



# Autoevaluación y Formación Continuada en

## trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 11 - N.º 2 - 2009

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 n.º 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.

### IMPLICACIÓN DEL SISTEMA CANNABINOIDE ENDÓGENO EN EL ALCOHOLISMO

**25.** Los receptores para cannabinoides CB<sub>1</sub> y CB<sub>2</sub> son:

- A. Receptores que forman en su interior un canal para el ión Cl<sup>-</sup>
- B. Receptores acoplados a proteínas G
- C. Receptores que forman un canal catiónico para el Ca<sup>2+</sup>
- D. Receptores ionotrópicos
- E. Todas son correctas

**26.** El receptor CB<sub>1</sub> se expresa fundamentalmente en:

- A. Células del sistema inmune
- B. Bazo y amígdala
- C. Monocitos
- D. Sistema nervioso central
- E. Linfocitos B y T

**27.** Los endocannabinoides:

- A. No se almacenan en vesículas sinápticas
- B. Actúan en las proximidades del lugar donde se han liberado
- C. Son rápidamente inactivados tras su liberación
- D. Pueden actuar como mensajeros retrógrados
- E. Todas son correctas

**28.** El sistema endocannabinoide de la corteza prefrontal de sujetos alcohólicos suicidas está:

- A. Hiperactivo
- B. Hipoactivo
- C. No se encuentra alterado
- D. Desensibilizado
- E. Inactivo

29. ¿Qué fármacos disminuyen la ingesta de etanol tanto en ratones como en ratas con preferencia por el etanol?

- A. Los antagonistas selectivos de los receptores CB<sub>1</sub>
- B. Los agonistas selectivos de los receptores CB<sub>1</sub>
- C. Los inhibidores de la FAAH
- D. Los agonistas cannabinoides no selectivos
- E. Los cannabinoides naturales

30. El ensayo clínico que valoró la posible eficacia del tratamiento con rimonabant en la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos en periodo de desintoxicación ha demostrado que este fármaco:

- A. Aumenta significativamente la tasa de recaídas
- B. Disminuye significativamente la tasa de recaídas
- C. No produce efectos significativos frente a placebo
- D. Aumenta ligeramente la tasa de recaídas
- E. Ninguna de las anteriores

### TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN DE LA DISFUNCIÓN EJECUTIVA EN ADICTOS A SUSTANCIAS

31. Los más recientes modelos sobre la adicción contemplan este proceso como:

- A. Una enfermedad mental
- B. La concurrencia de varias enfermedades mentales
- C. Un daño cerebral progresivo y recurrente
- D. Un proceso cerebral complejo y multideterminado
- E. Una enfermedad cerebral crónica y recidivante

32. Entre las recomendaciones del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) para el desarrollo de tratamientos para adictos con deterioro cognitivo se encuentran todas las siguientes, excepto una:

- A. Probar un acercamiento cognitivo a la rehabilitación para mejorar los resultados del tratamiento
- B. Desarrollar instrumentos breves con sensibilidad para el cribado de déficits cognitivos
- C. Utilizar combinados de fármacos que disminuyan la sintomatología cognitiva
- D. Examinar la validez predictiva de las variables neurofisiológicas en el tratamiento de adictos
- E. Mejorar las estrategias de afrontamiento

33. En el síndrome dorsolateral o disexecutivo se producen, principalmente, las siguientes manifestaciones:

- A. Déficit en las funciones ejecutivas, en la ordenación temporal de acontecimientos y en la resolución de problemas
- B. Déficit en la memoria a largo plazo, déficits motores y sensoriales
- C. Déficits en la producción del lenguaje, hipersexualidad y dificultad en el reconocimiento de caras y objetos
- D. Anoognosia, alucinaciones auditivas y afasia
- E. Todas las anteriores

34. El concepto de AVD (actividades de la vida diaria) es central en la Terapia Ocupacional y se refiere a:

- A. Todas aquellas que la persona desarrolla en su ámbito habitual y que están relacionadas con el cuidado de sí mismo y la gestión de las interacciones con el entorno
- B. Todas aquellas de carácter productivo, cuya realización aporta un beneficio a sí mismo o a la comunidad
- C. Todas las vinculadas al ocio, cuyo objetivo es el entretenimiento y disfrute
- D. Todas aquellas conductas de tipo encubierto, como autoinstrucciones, verbalizaciones subvocales o ruminaciones, que están en la base de la actividad diaria de las personas
- E. Todas las anteriores

**35.** Entre las pruebas específicas de Terapia Ocupacional que pueden utilizarse para la evaluación de disfunciones ejecutivas en adictos se encuentran:

- A. *Wisconsin Card Sorting Test y Torre de Hanoi*
- B. Neuroimagen funcional y resonancia magnética
- C. *Trail Making Test y Toulouse Piéron*
- D. *Assessment of Motor and Process Skills y Chessington Occupational Therapy Neurological Assessment Battery*
- E. *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome y Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery*

**36.** El programa de rehabilitación propuesto se establece sobre tres niveles:

- A. Abstinencia, mantenimiento y recaída
- B. Detección del daño cerebral, intervención farmacológica y rehabilitación ocupacional
- C. Información, entrenamiento y evaluación de resultados
- D. Evaluación psicopatológica, prevención de recaídas y actividades de entretenimiento y creatividad
- E. Actividades habilitadoras, actividades propositivas y ocupaciones en la vida real

#### **MONFORTE Y O BARCO DE VALDEORRAS, DOS ÁREAS SANITARIAS DIFERENTES, ¿DOS PERFILES DIFERENTES?**

**37.** Características de la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte de Lemos:

- A. Es el centro más pequeño de la Red Asistencial de Galicia
- B. Dispone de un dispositivo de tipo "dispensario" en O Barco de Valdeorras
- C. Atiende a pacientes con criterios de DSM-IV-TR para trastorno por consumo de sustancias y/o juego patológico
- D. La voluntariedad de la persona que demanda asistencia, anonimato y gratuidad son las premisas básicas del servicio
- E. Todas son ciertas

**38.** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en:

- A. Sexo
- B. Edad
- C. Situación sociolaboral
- D. Vía de acceso
- E. Adicción principal

**39.** ¿Qué porcentaje de pacientes del área de Monforte se encuentra en situación laboral activa?

- A. 15 %
- B. 80 %
- C. 20,3 %
- D. 40,5 %
- E. 50,6 %

**40.** Vía de acceso:

- A. La vía de acceso principal en ambas áreas es diferente
- B. La iniciativa del sujeto destaca como mayoritaria en ambas áreas
- C. Los dispositivos del Servizo Galego de Saúde no son una fuente importante de nuevos usuarios en O Barco de Valdeorras
- D. Otros drogodependientes siguen siendo una vía importante
- E. Los centros penitenciarios derivan un gran número de usuarios

- 41.** En relación con las demandas de los usuarios:
- A. Los programas de tratamiento con derivados opiáceos son los mayoritarios en ambas áreas
  - B. En la zona de Valdeorras no se registró ninguna demanda de urinanalisis
  - C. El Programa de Tratamiento con Antagonistas Opiáceos no ha sido demandado en ningún caso
  - D. En el área monfortina ningún usuario demandó el ingreso en Comunidad Terapéutica ni Desintoxicación Hospitalaria
  - E. Todas son ciertas
- 42.** La droga principal que origina la demanda es:
- A. Heroína
  - B. Cocaína
  - C. Cannabis
  - D. Tabaco
  - E. Alcohol

#### **INTERVENCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN UN PACIENTE CON DEPENDENCIA AL ALCOHOL INGRESADO PARA LA DESINTOXICACIÓN**

- 43.** Mujer de 37 años, alcohólica y fumadora de un paquete/día, que desea abandonar el tabaco, ¿cuál sería el consejo médico más adecuado?
- A. Prescripción de un parche de nicotina/día de 20 mg
  - B. Prescripción de chicles de nicotina de 2 mg hasta 10 comprimidos al día
  - C. Prescripción del parche y chicles o comprimidos de nicotina cuando exista deseo de fumar
  - D. Escuchar y atender las demandas de la paciente para poder decidir la indicación y prescripción más adecuada teniendo en cuenta la globalidad de la situación
  - E. Solo intervendremos si la paciente está completamente segura de que desea abandonar definitivamente el tabaco
- 44.** Paciente con crisis epilépticas y psicosis injertada que quiere iniciar la cesación tabáquica, ¿cuál, entre los siguientes, es el tratamiento más adecuado?
- A. Bupropion
  - B. Varenicrina
  - C. Sustitutivos de nicotina
  - D. Varenicrina y bupropion
  - E. Ninguna
- 45.** Para tener una idea del grado de dependencia de un fumador se interroga sobre:
- A. Tiempo que lleva fumando y número de cigarrillos por día
  - B. Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo del día y número de cigarrillos por día
  - C. Número de cigarrillos por día y edad de inicio del consumo
  - D. Tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo del día y tiempo que lleva fumando
  - E. Capacidad de no fumar en lugares no autorizados
- 46.** ¿Qué técnica utilizaría delante de un fumador que no muestra ningún interés en el abandono del consumo?
- A. Respetar su decisión y abandonar la cuestión
  - B. Mostrar todos los efectos adversos del tabaco para hacer sentir culpable al paciente
  - C. Forzar una intervención de cesación
  - D. No se realizará intervención ya que no existe patología asociada al tabaco
  - E. Se llevará a cabo una intervención motivacional y de consejo breve

- 47.** Mujer de 36 años, embarazada de 15 semanas, que acude a una oficina de farmacia explicando que fuma 5 cigarrillos/día y que de hecho antes de quedarse embarazada fumaba un paquete diario. Pide consejo respecto a su consumo y a lo que debe hacer.
- A. Felicitarla por su logro y animarla a no volver a incrementar el consumo, ya que ahora fuma poco y los riesgos son menores para el feto
  - B. Aconsejarle comprimidos o chicles de nicotina
  - C. Aconsejarle el parche de 5 mg/16 h
  - D. Aconsejar la abstinencia de tabaco, reforzando sus logros actuales, y decirle que consulte a su ginecólogo de cara a la prescripción de sustitutivos de nicotina, como chicles o comprimidos
  - E. Aconsejarle alguna de las nuevas medicaciones, como vareniclina o bupropion

### DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS

- 48.** A veces resulta difícil diferenciar los síntomas derivados de la retirada de benzodiacepinas de aquellos que consisten en la reaparición de la sintomatología ansiosa que motivó la prescripción. ¿Cuál de las siguientes opciones te parece más apropiada para diferenciarlos?
- A. La intensidad de los síntomas: a mayor intensidad, mayor probabilidad de que se trate de una ansiedad rebote
  - B. La vida media del fármaco: a mayor vida media, más probabilidad de que se trate de un síndrome de abstinencia
  - C. La cualidad de los síntomas: si estos son psíquicos, se trata de un síndrome de retirada
  - D. El aspecto temporal y la cualidad de los síntomas: la reaparición de sintomatología ansiosa se da en las primeras horas y con síntomas similares a los que motivaron el inicio del tratamiento
  - E. El aspecto temporal y la cualidad de los síntomas: en el síndrome de abstinencia aparecen en los primeros días y destacan síntomas en el plano somático

- 49.** En cuanto a la sobredosis por benzodiacepinas, señale la respuesta correcta:

- A. Su antídoto es el flumazenilo, que posee una vida media larga
- B. Aparece con cierta frecuencia, ya que las benzodiacepinas carecen de un amplio margen terapéutico
- C. Es importante la valoración del riesgo autolítico del paciente
- D. El periodo de observación tras la administración de flumazenilo suele ser inferior a 2 horas
- E. La aparición de disartria no es compatible con un cuadro de sobredosis

- 50.** Marque la respuesta correcta sobre las benzodiacepinas en general:

- A. Son psicofármacos que tienen, únicamente, efecto ansiolítico
- B. Son fármacos menos seguros que los barbitúricos
- C. Actúan a nivel del sistema límbico incrementando la función gabaérgica a través de los receptores GABA tipo A
- D. Son estimulantes de la despolarización neuronal
- E. Disminuyen la actividad gabaérgica a través de los receptores GABA tipo B mediante la apertura de canales iónicos

- 51.** Sobre un paciente con dependencia a benzodiacepinas, ¿cuál de estas aseveraciones es verdadera?

- A. Encontraremos un fenómeno de tolerancia o necesidad de incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto
- B. El paciente experimentará somnolencia al abandonar bruscamente el consumo
- C. Con total seguridad podremos diagnosticar de dependencia a cualquier consumidor de benzodiacepinas
- D. No existe relación entre el antecedente de abuso de otras sustancias y la posibilidad de desarrollar dependencia a benzodiacepinas
- E. Los pacientes que desarrollan dependencia a benzodiacepinas son únicamente aquellos que han iniciado el consumo sin prescripción facultativa

52. Si necesitamos prescribir benzodiacepinas a un paciente, ¿cuál de las siguientes estrategias debemos contemplar para prevenir que desarrolle dependencia?

- A. Una vez que nos hayamos decidido a prescribirlas, si el paciente evoluciona favorablemente, podemos seguir prescribiéndoselas de por vida
- B. La dosis recomendada de benzodiacepinas será siempre, al comienzo, la máxima que se admite para su peso y edad, y después iremos reduciendo en función de los resultados
- C. Una adecuada valoración psicopatológica del paciente, que incluya su estado actual y sus antecedentes personales para precisar un diagnóstico correcto y una estrategia psicoterapéutica y farmacológica personalizada, son factores importantes que influyen en la prevención de dependencia
- D. Las benzodiacepinas potentes de vida media corta son preferibles a otras porque yugulan más efectivamente la sintomatología del paciente
- E. Todas las personas tienen igual predisposición a desarrollar dependencia a benzodiacepinas

#### **PATOLOGÍA DUAL: DEPENDENCIA AL ALCOHOL Y TRASTORNO ALIMENTARIO NO ESPECIFICADO DE LARGA EVOLUCIÓN**

53. En relación a la encefalopatía de Wernicke, señale la respuesta incorrecta:

- A. Se caracteriza por la tríada clásica de ataxia, anormalidades de la movilidad ocular y confusión
- B. El factor fundamental de la etiopatogenia es la toxicidad directa del alcohol
- C. Es una patología de instauración brusca y curso reversible con la correcta administración del tratamiento
- D. Las lesiones estructurales son simétricas y paraventriculares y pueden afectar a cuerpos mamilares, tálamo, hipotálamo, mesencéfalo, puente, fórnix y cerebelo
- E. El tratamiento consiste en la administración de dosis altas de tiamina parenteral

54. Respecto al uso de antipsicóticos en el tratamiento de la dependencia al alcohol, señale la respuesta correcta:

- A. Existe unanimidad respecto a la eficacia de los fármacos antipsicóticos para disminuir la ingesta de drogas en humanos
- B. Los fármacos antipsicóticos consiguen disminuir el *craving* en humanos mediante un bloqueo completo de los receptores dopamínergicos
- C. La elevada eficacia y baja tasa de efectos secundarios de los nuevos antipsicóticos aconseja su utilización en tratamientos dirigidos a la abstinencia
- D. El uso de este tipo de fármacos debe reservarse a pacientes dependientes a sustancias que presenten comorbilidad con un trastorno psicótico
- E. Todas son correctas

55. ¿Cuál de las siguientes razones justificaría la aplicación de los programas de consumo controlado en pacientes dependientes al alcohol?

- A. Baja conciencia de enfermedad
- B. La utilidad de estos programas de tratamiento como elemento motivacional previo a un tratamiento dirigido a la abstinencia
- C. El respeto a la autonomía y capacidad de decisión del paciente
- D. Fracasos terapéuticos continuados en un programa de tratamiento dirigido a la abstinencia
- E. Todas las anteriores

56. ¿Cuál de los siguientes tipos de fármacos no utilizaría, inicialmente, en el caso clínico descrito?

- A. Antiepilépticos
- B. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)
- C. Benzodiacepinas
- D. Interdictores del metabolismo del alcohol
- E. Complejo vitamínico B

57. En relación a la comorbilidad entre el consumo de drogas y los trastornos de la conducta alimentaria, indique cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- A. La comorbilidad entre anorexia nerviosa y el abuso o dependencia a sustancias se ha estimado en un 12-18 %
- B. La impulsividad es un rasgo de personalidad que suele estar presente en los trastornos de la conducta alimentaria y la adicción a drogas

- C. En una paciente con un trastorno de la conducta alimentaria, la existencia de conductas restrictivas orienta hacia un mayor riesgo de consumo de drogas
- D. Una de las hipótesis que justifican la mayor prevalencia del consumo de drogas entre mujeres anoréxicas es el uso de aquellas como medio para disminuir el apetito
- E. Todas son ciertas

**58.** En el caso clínico descrito, y después de su alta hospitalaria, ¿cuál sería el enfoque terapéutico más adecuado?

- A. Ingreso en una Comunidad Terapéutica
- B. Seguimiento por Unidad de Salud Mental y Unidad de Conductas Adictivas, de forma paralela
- C. Seguimiento en Unidad de Salud Mental y posterior derivación a Unidad de Conductas Adictivas, una vez remitido el trastorno alimentario
- D. Atención en Unidad de Salud Mental o unidad especializada en trastornos alimentarios, y asistencia semanal a grupos de autoayuda para su adicción al alcohol
- E. Derivación a un único dispositivo (Unidad de Salud Mental o de Conductas Adictivas) para el desarrollo de un plan integrado de tratamiento

### **PACIENTE BIPOLAR DUAL: UN RETO TERAPÉUTICO**

**59.** ¿Con qué tratamiento se debe tener especial precaución en un paciente con un trastorno bipolar dual en tratamiento con litio?

- A. Metadona
- B. Benzodiacepinas
- C. Ibuprofeno
- D. Metilfenidato
- E. Antidepresivos

**60.** ¿Cuál/es de las siguientes sustancias es consumida más frecuentemente por los pacientes bipolares?

- A. Nicotina y alcohol
- B. Cocaína y heroína
- C. Benzodiacepinas
- D. A y C
- E. Todas las anteriores

**61.** Indique cuál de las siguientes afirmaciones no es propia de los pacientes bipolares duales:

- A. Presentan con mayor frecuencia manía mixta
- B. El curso desfavorable de la enfermedad depende exclusivamente de la cantidad de tóxico consumido
- C. Tienen un riesgo elevado de suicidio
- D. Los episodios afectivos se caracterizan por un curso tórpido con dificultad para la recuperación completa de la sintomatología
- E. Es frecuente el viraje maníaco cuando se usan fármacos antidepresivos

**62.** De las siguientes combinaciones farmacológicas, ¿cuál sería la pauta más recomendable para un paciente con trastorno bipolar dual?

- A. Haloperidol y ácido valproico
- B. Ácido valproico y aripiprazol
- C. Quetiapina y fluoxetina
- D. Carbamacepina y quetiapina
- E. Sulpiride y litio

**63.** Respecto al uso de benzodiacepinas en pacientes bipolares duales, indique cuál de las siguientes es verdadera:

- A. No es frecuente el trastorno por dependencia de benzodiacepinas en pacientes bipolares
- B. Las benzodiacepinas consiguen mejorar la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes
- C. Se deben utilizar benzodiacepinas de vida media corta que resuelvan rápidamente los episodios de ansiedad
- D. Las benzodiacepinas ayudan en la estabilización del estado de ánimo
- E. Todas las aseveraciones son falsas