



Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 10 - N.º 1 - 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 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 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. San Vicente, 85, 3.º Puerta 11. 46007 Valencia.

ASPECTOS FARMACOLÓGICOS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON BUPRENORFINA-NALOXONA

1. La composición del preparado autorizado para su prescripción y dispensación de buprenorfina-naloxona en la unión europea contiene:
 A. 2 mg de buprenorfina y 2 mg de naloxona
 B. 2 mg de buprenorfina y 0,5 mg de naloxona
 C. 0,5 mg de buprenorfina y 0,5 mg de naloxona
 D. 2 g de buprenorfina y 2 g de naloxona
 E. 0,5 g de buprenorfina y 0,5 g de naloxona
2. En relación a las acciones de la buprenorfina sobre el receptor μ , ¿qué afirmación de las siguientes es correcta?:
 A. Presenta una alta afinidad por el receptor
 B. Presenta una baja afinidad por el receptor
 C. Se comporta como agonista parcial
 D. Se comporta como un agonista pleno
 E. las opciones a y b son correctas
3. En relación a las acciones de la buprenorfina sobre el receptor κ , ¿qué afirmación de las siguientes es correcta?:
 A. El antagonismo $\kappa 2$ se ha asociado a un relativo efecto antidepresivo
 B. El antagonismo $\kappa 2$ se ha asociado a la ausencia relativa de la disforia producida por los opiáceos
 C. El agonismo $\kappa 1$ y $\kappa 3$ se ha asociado al efecto analgésico mediado a nivel espinal
 D. Las opciones a y c son correctas
 E. Todas las respuestas son correctas
4. En relación a la absorción y al metabolismo de la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?:
 A. La buprenorfina por vía oral presenta una baja biodisponibilidad
 B. La buprenorfina por vía sublingual presenta una baja biodisponibilidad
 C. Por vía oral se produce un fenómeno de primer paso hepático, con un intenso metabolismo a este nivel
 D. La buprenorfina se metaboliza en norbuprenorfina
 E. Por vía sublingual, la buprenorfina produce un relativo mal sabor

5. En relación a los opiáceos y a la depresión respiratoria producida por su administración, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
- A. La buprenorfina presenta una mayor seguridad frente a una potencial depresión respiratoria central que la metadona
 - B. La buprenorfina presenta una mayor seguridad frente a una potencial depresión respiratoria central que el LAAM
 - C. El riesgo de depresión respiratoria con buprenorfina y otros opiáceos es similar
 - D. Los casos de muerte atribuible a depresión respiratoria por buprenorfina se han comunicado en personas con administración de dosis elevadas de este fármaco por vía intravenosa, en combinación con psicofármacos (benzodiacepinas generalmente)
 - E. En caso de sospecha de depresión respiratoria por sobredosis de buprenorfina, la utilidad de la administración de naloxona es limitada

6. En un paciente en tratamiento con buprenorfina, ¿cuál de los siguientes fármacos debe administrarse con precaución o evitar su administración por el riesgo de interacciones?
- A. Ketoconazol
 - B. Furosemida
 - C. Amoxicilina
 - D. Loratadina
 - E. Clonidina

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

7. En relación al concepto de calidad de vida autopercebida, es cierto que:
- A. No se han desarrollado cuestionarios u otro tipo de pruebas capaces de estimarlo adecuadamente
 - B. La OMS ha marcado la definición operativa que debe guiar los trabajos de investigación en diversos ámbitos de salud
 - C. Su principal cualidad es que puede limitar su contenido a elementos objetivos de salud
 - D. Es un constructo unidimensional, en la medida en que estima una concepción universal y transcultural de salud
 - E. Su principal cualidad es que proporciona una medida subjetiva formulada por el propio paciente

8. Moons, Budts y De Geest (2006), al revisar la literatura disponible, han encontrado diferentes conceptualizaciones habitualmente relacionadas con la de calidad de vida, entre las que no se encuentra una de las siguientes:
- A. Felicidad
 - B. Satisfacción con la vida
 - C. Plenitud espiritual
 - D. Satisfacción con la vida
 - E. Competencia social

9. ¿Cuál de los siguientes cuestionarios es específico para consumidores de drogas?
- A. IDUQOL
 - B. SF-36
 - C. MOS
 - D. EQ-5D
 - E. No se ha construido ningún cuestionario que mida específicamente la calidad de vida en la población consumidora de drogas

10. Entre los criterios metodológicos establecidos por el Comité Científico del *Medical Outcome Trust* (Trust SACotMO) en 2002 para desarrollar instrumentos de medición de la calidad de vida autopercebida, no está uno de los siguientes:
- A. Adecuación a los criterios conceptuales de la OMS
 - B. Fiabilidad
 - C. Validez
 - D. Sensibilidad al cambio
 - E. Interpretabilidad

- 11.** El cuestionario CAD-4 propuesto en el presente estudio:
- A. Está basado en una conceptualización biopsicosocial del concepto de calidad de vida.
 - B. Está construido por expertos de la atención directa a pacientes con problemas adictivos, desde la constatación empírica de los elementos implicados en la calidad de vida de estos pacientes
 - C. El análisis factorial confirma la estructura biopsicosocial del cuestionario, aunque no en su totalidad la distribución de escalas propuestas
 - D. Presenta validez convergente en las escalas relacionadas (funcionamiento psicológico y ansiedad) con instrumentos clínicos como el MCMI-II
 - E. Todas las anteriores son correctas

- 12.** Las diferencias encontradas entre las puntuaciones obtenidas en el CAD-4 entre adictos y población general:
- A. Sólo son significativas en las escalas de funcionamiento psicológico y funcionamiento social, lo que apunta al carácter eminentemente psicosocial de los problemas adictivos
 - B. La escala de adicción difícilmente discrimina entre consumidores de drogas y población general
 - C. El único elemento en el que se encuentra significación es en la utilización del tiempo libre que tienen los consumidores de drogas
 - D. Existen diferencias con un alto grado de significación en todas las escalas
 - E. Los resultados demuestran que las condiciones de salud de los sujetos consumidores de drogas son deficitarias en todas las áreas: biológica, psicológica y social

**PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES
CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE**

- 13.** ¿Cuál de las siguientes drogas son las más consumidas por los adolescentes españoles?
- A. Alcohol y cannabis
 - B. Alcohol y tabaco
 - C. Cocaína y alcohol
 - D. Cannabis y cocaína
 - E. Éxtasis y alcohol

- 14.** Dentro de las drogas ilegales, ¿cuál suele ser la de inicio más precoz?
- A. Cannabis
 - B. Cocaína
 - C. Éxtasis
 - D. Heroína
 - E. Alucinógenos

- 15.** Señalar la respuesta incorrecta
- A. La edad de inicio en el consumo de drogas legales es menor que en las ilegales
 - B. En los últimos años ha disminuido notablemente, hasta casi desaparecer, el consumo de heroína
 - C. Se ha incrementado el consumo de cocaína
 - D. El consumo de drogas ilegales en chicas adolescentes es más prevalente que en chicos
 - E. El consumo de drogas es más prevalente en adolescentes institucionalizados (centros de acogida, reforma, etc.)

- 16.** Con relación al alcohol no es cierto que:
- A. Es la droga más consumida entre los adolescentes españoles
 - B. La edad de inicio en el consumo se sitúa por debajo de los 15 años
 - C. Se relaciona con conductas disociales y trastornos afectivos
 - D. Se relaciona con intentos de suicidio pero no con suicidio consumado
 - E. Es frecuente su comorbilidad con el uso de otras sustancias y patología mental

17. Los psicoestimulantes (cocaína y éxtasis):
- A. Han aumentado su prevalencia
 - B. Se suele iniciar su consumo después de los 15 años
 - C. Generan síntomas psiquiátricos durante la intoxicación y abstinencia
 - D. Durante la intoxicación pueden producir problemas médicos graves
 - E. Su acción noradrenérgica justifica los trastornos psiquiátricos que inducen

18. La alta prevalencia de consumo de drogas en la psicosis se ha atribuido a:
- A. Capacidad de muchas drogas para inducir psicosis de larga duración
 - B. Presencia de factores comunes en su desarrollo de ambos trastornos (biológicos, psicológicos, sociales, etc.)
 - C. Utilización de las drogas como automedicación ante síntomas negativos y deficitarios
 - D. Protección ante determinados efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos
 - E. Todos los anteriores

**PREVALENCIA DE PSICOPATOLOGÍA EN DEPENDIENTES
AL ALCOHOL EN TRATAMIENTO AMBULATORIO**

19. El *Symptom Check List 90 Revised* (SCL 90-R) es un instrumento diseñado para:
- A. Evaluar los rasgos de personalidad
 - B. Valorar la intensidad del *craving* en adictos a sustancias
 - C. Detectar precozmente el abuso de sustancias
 - D. Evaluar el malestar percibido por síntomas psicopatológicos
 - E. Diagnosticar trastornos psiquiátricos

20. ¿Cuál de los siguientes criterios han demostrado su utilidad para detectar posibles casos patológicos en el SCL 90-R?:
- A. Una puntuación tipificada (PT) ≥ 63 en el GSI o en, al menos, dos dimensiones del SCL 90-R
 - B. La combinación entre puntuaciones directas GSI $\geq 0,75$ y PSDI $> 1,1$
 - C. Puntuación directa GSI $> 0,90$
 - D. Puntuación tipificada de GSI ≥ 70 , conforme a los datos normativos de la población de la que procede la muestra estudiada
 - E. Todas las anteriores son correctas

21. Con relación a la psicopatología presente en los enfermos alcohólicos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
- A. La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, entre los alcohólicos que reciben tratamiento, es inferior al 25%
 - B. Los hombres alcohólicos tienen una prevalencia de psicopatología superior a las mujeres
 - C. Las mujeres alcohólicas, evaluadas mediante el SCL 90-R, registran un menor número de síntomas que los hombres
 - D. La intensidad de los síntomas psicopatológicos, evaluados por el SCL 90-R, es menor entre los hombres alcohólicos con relación a las mujeres
 - E. Todas son falsas

22. ¿Qué dimensión del SCL 90R caracteriza en mayor medida a las mujeres alcohólicas con relación a los hombres dependientes al alcohol?
- A. Depresión
 - B. Hostilidad
 - C. Paranooidismo
 - D. A y B son correctas
 - E. A y C son correctas

23. ¿Cuál de las siguientes disfunciones, padecida por un enfermo alcohólico, no es frecuente que se relacione con una puntuación elevada en la escala de Psicoticismo del SCL 90-R?
- A. El déficit en la capacidad de adaptación al entorno
 - B. Un trastorno disociativo
 - C. Una crisis de angustia
 - D. Un cuadro psicótico inducido por sustancias
 - E. En todos los casos anteriores es habitual observar puntuaciones elevadas en la escala de Psicoticismo

24. ¿Cuál de los siguientes tipos de síntomas presentan menor prevalencia e intensidad entre los enfermos alcohólicos?
- A. Depresivos
 - B. De ansiedad
 - C. Somáticos
 - D. Ideación fóbica
 - E. Ideación paranoide

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

25. La buprenorfina es un fármaco:
- A. Agonista completo de los receptores opioides μ
 - B. Agonista parcial de los receptores opioides κ
 - C. Antagonista de los receptores opioides μ
 - D. Agonista parcial de los receptores opioides μ y antagonista de los receptores opioides κ
 - E. Agonista parcial de los receptores opioides κ y antagonista de los receptores μ

26. La dosis de metadona previa a la inducción a buprenorfina considerada como "segura" por la mayoría de las guías de uso clínico es:
- A. 70 mg/día
 - B. 80 mg/día
 - C. 40 mg/día
 - D. 10 mg/día
 - E. Ninguna de las anteriores

27. En el proceso de inducción a buprenorfina desde metadona, el tiempo transcurrido entre la última dosis de metadona y la primera de buprenorfina debe ser:
- A. Obligatoriamente de 24 horas
 - B. Siempre entre 24 y 48 horas
 - C. Es variable, según el peso del paciente
 - D. Es variable, según las preferencias del paciente
 - E. Es variable y habrá que esperar a que el sujeto experimente algunos síntomas leves de abstinencia

28. Los datos de este estudio señalan que a medida que las dosis medias de buprenorfina van aumentando día a día durante el proceso de inducción:
- A. Las puntuaciones en las escalas de SAO se mantienen estables
 - B. Los síntomas de SAO objetivo disminuyen rápidamente, desapareciendo al tercer día de la inducción
 - C. Los síntomas de SAO subjetivo disminuyen progresivamente, desapareciendo al cuarto día de la inducción
 - D. Las escalas de SAO muestran poca sensibilidad al cambio
 - E. Las respuestas B y C son correctas

29. En el primer día de inducción a buprenorfina, si tras la primera dosis el paciente presenta una cierta disminución de los síntomas de abstinencia, pero aún así persisten de forma intolerable:
- A. Se procederá a dar una dosis suplementaria de metadona para mitigar la abstinencia
 - B. Se puede optar por dar una segunda dosis de buprenorfina si la primera ha sido muy pequeña (por ejemplo 2 mg)
 - C. Se puede optar por dar medicación sintomática no opiácea (por ejemplo; AINE, clonidina o benzodiazepinas) y esperar al segundo día
 - D. Esta circunstancia contraindica el tratamiento con buprenorfina
 - E. Las respuestas B y C son correctas

30. En relación al preparado de buprenorfina/naloxona:
- A. La buprenorfina sublingual tiene una buena biodisponibilidad
 - B. La naloxona tiene escasa biodisponibilidad por vía sublingual
 - C. La biodisponibilidad de la naloxona por vía endovenosa es alta
 - D. En caso de autoadministración del preparado de buprenorfina/naloxona, ésta última ejercería su efecto antagonista, impidiendo el efecto de la buprenorfina
 - E. Todas las anteriores son correctas

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 9 - N.º 4 - 2007

ENCUESTA A PERSONAS ADMITIDAS A TRATAMIENTO POR ABUSO O DEPENDENCIA DE HEROÍNA O COCAÍNA, 2003-2004

102. ¿Cuáles fueron las características metodológicas principales de la encuesta a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína en España, 2003-2004?

Respuesta: C. Cuestionario mediante entrevista cara-a-cara a muestra aleatoria sistemática de pacientes admitidos a tratamiento por heroína o cocaína.

Se trata de un estudio transversal, en el que se aplicó un cuestionario estandarizado y precodificado mediante entrevista cara-a-cara a una muestra aleatoria sistemática de pacientes admitidos a tratamiento, en centros que realizaban tratamientos ambulatorios del abuso o dependencia de drogas de toda España, excepto País Vasco y Navarra (uno de cada 10 pacientes admitidos en cada centro).

Nótese que los pacientes fueron seleccionados en el momento de la admisión o entrada para tratamiento, por lo tanto, se trata de una muestra de pacientes admitidos a tratamiento, y no de pacientes en tratamiento. En este último caso, habría que haber seleccionado la muestra al azar entre los pacientes que estaban recibiendo tratamiento en cada centro un día determinado o entre aquéllos que habían recibido tratamiento en algún momento de un período dado (incluidos los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona u otro opioide).

Se trató de un muestreo aleatorio sistemático; es decir, los pacientes se seleccionaron al azar entre los que cumplían los criterios de inclusión (admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de heroína, cocaína o ambas drogas) y no se entrevistó a aquéllos que interesaban al encuestador, como es el caso de las muestras de conveniencia.

103. ¿Qué características tenían los admitidos a tratamiento por heroína en 2003-2004 en cuanto a la vía de administración de la heroína?

Respuesta: E. La vía por la que se iniciaron en el consumo de heroína más personas fue la pulmonar, y en 2003-2004 esta vía continuaba siendo la más extendida.

La vía inicial de consumo de heroína más utilizada fue la pulmonar (53,1%). La vía de administración más frecuente cuando comenzaron a consumir heroína habitualmente fue también la pulmonar (60,8%) y durante el mes previo a la admisión a tratamiento en 2003-2004 esta vía seguía siendo la más extendida (60%).

Los cambios en la vía principal de administración de la heroína en los consumidores fueron bastante frecuentes: la tercera parte de éstos dijo haber cambiado alguna vez de vía de administración habitual de la heroína. El cambio de vía más frecuente fue pasar de la vía inyectada a la pulmonar (42% de todos los cambios de vía de administración).

104. ¿Qué características tenían las personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína entre 2003-2004 en cuanto al consumo de cocaína?

Respuesta: B. Entre los admitidos por heroína estaba bastante extendido el uso de cocaína en polvo, el de cocaína base y el de mezcla de heroína y cocaína en la misma dosis.

En 2003-2004 entre los admitidos a tratamiento por heroína era bastante frecuente el consumo de cocaína en cualquiera de sus formas. Más del 30% había consumido cocaína en polvo durante el mes previo a la admisión a tratamiento, una proporción aún mayor había consumido cocaína base (crack), y un 46,5% había consumido mezcla de heroína y cocaína en polvo en la misma dosis durante el mismo período. La vía más frecuente de consumo en los 30 días previos a la admisión a tratamiento fue la intranasal o esnifada (63,6%).

El consumo de cocaína en base (crack) estaba mucho más extendido entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína (> 40%) que en los admitidos a tratamiento sólo por consumo de cocaína (15,5%). Las formas más frecuentes de consumo de cocaína base fueron «en forma de chinos» (papel de aluminio) y de «basuco» (pipa). El 66,8% de los consumidores de esta droga indicó que se la habían preparado ellos mismos a partir de clorhidrato de cocaína (cocaína en polvo), siendo el álcali más frecuentemente utilizado para hacerlo el amoníaco.

105. Entre los admitidos a tratamiento entre 2003-2004 por heroína o cocaína ¿cuál es la afirmación cierta sobre las conductas de riesgo para la transmisión del VIH?

Respuesta: A. En los admitidos a tratamiento por heroína continuaban estando bastante extendidas la inyección de drogas, las conductas de riesgo de inyección y las conductas sexuales de riesgo.

En 2003-2004 entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína continuaban estando bastante extendidas la inyección de drogas, las conductas de riesgo de inyección y las conductas sexuales de riesgo. De hecho, más de un 27% se habían inyectado drogas el año previo al tratamiento y, entre los usuarios de drogas por vía parenteral, un 21% había utilizado alguna vez en ese período jeringuillas previamente utilizadas por otros, y más de un 12% había cogido droga disuelta en una jeringa usada por otros. Además, más de un 65% no habían usado sistemáticamente preservativo en las relaciones vaginales o anales con las parejas ocasionales.

Entre los admitidos a tratamiento por consumo de cocaína están tan extendidas las conductas sexuales de riesgo como entre los admitidos por consumo de heroína. En cualquiera de los tres grupos de admitidos a tratamiento estudiados el uso sistemático del preservativo está bastante más extendido con las parejas ocasionales que con la pareja estable, al igual que sucede en la población general.

106. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la infección por el VIH entre los admitidos a tratamiento por consumo de heroína o cocaína entre 2003-2004 es cierta?

Respuesta: D. Más del 90% de los inyectadores de drogas se habían hecho previamente la prueba del VIH y conocían los resultados, y de ellos, casi un 30% eran seropositivos.

La gran mayoría (> 90%) de los usuarios de drogas por vía parenteral admitidos a tratamiento por heroína o cocaína en España en 2003-2004 se habían hecho previamente alguna prueba de detección de anticuerpos frente al VIH, y un 29,4% de los que conocían su estado serológico estaba infectado por el VIH.

En España, la información proporcionada por los usuarios de drogas por vía parenteral sobre su estado serológico frente al VIH es muy fiable, mucho más que en cualquier otro grupo con conductas de riesgo; porque, como se ha indicado, un alto porcentaje de pacientes se ha hecho alguna prueba para detectar anticuerpos frente al VIH y, en muchos casos, más de una. En los últimos años la prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral admitidos por consumo de heroína ha pasado del 32,0% en 1996 al 30,1% en 2003-2004.

Menos de la mitad de los admitidos a tratamiento por cocaína ente 2003-2004 conocían su estado serológico frente al VIH, y de éstos un 7% dijo que estaba infectado por el VIH. No obstante, la prevalencia real de infección en este colectivo debe ser menor, porque muchos no se la habían hecho, predominan probablemente aquéllos que tienen más conductas de riesgo. Entre los usuarios de drogas por vía parenteral admitidos a tratamiento sólo por consumo de cocaína, la prevalencia de infección por el VIH era alta (20,0%), pero más baja que entre los admitidos sólo por consumo de heroína (27,9%) o por heroína + cocaína (34,9%).

PINCHARSE SIN INFECTARSE: ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA INFECCIÓN DEL VIH Y VHC ENTRE INYECTORES

107. ¿Cuál de los siguientes comportamientos no facilita la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectable:

Respuesta: E. Inyección conjunta con cannabis

Entre los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de infección por el VIH se incluyen: compartir jeringuillas u otros instrumentos de inyección tales como algodones o *cookers* (en España se suelen usar cucharillas en Nueva York tapones de bebida metálicos); frecuencia e inyección; inyección de cocaína, e inyección mediada por las jeringuillas (por ejemplo, *backloading*).

108. En Nueva York, la tasa de infección del VIH entre inyectores desde los 90 hasta la actualidad:

Respuesta: C. Se ha reducido notablemente

Así, en Nueva York, con una tasa de infección por el VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral del 50% a principios de los 90, se ha pasado a una tasa actual de un 17%.

109. En Nueva York, la tasa de infección de la Hepatitis C entre inyectores desde los 90 hasta la actualidad:

Respuesta: D. Se ha incrementado.

La prevalencia de la hepatitis C entre jóvenes usuarios de drogas inyectables con más de 6 años inyectándose está entre el 64 y el 71%.

110. El programa *Staying Safe*:

Respuesta: E. Las opciones A y C son ciertas.

Staying Safe (nombre original del estudio) explora los comportamientos y mecanismos que conllevan evitar la infección por el VHC y VIH a largo plazo. En vez de enfocarlo en cómo y cuándo los inyectores se infectan (comportamientos de riesgo) investigamos sobre lo que se requiere para evitar la infección y mantenerse no infectado a largo plazo (mantenimiento de la no infección).

111. En relación a los comportamientos que pueden llevar al mantenimiento de la no-infección, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

Respuesta: D. Todas las anteriores afirmaciones son ciertas.

Hay indicios de que algunos de los comportamientos que ayudan al mantenimiento de la no infección han sido transmitidos de inyectador a inyectador. A su vez, algunas de las prácticas son llevadas a cabo en grupo o en diadas (por ejemplo, parejas). Las prácticas seguras se transmiten extendiéndose a las redes sociales de los usuarios de drogas por vía parenteral. Estos dos aspectos parecen clave a la hora de pensar en políticas de prevención para el VIH y VHC, al poner en evidencia la posibilidad de extender el conocimiento de estas prácticas y la implementación en inyección en grupo.

- 112.** Los autores denominan «intravención» a: la intervención para comunicar mensajes y prácticas para la prevención de infecciones que puede llevar a evitar la infección por el VIH y VHC a largo plazo.
 Respuesta: A. En el ámbito comunitario.
 Los autores creen que es posible una «intravención» (o sea intervención comunitaria para comunicar mensajes y prácticas para la prevención de infecciones) que puede llevar a evitar la infección por el VIH y VHC a largo plazo.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE CONTROL DE IMPULSOS Y ADICCIONES: EL MULTICAGE CAD-4

- 113.** Entre los cuestionarios que se utilizan como instrumentos de cribado para detectar consumo de alcohol están:
 Respuesta: B. El CAGE y el AUDIT.
 El CAGE y el AUDIT son los instrumentos de cribado más utilizados en la clínica, especialmente en Atención Primaria, para detectar la presencia de consumo problemático de alcohol. Su brevedad y su facilidad de aplicación son sus principales avales, así como su fiabilidad y validez, explorada en múltiples trabajos.

- 114.** Blas Bombín es un autor español que ha propuesto un cuestionario breve para la detección de conductas de juego patológico, al que ha denominado:
 Respuesta: B. Ludo-CAGE.
 Blas Bombín ha adaptado el CAGE para explorar conductas de juego patológico, formalizando un cuestionario al que ha denominado Ludo-CAGE.

- 115.** En relación al concepto de calidad de vida autopercebida, es cierto que:
 Respuesta: E. Algunos autores, como Young, han propuesto criterios tentativos y cuestionarios para su exploración, de cara a su posible inclusión en futuras clasificaciones diagnósticas.
 La Doctora Kimberly Young, de la Universidad de Pittsburg y creadora del *Center for On-Line Addiction* ha establecido una serie de criterios para diagnosticar el síndrome de la adicción a Internet, al que define como un deterioro en el control de su uso, que se manifiesta como un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos. También ha creado cuestionarios para la detección de este supuesto problema, alguno de ellos disponible on-line.

- 116.** MULTICAGE CAD-4 explora una serie de conductas problemáticas, adictivas y de descontrol de impulsos, entre los que no figura uno de los siguientes.
 Respuesta: C. Adicción al móvil.
 La adicción al móvil no ha sido contemplada en la presente versión del MULTICAGE CAD-4. Sin embargo, en futuras versiones es una de las posibles conductas problemáticas que deberían explorarse, entre otras.

- 117.** El uso del MULTICAGE CAD-4 permite:
 Respuesta: D. En ningún caso puede establecerse un diagnóstico a partir del MULTICAGE CAD-4, sólo permite un cribado preliminar que debe confirmarse posteriormente con pruebas (cuestionarios y entrevistas) más específicas.
 El MULTICAGE CAD-4 no puede pretender ser una prueba diagnóstica. Su utilidad se limita a la exploración preliminar de una serie de problemáticas. Si sus escalas proporcionan indicios de que alguno de los problemas pueda presentarse, el clínico debe profundizar en su estudio, mediante el uso de otros cuestionarios más específicos y, principalmente, a partir de la entrevista clínica.

- 118.** La principal utilidad de un cuestionario como el MULTICAGE CAD-4 sería:
 Respuesta: E. Todas las anteriores.
 La principal virtud de un cuestionario de cribado debe ser sacar a la luz problemas que no son explicitados por el paciente, por diversas causas, y cuyo conocimiento puede permitir una comprensión más global del individuo, tanto para el médico como para el psicólogo.
 Presentación de diferentes trastornos psicopatológicos en la dependencia de alcohol y cocaína.

- 119.** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:
 Respuesta: E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas.
 Algunos autores emplean el término comorbilidad para designar la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en un mismo sujeto, reservando el término «trastorno dual» cuando coexisten un trastorno por uso de drogas y un trastorno psiquiátrico. Estos mismos autores, para evitar confusiones conceptuales, han propuesto los términos de «comorbilidad heterotípica» y «comorbilidad homotípica».

120. Según el estudio NERSAC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Disorders), qué porcentaje de las personas con dependencia/abuso de cocaína presentan un trastorno por uso de alcohol.
Respuesta: C. 79%.
El 79% de las personas con dependencia/abuso de cocaína presenta un trastorno por uso de alcohol según el citado estudio. La cocaína era la droga que estaba más poderosamente asociada a los trastornos por uso de alcohol (OR = 19,2).

121. ¿Cuál de las siguientes razones es la que aparece mencionada, más frecuentemente, en la literatura científica para explicar el consumo conjunto de alcohol y cocaína?
Respuesta: E. Todas las opciones son correctas.
Las razones que aparecen mencionadas, más frecuentemente, en la literatura científica para explicar el consumo conjunto de ambas sustancias son: conseguir mayor duración e intensidad del efecto euforizante de la cocaína, disminuir la sedación y las alteraciones psicomotoras provocadas por el alcohol y aliviar la disforia ocasionada por la abstinencia de la cocaína.

122. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el cocaetileno no es correcta?
Respuesta: E. Provoca hipoprolactinemia.
El cocaetileno se une al transportador de la dopamina, bloqueando la recaptación de la misma e incrementando su concentración en el espacio presináptico en el núcleo accumbens, por lo que potencia los efectos fisiológicos y psíquicos de la cocaína, tales como euforia, hiperactividad, aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la presión diastólica, hiperprolactinemia y incremento de la ACTH.

123. Los estudios neurorradiológicos cerebrales realizados con PET, SPECT, RM, han señalado que el consumo prolongado de cocaína provoca:
Respuesta: D. Las respuestas A y B son correctas.
Majewska, basándose en diferentes estudios neurorradiológicos cerebrales realizados con PET, SPECT, RM, ha señalado que el consumo prolongado de cocaína provoca un estado de hipofrontalidad y disfunción de los núcleos de la base del cerebro que se manifestaría por diversos síntomas psicopatológicos como déficit cognitivos que afectan a la atención, abstracción y solución de problemas, anergia y anhedonia y, en algunos casos, serían el origen de los trastornos mencionados anteriormente.

124. Las parafilias son:
Respuesta: E. Todas las respuestas anteriores son correctas.
Se denominan parafilias a los trastornos de la conducta sexual caracterizados por la presencia de fantasías y/o conductas inusuales e incluso bizarras que provocan excitación sexual y orgasmo. Presentan dos características principales: son repetitivas y la supresión de la fantasía inhibe la excitación sexual. Existen múltiples tipos, siendo los más importantes los siguientes: exhibicionismo, fetichismo, froterismo, pedofilia, fetichismo travestista, sadismo, masoquismo y voyerismo.

FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA

trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,2 créditos
Enfermería: 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 1 - 2008

Señale la respuesta correcta con una × dentro del recuadro correspondiente

	A	B	C	D	E
1	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>				
5	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
6	<input type="checkbox"/>				
7	<input type="checkbox"/>				
8	<input type="checkbox"/>				
9	<input type="checkbox"/>				
10	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
11	<input type="checkbox"/>				
12	<input type="checkbox"/>				
13	<input type="checkbox"/>				
14	<input type="checkbox"/>				
15	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
21	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>				

	A	B	C	D	E
26	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>				
30	<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.....

