estos primates son extremadamente vulnerables a los efectos tóxicos de la MDMA. Una dosis repetida de 2,5 mg/kg produce en los monos una disminución de la densidad de axones serotonérgicos similar a la provocada en la rata por la administración repetida de MDMA a la dosis de 4 mg/kg.

ÉXTASIS LÍQUIDO: ESTRUCTURA, FARMACOLOGÍA, EFECTOS ADVERSOS Y MECANISMOS DE ACCIÓN

- 92.** Los consumidores de GHB buscan, señalar la opción incorrecta:
 Respuesta correcta: C. Una disminución de la fatiga.
 Los principales efectos buscados por consumidores incluyen relajación, euforia y desinhibición, aunque también se ha descrito su utilización por sus supuestos efectos anabolizantes y para el tratamiento del insomnio.
- 93.** El GHB presente en el cerebro mamífero procede prioritariamente:
 Respuesta correcta: C. Del metabolismo de otros compuestos entre ellos el GABA.
 El GHB es un ácido graso de cadena corta presente en el cerebro mamífero. El GHB es sintetizado durante el metabolismo del neurotransmisor GABA por vía de un producto intermedio, el semialdehído succínico (SSA) mediante la enzima SSA reductasa.
- 94.** El GHB:
 Respuesta correcta: B. Se elimina principalmente por metabolismo.
 Administrado por vía oral el GHB se absorbe rápidamente y los efectos son evidentes a los 15 minutos, llegando a niveles plasmáticos máximos, dependiendo de la dosis, entre 30 y 60 minutos después de su consumo. Dentro del rango terapéutico, el GHB exhibe una farmacocinética no lineal. La eliminación de GHB es principalmente por metabolismo a dióxido de carbono. Únicamente un 2-5% es eliminado en orina.
- 95.** Entre los efectos farmacológicos del GHB destacamos:
 Respuesta correcta: A. Depresión dosis-dependiente del sistema nervioso central incluyendo amnesia, anestesia y coma.
 Los efectos farmacológicos más importantes del GHB en humanos son aquellos producidos por depresión del sistema nervioso central.
- 96.** En lo que se refiere a los efectos adversos, el GHB:
 Respuesta correcta: D. Dificulta la respiración y produce apnea.
 Depresión respiratoria, dificultad al respirar y apnea son los principales efectos adversos sobre el sistema respiratorio descritos tras el consumo de GHB.

ÉXTASIS LÍQUIDO: ESTUDIOS NEUROBIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO

- 97.** El GHB puede considerarse un neurotransmisor por las siguientes características:
 Respuesta correcta: D. A y C son correctas.
 El GHB endógeno se ha propuesto como un neurotransmisor o neuromodulador, ya que cumple muchos de los criterios necesarios para ser considerado como tal. Existe una distribución anatómica discreta y subcelular de GHB y de su enzima de síntesis en terminales presinápticos en el cerebro. El GHB es liberado de la neurona de manera calcio-dependiente por despolarización inducida por potasio y existe un sistema de captación de alta afinidad dependiente de sodio.
- 98.** Según numerosos estudios, el GHB podría actuar a través del sistema GABAérgico, señalar la opción incorrecta:
 Respuesta correcta: A. El GHB puede ser convertido en GABA.
 Se ha sugerido que el GHB podría estar actuando como precursor de GABA debido a la existencia de una enzima capaz de oxidar GHB a semialdehído succínico (SSA) (GHB deshidrogenasa) y ésta ser reconvertida a GABA.
- 99.** El GHB disminuye rápidamente la liberación de dopamina. Podemos afirmar que, señalar la opción incorrecta:
 Respuesta correcta: D. La disminución en la liberación es responsable del efecto hipotérmico producido por el GHB.
 El GHB reduce el comportamiento estereotipado y la hipotermia producidos por la hiperestimulación de los receptores dopaminérgicos inducida por apomorfina, probablemente mediante una reducción en el efecto contributivo de la dopamina liberada de forma espontánea.
- 100.** El GHB:
 Respuesta correcta: D. Incrementa la síntesis de 5-HT mediante un aumento en la biodisponibilidad del triptófano.
 El GHB produce el incremento en la síntesis de 5-HT mediante un aumento en la biodisponibilidad de triptófano.

101.

En lo que se refiere al GHB como droga con potencial adictivo los estudios indican que:
Respuesta correcta: C. Ratas que se autoadministran etanol muestran una tendencia a preferencia por el GHB en agua de bebida.

En un estudio sobre el consumo de GHB en agua de bebida, ratas criadas selectivamente para autoadministrar etanol aprendieron a beber GHB con más facilidad que otras cepas.

NEUROBIOLOGÍA DE LAS METILXANTINAS

102.

Respecto a la acción farmacológica de las xantinas:

Respuesta correcta: B. Los efectos farmacológicos de las xantinas son similares entre sí.

Las acciones farmacológicas de las xantinas son muy similares entre sí debido a la analogía química, existiendo sólo diferencias cuantitativas.

103.

Señale la opción incorrecta:

Respuesta correcta: B. Las xantinas son derivados purinérgicos formados en exclusiva por heterociclos de pirimidina.

Estructuralmente, las xantinas son derivados purinérgicos formados por los heterociclos pirimidina e imidazol condensados.

104.

El uso crónico de cafeína:

Respuesta correcta: C. Produce un menor grado de insomnio en consumidores crónicos.

El tratamiento repetido con cafeína puede producir tolerancia o sensibilización dependiendo de la pauta de administración. La cafeína produce menos insomnio en consumidores crónicos que en consumidores ocasionales.

105.

La cafeína bloquea de forma no específica:

Respuesta correcta: B. Los receptores de adenosina A1 y A2a.

Las metilxantinas son antagonistas no selectivos de los receptores de adenosina, fundamentalmente A1 y A2a

106.

De los siguientes productos cuál posee un menor contenido de cafeína:

Respuesta correcta: D. Té.

El té contiene unos 28 mg por taza de cafeína, frente a los 30 de una taza de chocolate, los 30-50 de una bebida de cola y los 80-100 de una taza de café.

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN
CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,2 créditos
Enfermeros: 6,2 créditos
Farmacéuticos: 6,2 créditos
Psicólogos Clínicos: 6,2 créditos
El n.º de créditos correcto ha sido éste durante todo el año 2007.
Debido a una incidencia apareció de forma equivocada

Volumen 10 - n.º 4 - 2008

Señale la respuesta correcta con una x dentro del recuadro correspondiente

	A	B	C	D	E		A	B	C	D	E		A	B	C	D	E
107	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
108	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
109	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
110	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
111	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
112	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
113	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
114	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
115	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
116	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
117	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
118	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												

	A	B	C	D	E		A	B	C	D	E		A	B	C	D	E
119	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
120	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
121	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
122	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
123	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
124	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
125	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
126	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
127	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
128	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
129	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												
130	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>												

Cortar esta hoja y enviarla a:

SET

Trastornos Adictivos

Referencia: Formación Continuada.

San Vicente, 85. 3.º Puerta 11.

46007 Valencia.

Rellene los datos que se solicitan a continuación:

Apellidos y nombre.....

Especialista en:..... Licenciado en:.....

Dirección.....

Localidad..... Código postal.....

Teléfono..... E-mail.....

