Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos
Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,8 créditos
Enfermería: 6,3 créditos
Farmacéuticos: 7,7 créditos

Volumen 3 - N.º 2 - 2001

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada.* Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en este área.

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos.* Ref.: Formación Continuada. Ediciones Doyma, S.L. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid.

SITUACIÓN ACTUAL Y EVOLUCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS ILÍCITAS EN ESPAÑA

67. En el período 1995-99 las edades medias de inicio al consumo de drogas ilícitas:

- ☐ A. Se han reducido para prácticamente todas las sustancias.
- ☐ B. Se mantienen estables en el caso del cannabis y han aumentado levemente para la cocaína y el éxtasis.
- ☐ C. Se han incrementado en todas las sustancias, en especial entre las mujeres.
- ☐ D. No han sufrido variaciones.
- ☐ E. Se han reducido para la cocaína y el éxtasis.

68. Los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas de 1999 confirman que las mujeres de 15-19 años, en relación a sus homólogos varones:

- ☐ A. Registran consumos habituales de cannabis y éxtasis en mayores proporciones.
- ☐ B. Los mismos niveles de consumos experimentales de cannabis y éxtasis.
- ☐ C. Mayores consumos experimentales de cannabis, éxtasis y cocaína.
- ☐ D. Menores consumos habituales y experimentales de las principales drogas de abuso.
- ☐ E. Mayores consumos habituales de cannabis, cocaína y éxtasis.

69. Las mayores prevalencias de consumo habitual («últimos 30 días») de drogas ilícitas, con la excepción de los opiáceos, se localizan:

- ☐ A. En el grupo de 20-24 años.
- ☐ B. Entre los varones de 30-35 años.
- ☐ C. En el grupo de 25-29 años.
- ☐ D. En el grupo de 15-19 años.
- ☐ E. Entre las mujeres de 15-29 años.

70. La evolución de los hábitos de consumo entre 1995-99 por sexo se caracteriza por:
- ☐ A. La moderación de los consumos en los dos sexos.
- ☐ B. El incremento de los consumos en proporciones similares en los dos sexos.
- ☐ C. La moderación de los hábitos de consumo entre los hombres y el incremento entre las mujeres.
- ☐ D. El incremento de los consumos en los hombres y la estabilización entre las mujeres.
- ☐ E. La moderación de los consumos entre los jóvenes de ambos sexos.

71. Los patrones de consumo de drogas a los cuales los ciudadanos les atribuyen mayores problemas para la salud son:
- ☐ A. Los consumos habituales de heroína, cocaína y cannabis.
- ☐ B. Los concumos habituales de heroína, alucinógenos y cocaína.
- ☐ C. Los consumos habituales y menos habituales de heroína, cocaína y éxtasis.
- ☐ D. Los consumos esporádicos de heroína y éxtasis.
- ☐ E. Los consumos menos habituales y menos habituales de heroína y cocaína.

72. Las dos acciones que los ciudadanos consideran más eficaces para resolver el problema de las drogas son:
- ☐ A. La educación en las escuelas y las campañas publicitarias.
- ☐ B. Las campañas publicitarias y la administración de metadona.
- ☐ C. La educación en la escuela y las leyes más estrictas contra las drogas.
- ☐ D. El control policial y las campañas publicitarias.
- ☐ E. La educación en la escuela y el tratamiento voluntario de los consumidores.

NEUROIMAGEN Y DROGODEPENDENCIAS

73. Los estudios de neuroimagen funcional, que evalúan el metabolismo cerebral de la glucosa, han comprobado que la administración aguda de cocaína, alcohol o benzodiazepinas, suelen producir:
- ☐ A. Un aumento global del metabolismo cerebral.
- ☐ B. Una disminución global del metabolismo cerebral.
- ☐ C. Ningún efecto sobre el metabolismo cerebral.
- ☐ D. Todas las anteriores respuestas son correctas.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores respuestas es correcta.

74. El abuso continuado de alcohol puede inducir:
- ☐ A. Dilatación de los ventrículos cerebrales.
- ☐ B. Disminución del tamaño del tercer ventrículo.
- ☐ C. Retracción del parénquima cerebral.
- ☐ D. Las respuestas (a) y (b) son correctas. La respuesta (c) no es correcta.
- ☐ E. Las respuestas (a) y (c) son correctas. Las respuestas (b) y (d) no son correctas.

75. Una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación, los pacientes dependientes del alcohol suelen presentar:
- ☐ A. Disminución general del metabolismo cerebral y del flujo sanguíneo cerebral.
- ☐ B. Disminución del tamaño del tercer ventrículo.
- ☐ C. Una tendencia a la recuperación del metabolismo cerebral del córtex frontal y parietal, durante la segunda quincena después de la retirada del alcohol.
- ☐ D. Las respuestas (a) y (c) son correctas. La respuesta (b) no es correcta.
- ☐ E. Las respuestas (b) y (c) son correctas. Las respuestas (a) y (d) no son correctas.

76. El abuso continuado de cocaína puede producir:
- ☐ A. Una mejoría de la circulación cerebral.
- ☐ B. Una disminución del riesgo de accidente vascular cerebral.
- ☐ C. Correlación entre los déficits neuropsicológicos y las áreas cerebrales que presentan una perfusión cerebral alterada.
- ☐ D. Todas las respuestas anteriores son correctas.
- ☐ E. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

77. Tras el cese del consumo continuado de cocaína (en abusadores de dicha sustancia), se produce:

☐ A. Una disminución del metabolismo en córtex frontal orbitario y ganglios basales, durante la fase de abstinencia aguda.

☐ B. Una disminución de la captación de raclopride (antagonista de los receptores dopaminérgicos D2).

☐ C. Un aumento persistente de las concentraciones de dopamina en las sinapsis.

☐ D. Las respuestas (a) y (b) son correctas. La respuesta (c) no es correcta.

☐ E. Las respuestas (a) y (c) son correctas. Las respuestas (b) y (d) no son correctas.

78. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

☐ A. La administración aguda de cocaína produce una disminución global del metabolismo de la glucosa cerebral.

☐ B. El estado de *craving* de cocaína, inducido por estímulos condicionados, ha sido asociado a una disminución de la actividad metabólica, en todas las estructuras límbicas.

☐ C. El SPECT de perfusión, de los pacientes alcohólicos recién desintoxicados, presenta un aumento del flujo sanguíneo cerebral en el córtex frontal.

☐ D. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

☐ E. Ninguna de las anteriores afirmaciones es cierta.

NUEVOS CONCEPTOS, NUEVO DISCURSO: TALLERES DE CONSUMO DE MENOS RIESGO

79. Los programas de reducción de riesgos y daños tienen como objetivo:

☐ A. Servir de puente a la abstinencia.

☐ B. Acercar a los UDVP a los servicios sanitarios.

☐ C. Facilitar información para drogarse adecuadamente.

☐ D. Reducir los riesgos y daños derivados del consumo de heroína.

☐ E. Favorecer el mantenimiento y la promoción de la salud.

80. Las teorías del cambio relacionadas con los Talleres de Consumo de Menos Riesgo refieren que:

☐ A. Si la persona ha decidido reducir sus conductas de riesgo, la información sobre cómo hacerlo es lo único importante para conseguirlo.

☐ B. Las experiencias fallidas anteriores de prevención y reducción de las conductas de riesgo confirman la incapacidad y el fracaso de la persona para con este objetivo.

☐ C. Existen situaciones inevitables que siempre conllevan conductas de riesgo, como la presión social o el tener deseos de consumo bajo síndrome de abstinencia. En estos casos, es imposible ejercer control.

☐ D. Conseguir evitar las conductas de riesgo es un proceso de cambio que implica el aprendizaje y el afrontamiento de las situaciones que lo cuestionan y lo dificultan.

☐ E. Si una persona no está preparada para cambiar no hay nada que hacer, volverá repetidamente a realizar conductas de riesgo.

81. Los Talleres de Consumo de Menos Riesgo deben formarse para:

☐ A. Los adolescentes en general.

☐ B. Las personas que realicen prácticas de riesgo y tengan la intención de cambiar.

☐ C. Cualquier persona que realice prácticas de riesgo.

☐ D. Las personas no infectadas por VIH y hepatitis.

☐ E. Cualquier persona susceptible de ser consumidora de drogas.

82. El contenido de los Talleres de Consumo de Menos Riesgo va dirigido a:

☐ A. El aprendizaje de cómo drogarse sin ningún riesgo para la salud, de forma que el consumo de drogas deje de ser un problema.

☐ B. Prevenir las sobredosis.

☐ C. Conocer los recursos asistenciales y sanitarios disponibles.

☐ D. Evitar el intercambio de jeringuillas.

☐ E. Aumentar la eficacia y la expectativa de resultado de las conductas de reducción de los riesgos y daños asociados.

83. ¿Cómo debo llevar a cabo la evaluación del Taller?:

☐ A. Preguntando a los participantes qué es lo que han aprendido en el tiempo que duró el Taller.

☐ B. No debo realizar ninguna evaluación especial, porque un clínico reconoce sin problemas los cambios en sus clientes.

☐ C. Debo pasar un cuestionario sobre satisfacción con el Taller.

☐ D. Debería realizar una evaluación de impacto (midiendo los cambios que ha habido) y una de proceso (valorando la calidad del Taller).

☐ E. Debo preguntar si han cambiado las conductas de consumo.

84. A la hora de diseñar un Taller de Consumo de Menos Riesgo, ¿qué es lo más importante que tengo que tener en cuenta?:

☐ A. Las características del grupo, los contenidos que voy a trabajar, la metodología que voy a utilizar y el diseño de la evaluación que voy a aplicar.

☐ B. Encontrar a la gente que va a participar en él.

☐ C. Tener en cuenta la disponibilidad de espacio en mi centro y mis horarios.

☐ D. Delimitar los contenidos a trabajar y cómo lo voy a hacer.

☐ E. Las características del grupo con el que voy a trabajar.

ASISTENCIA ESPAÑOLA A LOS PLANES NACIONALES DE DROGAS DE LOS PAÍSES DEL ESTE DE EUROPA

85. El número de propuestas presentadas por España fue:

☐ A. 5.

☐ B. 6.

☐ C. 9.

☐ D. 13.

☐ E. Ninguna de las anteriores es correcta.

86 ¿Cuál de las siguientes actividades es común en los cinco países?:

☐ A. Control y reducción de la oferta.

☐ B. Programas de reducción del daño.

☐ C. Implantación o mejora de un Punto Focal Nacional que asegure la recogida y procesado de información.

☐ D. Ampliación y mejora de la red de asistencia y reinserción.

☐ E. Todas las anteriores.

87. Indique cuál de los siguientes países no recibirá asesoramiento de España:

☐ A. Letonia.

☐ B. Rumania.

☐ C. Hungría.

☐ D. República Checa.

☐ E. Ninguno de los anteriores.

88. ¿Cuál de las siguientes tendencias no corresponde a los países del Este, según el último informe del Observatorio Europeo?:

☐ A. La demanda de tratamiento por dependencia de opiáceos va en aumento.

☐ B. El porcentaje de la población general, especialmente niños en edad escolar, que ha probado las drogas ilícitas al menos una vez está aumentando.

☐ C. El consumo de drogas se encuentra localizado en los grandes centros urbanos.

☐ D. La edad del consumo inicial o primer contacto tanto con sustancias legales como ilegales está descendiendo.

☐ E. Las pautas de consumo están cambiando, con un incremento de la heroína inyectada e importada sustituyendo a los opiáceos producidos localmente.

89. Los tres pilares fundamentales que pretenden implementar los países de Este son:
- ☐ A. Asistencia médica, Observatorio Nacional y Plan Nacional sobre Drogas.
- ☐ B. Observatorio Nacional, Legislación y Plan Nacional sobre Drogas.
- ☐ C. Reducción de la oferta, Observatorio Nacional y Plan Nacional sobre Drogas.
- ☐ D. Reinserción, reducción de la demanda y Plan Nacional sobre Drogas.
- ☐ E. Comisión Nacional de Drogas, Observatorio Nacional y Plan Nacional sobre Drogas.

90. España participa en estos proyectos por:
- ☐ A. Adjudicación directa.
- ☐ B. Por sorteo.
- ☐ C. Por concurso de méritos.
- ☐ D. Por turno.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores es correcta.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 3 - N.º 1 - 2001

LA COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE LOS IMPULSOS, LOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS Y LOS DE LA PERSONALIDAD

1. ¿Qué alteración de los sistemas de neurotransmisores se ha relacionado con los trastornos de la personalidad con alto grado de inestabilidad anímica?:

   Respuesta: b) Hipersensibilidad colinérgica.

   Se ha demostrado que los individuos con trastornos de la personalidad, caracterizados por un alto grado de inestabilidad anímica, tienen una hipersensibilidad colinérgica.

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos biológicos no se ha relacionado con los trastornos del control de los impulsos?:

   Respuesta: e) Alteración de la aldosterona.

   Se ha demostrado relación entre los trastornos del control de los impulsos y los siguientes aspectos biológicos: hiposerotonergia, hipodopaminergia, el modelo integrativo de Fogel y Stone, así como la mediación de ciertas hormonas como la testosterona, pero no la aldosterona.

3. ¿Cuál de las siguientes posibilidades de comorbilidad no fue descrita por Lyons y Tyrer?:

   Respuesta: d) Asociación exponencial.

   Las posibilidades de comorbilidad descritas por Lyons y Tyrer son: asociación morbosa por azar, por superposición, asociación reductiva, espectral y por predisposición, pero no exponencial.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre aspectos terapéuticos es falsa?

   Respuesta: b) Terapia multisistémica.

   Aunque en un principio incluso se encontró peor evolución de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad en programas de mantenimiento con metadona, posteriormente no se confirmó este peor pronóstico, incluso podría ser un tratamiento más apropiado que otros.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la utilidad de los ISRS es falsa?:

   Respuesta: e) Todas las posibles utilidades terapéuticas de los ISRS han sido estudiadas.

   Todavía existen muchas posibilidades terapéuticas de los ISRS que no han sido estudiadas y que requieren ser estudiadas, así como se requiere realizar más estudios controlados sobre las indicaciones actuales pues existen pocos.

6. Los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad son los de un patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón debe manifestarse en dos (o más) de las dimensiones siguientes, no siendo necesario en una, ¿cuál?:

   Respuesta: c) Fase onírica.

   Los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad son los de un patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón debe manifestarse en dos (o más) de las dimensiones siguientes: cognición, afectividad, actividad interpersonal, «control de los impulsos», pero no es necesario en la fase onírica.

ATENCIÓN A USUARIOS DE COCAÍNA DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES (CAD-4)

7. El tratamiento del abuso/dependencia de cocaína se basa, fundamentalmente:

   Respuesta: c) En el abordaje psicoterapéutico y el uso de fármacos que reduzcan la sintomatología asociada.

   La experiencia presentada se basa fundamentalmente en un abordaje psicoterapéutico en formato tanto grupal como individual y la farmacoterapia coadyuvante para la reducción de síntomas residuales o concomitantes al consumo. No disponemos en la actualidad de agonistas o antagonistas de utilidad en el tratamiento del consumo de cocaína.

8. Puede afirmarse, a tenor de los datos disponibles que:

Respuesta: e) La cocaína puede provocar complicaciones graves a nivel fisiológico, psicológico, sociorrelacional, legal.

Aunque en muchos casos los problemas derivados del consumo de cocaína han quedado solapados (por ejemplo, tras muchas muertes atribuidas a accidentes vasculares se encuentra esta droga como elemento causal), cada vez parece más evidente que la problemática asociada al abuso y/o dependencia de cocaína produce desestructuración personal de gran magnitud en todos los niveles de competencia del sujeto. La imagen social de la droga, sin embargo, ha evitado hasta fechas muy recientes una atribución causal que, en el caso de otras sustancias, como la heroína, han llegado a generar estereotipos sociales.

9. Los usuarios de cocaína, cuando toman conciencia de que tienen un problema:

Respuesta: e) Todas las anteriores son ciertas.

El consumo de cocaína no es nuevo en nuestro país. Tradicionalmente, los consumidores de esta droga acudían a dispositivos privados que, supuestamente, proporcionaban atención de más calidad y garantizaban el anonimato. En otras ocasiones, los problemas derivados del consumo no eran atribuidos por el usuario a efectos de la droga, y formulaban sus consultas en Atención Primaria, en relación a trastornos de ansiedad o depresión, omitiendo la información referente a la droga, lo que no posibilitaba una eficaz intervención del médico de familia. En los últimos años, los centros específicos de la red pública, a medida que han ido adaptando su estilo de intervención, han recibido un número creciente de demandas de tratamiento, crecimiento que aún no ha cesado y es previsible que continúe en los próximos años.

10. La interrupción del consumo de cocaína requiere:

Respuesta: e) Es precisa una valoración individualizada para determinar la necesidad de utilizar uno u otro recursos, sin descartar, en muchos casos, una interrupción abrupta sin sintomatología de gravedad.

En la mayoría de los casos, la interrupción del consumo no requiere intervención farmacológica, e incluso, tal interrupción se ha producido con anterioridad a la demanda de tratamiento por propia voluntad del adicto. En otros casos, será necesaria una intervención cuya magnitud vendrá determinada por la valoración individualizada del caso, por variables como el tiempo de consumo, la vía y la frecuencia de autoadministración, psicopatología asociada, etc. En determinado tipo de usuarios será necesaria la hospitalización ante la eventual presentación de graves complicaciones orgánicas o psicopatológicas, o por riesgo de suicidio.

11. En el protocolo de tratamiento que se presenta en el artículo, la intervención psicoterapéutica:

Respuesta: b) Se utilizan técnicas que han demostrado su eficacia en estudios controlados, al menos en el tratamiento de otras dependencias: Prevención de Recaídas y Procesos de Cambio.

La intervención psicoterapéutica desarrollada en la experiencia presentada delimita su marco teórico en teorías y técnicas contrastadas científicamente en estudios controlados, y, en algunos casos, con una larga tradición y una constancia de su eficacia. La Prevención de Recaídas, de Marlatt y Gordon, el Enfoque Transteórico de los Procesos de Cambio, de Prochaska y DiClemente, y la Teoría de la Conducta Planificada, de Aijzen, han generado multitud de estudios científicos que avalan su eficacia. Generalmente el tratamiento se aplica en régimen ambulatorio, pero en algunos casos es preciso una fase de ingreso en régimen residencial, en Comunidad Terapéutica Profesional, para garantizar una mayor intensidad de tratamiento.

12. Según la experiencia expuesta, el tratamiento de abusadores/dependientes de cocaína:

Respuesta: e) Ninguna de las anteriores es cierta.

En el estudio presentado se constata una mayor eficiencia en relación al tratamiento de otras dependencias: menor tiempo de tratamiento, mayores niveles de consecución de objetivos, mínima movilización de recursos humanos y materiales adicionales.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

13. Señale cuál de las siguientes orientaciones de intervención psicológica es la que posee mayor validación científica en al ámbito de intervención de las conductas adictivas:

Respuesta: c) Enfoque cognitivo-conductual.

En la actualidad la terapia cognitivo-conductual posee un apoyo científico del que no gozan el resto de orientaciones. El NIDA y la APA aportan evidencias en este sentido.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde con el Modelo de Prevención de Recaídas de A. Marlatt?:

Respuesta: b) Intervenciones de tipo cognitivo-conductual que ha sido aplicada con resultados muy positivos en el tratamiento de las conductas adictivas.

A. Marlatt propone un modelo de intervención de tipo cognitivo-conductual, orientado a proveer de habilidades de afrontamiento a los pacientes, con el objetivo de prevenir las recaídas en el consumo. Es un modelo ampliamente aceptado y utilizado en la actualidad dada su eficacia en el tratamiento.

15. Según los principios de tratamiento efectivo propuestos por el NIDA:

Respuesta: e) Las respuestas B y C son correctas.

Es asumido en la actualidad por los clínicos que intervienen en problemas de drogodependencia que, tanto las intervenciones psicológicas cómo la prescripción de fármacos son elementos esenciales en el tratamiento. El NIDA incluye tales indicaciones en los principios de tratamiento efectivo.

16. El procedimiento que entre sus estrategias utiliza la técnica de Economía de Fichas y los interdictores para el alcohol se denomina:

Respuesta: d) Enfoque de Refuerzo Comunitario.

Los interdictores pueden utilizarse conjuntamente con cualquier modalidad de intervención, pero la economía de fichas no es un técnica utilizada en los demás modelos propuestos.

17. La terapia breve:

Respuesta: b) Es un procedimiento de intervención útil en conductas adictivas.

La terapia breve es un procedimiento orientado a resolver problemas presentes y a un cambio comportamental más específico que la terapia a largo plazo. Es una intervención útil en personas sin severidad adictiva.

18. El análisis de cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo es fundamentalmente un abordaje de tipo:

Respuesta: a) Cognitivo-conductual.

Aunque el análisis de cogniciones podría realizarse desde cualquier tipo de intervención psicológica, es un procedimiento que define el modo de proceder de la terapia de tipo cognitivo-conductual.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

19. En los Tratamientos Sustitutivos con Nicotina (TSN), es cierto que:

Respuesta: c) Las concentraciones máximas de nicotina que se alcanzan son inferiores a las proporcionadas por la inhalación del humo del tabaco.

Debido a la absorción más lenta de la nicotina, las concentraciones máximas que se alcanzan con estos tratamientos son inferiores a las proporcionadas en la inhalación del humo del tabaco.

20. El análisis exhaustivo de los datos y resultados obtenidos en los primeros estudios con clonidina para dejar de fumar, revelaron:

Respuesta: e) Que los participantes en el estudio presentaban una historia de depresión mayor muy superior a la población general.

Un análisis de los datos reveló que los participantes en los estudios habían tenido en el pasado episodios de depresión mayor mucho más frecuentemente que en estudios sobre población general.

21. Con respecto a las tasas de abstinencia tabáquica logradas con la bupropión SR, podemos decir:

Respuesta: b) A las cuatro semanas son similares a las producidas por la bupropión más parche de nicotina.

La tasas de abstinencia a las cuatro semanas fueron significativamente más altas en los tres grupos con algún medicamento (48%, 60% y 67%, respectivamente, para los parches de nicotina, bupropión SR y bupropión más parche de nicotina) que en el grupo placebo (34%; $p = 0,005$; $p < 0,001$ y $p < 0,001$ respectivamente).

22. De la bupropión SR podemos decir que:

Respuesta: a) Uno de los efectos secundarios más frecuentes es la sequedad de boca.

Los efectos adversos que aparecieron con mayor frecuencia, 5% más que con placebo, fueron el insomnio y la sequedad de boca.

23. ¿Cuál de los siguientes fármacos actúa bloqueando los efectos periféricos y nivel del SNC de la nicotina?:

Respuesta: d) Mecamylamina.

La mecamylamina actúa bloqueando los efectos periféricos y a nivel del SNC de la nicotina.

24. En los fumadores con historia de enfermedad cardiovascular:

Respuesta: b) Los parches de nicotina son seguros, aunque deberán evitarse en el post-infarto inmediato o en pacientes con angina inestable o severa.

En los fumadores con historia de enfermedad cardiovascular los parches de nicotina son seguros y se ha demostrado que no producen efectos adversos cardiovasculares. Sin embargo, la seguridad de estos productos no ha sido establecida en el período inmediato del post-infarto de miocardio o en pacientes con angina inestable o severa.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES TOXICÓMANOS CON INFECCIÓN POR EL VIH

25. Respecto a los métodos de evaluación de la adhesión:

Respuesta: c) El autoinforme puede ser válido si se reduce la motivación a mentir y se valoran los últimos días.

Aunque el método más preciso actualmente es la monitorización electrónica, su coste lo hace inviable en la práctica clínica. El juicio del clínico se ha mostrado consistentemente como el menos fiable. Por tanto, si se asume que la adhesión suele ser imperfecta y se centran las preguntas en los últimos días, el autoinforme es hoy por hoy la opción más adecuada en la práctica clínica habitual.

26. Respecto a las nuevas terapias antirretrovirales combinadas:

Respuesta: e) Ninguna de las anteriores es cierta.

La eficacia es mayor que la efectividad, la cual ronda el 50%. El factor más consistentemente relacionado con tal disparidad es la adhesión al tratamiento. Una adhesión aceptable en este contexto debería superar el 95%, pues una adhesión de entre el 90-95% ya se asocia con una pérdida de efectividad en torno al 40% de la obtenible con un cumplimiento de entre 95-100%.

27. La probabilidad de que cepas del VIH resistentes a fármacos antirretrovirales sean seleccionadas:

Respuesta: d) B y C.

La selección de cepas virales resistentes a fármacos antirretrovirales depende tanto de la potencia del tratamiento como de la adhesión, siendo máxima cuando éstas se sitúan a niveles intermedios. Los antecedentes de consumo de tóxicos no muestran relación, y sólo el consumo actual de cocaína se ha relacionado con una mayor velocidad de replicación del virus, aunque no hay pruebas de que incida sobre la selección de cepas resistentes. El fenómeno de la resistencia y su propagación empieza a constituir un foco importante de preocupación.

28. La adhesión al tratamiento antirretroviral:

Respuesta: e) Ninguna de las anteriores.

La adhesión no muestra relación con factores socio-económicos ni con antecedentes de consumo, aunque sí con el nivel de apoyo social específico sobre el cumplimiento del tratamiento. Respecto a la participación en un programa de mantenimiento con metadona, hay datos que apuntan a que tal condición favorece unas tasas de adhesión equiparables o incluso superiores a las obtenidas en otras poblaciones.

29. En la combinación de metadona y fármacos antirretrovirales:

Respuesta: c) El uso de Nevirapina o Ritonavir puede desencadenar la aparición de síntomas de abstinencia.

La Nevirapina y el Ritonavir pueden motivar que aparezcan síntomas de abstinencia en sujetos que siguen un programa de mantenimiento con metadona, incidiendo así en unas tasas más altas de abandono del tratamiento antirretroviral. El AZT aumenta la concentración plasmática. Finalmente, los tratamientos que implican menos de tres fármacos de hecho ofrecen una potencia antirretroviral disminuida, con las consiguientes implicaciones sobre la posibilidad de favorecer la resistencia al fármaco; a pesar de que las pautas internacionales consensuadas explicitan que se debe favorecer una terapia combinada de tres fármacos, es cierto que frecuentemente muchos pacientes toxicómanos (por ejemplo, muchos que participan en programas de metadona) ven injustificadamente dificultado su acceso a tales modalidades. En el caso de inhibidores no nucleósidos, no existe evidencia de efectos de la metadona sobre la medicación antirretroviral.

30. Respecto a las intervenciones dirigidas a aumentar la adhesión:

Respuesta: a) Han de ser aplicadas de forma constante a lo largo del tratamiento.

La adhesión ha de ser evaluada constantemente en cada paciente, y explícitamente han de ser informados de la forma más completa posible sobre el fenómeno de la resistencia y los factores asociados; si es preciso se demorará la entrada en tratamiento antirretroviral hasta poder asegurar unas expectativas razonables de cumplimiento de la terapia. Se sabe que los clínicos con menor nivel de experiencia en el trato con pacientes toxicómanos tienen más probabilidades de prescribir tratamientos antirretrovirales insuficientemente potentes.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 3 - Monográfico - N.º 2 - 2001

¿SON ÚTILES LOS NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS?

31. Se denomina Psicofármaco:

Respuesta: c) Aquellos que se utilizan para las alteraciones de la esfera psíquica.

Los psicofármacos se definen como aquellos medicamentos que se utilizan para el tratamiento de las enfermedades mentales o perturbaciones de la esfera psíquica, que se manifiesta por signos o síntomas. Actúan en el cerebro y corrigen las modificaciones químicas que se producen.

32. Los neurolépticos o Antipsicóticos son aquellos que:

Respuesta: a) Se utilizan para tratar las diversas formas de ezquizofrenia, manía y agitación.

Los neurolépticos o antipsicóticos son psicofármacos utilizados para las diversas formas de la esquizofrenia, y también utilizados en la manía y en los cuadros de agitación.

33. Ante la aparición de un cuadro psicótico en el Síndrome de Abstinencia a Opiáceos, se recomienda como medicación:

Respuesta: e) Metadona + Neuroléptico.

Los antipsicóticos típicos presentan una alta incidencia de efectos secundarios y son capaces de desencadenar un síndrome de abstinencia a opiáceos. La administración de un neuroléptico en paciente en tratamiento con agonistas α-2 adrenérgicos puede agravar la hipotensión y desencadenar un síndrome orgánico cerebral. La recomendación terapéutica para el tratamiento de los pacientes con un cuadro psicótico en el síndrome de abstinencia a opiáceos es un neuroléptico atípico más metadona por su capacidad antipsicótica.

34. La olanzapina actúa:

Respuesta: e) Sobre la vía mesolímbica.

La olanzapina despolariza selectivamente las neuronas de la vía A10 (mesolímbica) pero no afecta a las de la vía A9 (nigroestriatal), por lo que tiene escasos efectos extrapiramidales.

35. Los trastornos psicóticos inducidos por estimulantes:

Respuesta: c) El consumo de estimulantes está relacionado etiológicamente con la alteración.

El criterio principal en el DSM-IV para realizar un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o por abstinencia de la sustancia, y el consumo está etiológicamente relacionado con la alteración.

36. La olanzapina:

Respuesta: d) Antagoniza las conductas inducidas por los antagonistas del receptor NMDA.

Se ha demostrado que la olanzapina se muestra activa antagonizando conductas inducidas por los antagonistas del receptor NMDA, dicho receptor está involucrado en la plasticidad neuronal y juega un importante papel en el aprendizaje y en la memoria; además este receptor media en la tolerancia y dependencia de opiáceos. No se ha encontrado una importante inhibición sexual asociada a la toma de olanzapina, y produce un aumento de los niveles plasmáticos de metadona, consiguiéndose niveles efectivos con menores dosis. Además la olanzapina mejora los síntomas negativos, afectivos y cognitivos que acompañan a la esquizofrenia.

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS. BASES FARMACOLÓGICAS

37. Las principales vías dopaminérgicas implicadas en los circuitos de recompensa son:

Respuesta: d) La A y la B.

Las dos principales vías dopaminérgicas implicadas en los circuitos de recompensa son la mesolímbica y la mesocortical. La vía mesolímbica tiene su origen en el área del tegmento ventral y proyecta al núcleo *accumbens,* el septo y la amígdala. Por su parte la vía mesocortical partiría también del área del tegmento ventral para terminar en las cortezas prefrontal y entorrinal.

38. Las propiedades «atípicas» de los nuevos neurolépticos se correlacionan significativamente con la siguiente ratio de afinidades:

Respuesta: b) 5-HT_{2A}/D_2.

Se ha descrito la existencia de una correlación significativa entre la ratio de afinidad por los receptores 5-HT_{2A}/D_2 y las propiedades «atípicas» de los nuevos neurolépticos. Esta combinación de su efecto sobre los sistemas dopaminérgico y serotonérgico puede, además de ser clave en su mecanismo de acción, convertirlos, al hilo de las teorías de la adicción descritas anteriormente, en fármacos importantes en el tratamiento del abuso de sustancias.

39. ¿Cuál de las siguientes combinaciones entre dos fármacos produce un incremento de los niveles de dopamina y noradrenalina extracelulares significativamente mayor que el de ambos fármacos por separado?:

Respuesta: a) Olanzapina y fluoxetina.

Se ha demostrado que el tratamiento combinado de olanzapina y fluoxetina produce un incremento de los niveles de dopamina y noradrenalina extracelulares significativamente mayor que el de ambos fármacos por separado. Por contra, la combinación de fluoxetina y haloperidol no produce un incremento de monoaminas superior al de la fluoxetina sola. Por su parte olanzapina y sertralina solo incrementan los niveles de dopamina.

40. El tratamiento con neurolépticos clásicos es capaz de reducir:

Respuesta: b) La paranoia pero no la euforia.

Se ha demostrado que el tratamiento con neurolépticos clásicos es capaz de reducir la paranoia pero no la euforia producida por el consumo de cocaína. Esta disociación entre la euforia y la paranoia producida por sustancias psicoestimulantes, implicaría quizá diferencias en los sustratos neurobiológicos que median ambos estados y podría explicar la aparente ventaja de los neurolépticos atípicos sobre los clásicos en el tratamiento de las adicciones a psicoestimulantes.

41. ¿Qué neuroléptico atípico parece ser efectivo tanto en el manejo del síndrome de abstinencia en alcohólicos, como en el mantenimiento del paciente en el posterior período de rehabilitación?:

Respuesta: c) Tiapride.

El neuroléptico atípico tiapride parece ser efectivo tanto en el manejo del síndrome de abstinencia en alcohólicos, como en el mantenimiento del paciente en el posterior periodo de rehabilitación. Esta efectividad podría ser debida a la baja propensión a la aparición de síntomas extrapiramidales durante su empleo.

42. ¿Cuál de los siguientes neurolépticos se ha descrito que puede desencadenar un síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia a opiáceos?:

Respuesta: c) Risperidona.

Se ha descrito que la administración de risperidona a pacientes con dependencia a opiáceos es capaz de desencadenar un síndrome de abstinencia.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

43. Entre las siguientes respuestas con respecto a la asociación del consumo de alcohol con los trastornos bipolares señale la respuesta verdadera:

Respuesta: d) El consumo de alcohol es más frecuente en los varones maníacos que en las mujeres maníacas.

El consumo de alcohol es más frecuente en fases maníacas que depresivas y es también muy frecuente la presencia de síntomas mixtos. La coincidencia de trastorno bipolar y alcoholismo en familiares solo se da en algunos casos.

44. La comorbilidad con drogas y alcohol en pacientes bipolares es:

Respuesta: e) Todas son falsas.

La comorbilidad de trastorno bipolar con alcohol y tóxicos es casi del 60% siendo mayor en los bipolares tipo I, en varones, y puede darse en pacientes ambulatorios aunque es más frecuente en los pacientes que ingresan.

45. El consumo de estimulantes en el trastorno bipolar:

Respuesta: a) Se produce fundamentalmente en fases maníacas.

El consumo de estimulantes parece ser más frecuente en fases maníacas. La comorbilidad es mayor con alcohol que con estimulantes. La fase depresiva no mejora con los estimulantes y el pronóstico empeora.

46. La comorbilidad con alcohol y drogas en el trastorno bipolar:

Respuesta: e) Solo son ciertas la B y la C.

Existe comorbilidad en el 50% de los primeros episodios psicóticos y esta asociación es más frecuente en las psicosis afectivas que en las no afectivas. Los adolescentes bipolares tienen un riesgo aumentado de comorbilidad con alcohol y otras drogas.

47. De entre los siguientes fármacos señale el más adecuado para tratar un paciente bipolar que abusa del alcohol:

Respuesta: d) Ácido valproico.

Estudios recientes indican que, en los pacientes bipolares que abusan de alcohol y otras drogas la respuesta al litio es menor encontrándose buenos resultados y una mejor adherencia farmacológica con el ácido valproico, no existen estudios que demuestren la eficacia de las hidantoinas.

48. Señale la respuesta verdadera:

Respuesta: d) Todas son falsas.

La comorbilidad de abuso y/o dependencia de drogas y alcohol en pacientes bipolares aumenta el número de hospitalizaciones y favorece los cuadros disfóricos, asociándose el consumo de alcohol a la presencia de cuadros mixtos y ciclaciones rápidas, además el consumo de alcohol y drogas enmascara el cuadro clínico de la enfermedad dificultando el diagnóstico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS Y CAMBIOS DE PERSONALIDAD CONCOMITANTES A UNA ADICCIÓN

49. Sólo uno de los siguientes es un síntoma diana del tratamiento farmacológico de las alteraciones de la personalidad, según Siever y Davis (1991):

Respuesta: d) Inestabilidad afectiva.

Sólo la inestabilidad afectiva es un síntoma diana del tratamiento farmacológico de la personalidad, según los mencionados autores. Los demás síntomas son citados en el DSM-IV como definitorios de diferentes trastornos de la personalidad.

50. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son especialmente útiles para:

Respuesta: b) Reducir la ansiedad a largo plazo.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina pueden ser útiles para tratar la ansiedad o la impulsividad. Pero su efecto no aparece inmediatamente. Por este motivo, no resultan eficaces para tratar la impulsividad durante una intoxicación.

51. En el tratamiento farmacológico de los cambios de la personalidad concomitantes a las adicciones, los neurolépticos:

Respuesta: a) Pueden reducir la impulsividad.

Los neurolépticos están indicados para reducir la impulsividad, pero en este área de la psicofarmacología no conviene instaurarlos rápidamente, ni administrarlos a dosis elevadas o asociados con anticolinérgicos.

52. La carbamacepina:

Respuesta: d) Se recomienda para tratar la inestabilidad afectiva.

La carbamacepina es potencialmente útil para tratar la inestabilidad afectiva independientemente de que exista epilepsia o ciclotimia. La acatisia no es su principal efecto secundario. Además, este fármaco tiene interacciones con la metadona. Por este motivo, es preferible indicar otros eutimizantes a los pacientes tratados con este agonista opioide.

53. Si tras instaurar un neuroléptico para tratar el déficit de control de impulsos asociado a una adicción se produce un incremento de la ansiedad, la decisión que debe adoptarse es:

Respuesta: c) Descartar acatisia.

Cuando se tratan los trastornos de personalidad con neurolépticos hay que evitar la confusión entre acatisia y ansiedad. Si el paciente sufre acatisia se recomienda reducir la dosis del neuroléptico, en vez de interrumpir este tratamiento o añadir anticolinérgicos.

54. El síntoma más difícil de comentar con el paciente como un objetivo del tratamiento farmacológico de los cambios y trastornos de la personalidad es:

Respuesta: c) Las distorsiones cognitivas.

La distorsión cognitiva es el síntoma más difícil de comentar, porque los juicios de la realidad que surgen a través de esta alteración se caracterizan por la baja autocrítica. Además, los comentarios relativos a los juicios de realidad pueden ser especialmente distorsionados por el paciente.

USO DE LA OLANZAPINA EN EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS ESTIMULANTES. UNA REVISIÓN

55. ¿Cuál es la principal diferencia entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos en la sintomatología de la esquizofrenia?:

Respuesta: e) La B y la D son correctas.

Los antipsicóticos clásicos son más eficaces en el control de la sintomatología productiva y menos en la deficitaria El ser poco eficaces en la sintomatología negativa se debe a que la vía dopaminérgica mesocórtico-prefrontal carece de autorreceptores dopaminérgicos, y estos fármacos no actuarían sobre ella y prácticamente no tendrían eficacia terapéutica sobre los síntomas negativos primarios.

56. ¿Cuáles son las principales ventajas de los antipsicóticos atípicos sobre los clásicos?:

Respuesta: b) Tienen una menor incidencia de sintomatología extrapiramidal.

Una de las principales ventajas de los antipsicóticos atípicos es la de tener menos efectos indeseables que los clásicos. No afectan a la prolactina y tienen pocos efectos extrapiramidales y poca incidencia de discinesia tardía. Por otra parte la aceptación del paciente es mayor.

57. Desde el punto de vista anatómico existen varias vías dopaminérgicas. ¿Cuál es la que utiliza la cocaína para producir sus efectos?:

Respuesta: a) Vía mesolímbica y mesocortical.

La cocaína promueve la adicción al hiperexcitar el circuito mesolímbico y mesocortical que aumenta la euforia. Este circuito consta de neuronas que se extienden desde el tegmento mesencefálico y forman sinapsis con neuronas del núcleo *acumbens*.

58. Señale que afirmación es correcta respecto al bloqueo de varios receptores por neurotransmisores de la olanzapina:

Respuesta: e) Bloqueo combinado de receptores dopaminérgicos D1, D2, receptores 5-HT2, 5-HT3, 5-HT6, 5-HT7 y muscarínicos M1-M4.

La olanzapina es un antagonista de la familia D1 y D2, M1-M4, 5-HT2C, 5-HT3, 5-HT6,5-HT7, H1.

59. Las interacciones farmacocinéticas entre olanzapina y fármacos que se metabolizan a través del citocromo P450 son importantes porque:

Respuesta: d) No se producen habitualmente interacciones farmacocinéticas con la olanzapina.

Se han realizado diferentes estudios para evaluar diferentes interacciones con olanzapina y varios sustratos del citocromo P450. Estudios de interacciones *in vitro,* indican que la olanzapina no inhibe las isoenzimas del citocromo, CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 y CYP3A no encontrándose interacciones farmacocinéticas entre olanzapina y fármacos que se metabolizan a través de estas isoenzimas.

60. Los antipsicóticos atípicos tal como la olanzapina puede ser útil en el tratamiento de la adicción a drogas estimulantes:

Respuesta: d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

Los pocos resultados clínicos que existen hasta la fecha en relación a la eficacia de la olanzapina en el abuso de drogas estimulantes como cocaína y drogas de diseño, indican su potencial utilidad como coadyuvante en el tratamiento, tanto en la disminución del consumo y ansiedad, así como en el control de los cuadros psicóticos producidos por abuso de anfetaminas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN JÓVENES CONSUMIDORES DE DROGAS DE SÍNTESIS

61. ¿A partir de qué cantidad pueden aparecer las intoxicaciones de MDMA?:

Respuesta: e) A partir de los 100 mg.

Las respuestas A, B, C, D oscilan entre los 50 y 80 mg, cantidad que se considera como dosis habitual. La respuesta E es la correcta ya que es a partir de los 100 mg. Cuando se han dado intoxicaciones.

62. De estos efectos del MDMA, ¿cuál es el más claramente agudo?:

Respuesta: a) Taquicardia.

La taquicardia es un efecto agudo del MDMA que puede aparecer pocas horas después de la ingesta. El resto de las respuestas son efectos subagudos que aparecen al menos 24 horas después.

63. ¿Qué diferencia existe entre los consumos de los derivados anfetamínicos de los años 80 y de los de mediados de la década de los 90?:

Respuesta: d) El desarrollo de una subcultura juvenil favorable a su uso.

El consumo se expande de forma masiva en los años 90 dentro de una subcultura juvenil que hace atractivo y envuelve en significados positivos el uso de estas sustancias.

64. Señala cuál es la principal innovación en la intervención propuesta:

Respuesta: e) El trabajo directo con jóvenes en su medio abierto.

La innovación que presenta este proyecto se basa en el trabajo educativo que realiza el equipo motor con los adolescentes sin sacarles de su medio.

65. ¿De qué factores depende el consumo de drogas en los jóvenes?:

Respuesta: a) El consumo depende de factores individuales de riesgo y de factores culturales juveniles.

Las carencias a nivel individual y cultural que los jóvenes presentan, son las que provocan que pertenezcan a una subcultura juvenil con determinados valores que compensan dichas carencias y uno de esos valores es el uso de drogas.

66. Dado el estudio presentado ¿en quién son más favorables y duraderos los cambios?:

Respuesta: b) En aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias y están dispuestos a un compromiso.

Está comprobado que los cambios positivos obtenidos son más duraderos en aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias y además tienen intención de cambio.