



# Autoevaluación y Formación Continuada en

## trastornos adictivos

Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

Volumen 10 - N.º 3 - 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.

Las preguntas se han adaptado a la estructura de *Trastornos Adictivos* a partir de las formuladas en el citado curso de teleformación sobre adicción a psicoestimulantes por el Dr. Álvarez.

### NEUROBIOLOGÍA DE LA COCAÍNA

67. ¿Cómo actúa la cocaína?
- A. bloqueando el transportador de la dopamina
  - B. Estimulando directamente los receptores de la dopamina
  - C. Inhibiendo la degradación de la dopamina
  - D. Favoreciendo la degradación de la acetilcolina
  - E. Todas las respuestas anteriores son correctas
68. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
- A. La sensibilización no está relacionada con el *craving*
  - B. La administración crónica de cocaína produce sensibilización conductual
  - C. La cocaína disminuye la concentración de AMPc intracelular
  - D. Las opciones A y B son correctas
  - E. Todas las respuestas son correctas
69. ¿Qué neuronas estriatales se activan con cocaína?
- A. Las neuronas estriatales de proyección
  - B. Las neuronas estriatales de la vía directa
  - C. Las neuronas estriatales de la vía indirecta
  - D. Las interneuronas estriatales
  - E. Todas las respuestas son correctas
70. ¿Cuál de los siguientes genes de expresión temprana aumenta con el tratamiento crónico de cocaína?
- A. c-Fos
  - B. Zif 268
  - C. DeltaFosB (DFosB)
  - D. c-Jun
  - E. NGFI-A

71. La vía mesocorticolímbica está implicada en:
- A. Mecanismos de adicción
  - B. Conducta estereotipada
  - C. Efectos psicóticos
  - D. Conducta estereotipada y efectos psicóticos
  - E. Ninguna de las anteriores

### EFFECTOS DE LA COCAÍNA EN EL SER HUMANO

72. Entre los síntomas que aparecen durante la abstinencia de cocaína están:
- A. Anorexia
  - B. Sedación
  - C. Hiperfagia
  - D. Midriasis
  - E. Todos estos síntomas aparecen durante la abstinencia de cocaína

73. Entre las sustancias que se han ensayado como posibles herramientas terapéuticas para el tratamiento de la dependencia de cocaína encontramos:
- A. La naloxona
  - B. Los bloqueadores beta
  - C. Los agonistas del calcio
  - D. La nicotina
  - E. La rivastigmina

74. Cuando la cocaína se fuma llega al cerebro:
- A. Más rápidamente que por vía endovenosa
  - B. Mucho más lentamente que por vía endovenosa
  - C. En un tiempo similar a la consumida por vía oral
  - D. En un tiempo similar a la consumida por vía intranasal
  - E. En un tiempo intermedio entre las vías intravenosa e intranasal

75. En función de la rapidez con que la cocaína llega al cerebro el grado de euforia es:
- A. Más intenso por vía intranasal que por vía endovenosa
  - B. Menos intenso pero más duradero cuando la droga es fumada
  - C. Más intenso que por cualquier otra vía cuando la droga es fumada o inyectada
  - D. Globalmente, mayor por vía oral, aunque sea mucho más lenta
  - E. Es independiente de la vía de ingesta

76. Las propiedades que tiene la cocaína como anestésico local se derivan de sus efectos sobre:
- A. La molécula transportadora de las monoaminas
  - B. Los canales de sodio
  - C. Los receptores dopaminérgicos del subtipo D2
  - D. Los receptores dopaminérgicos del subtipo D1
  - E. Los canales de potasio

### LAS ANFETAMINAS

77. La anfetamina aumenta las concentraciones extracelulares de dopamina mediante cuál de los siguientes mecanismos:
- A. Se une a los receptores dopaminérgicos presinápticos D2
  - B. Bloquea el transportador de dopamina
  - C. Vacía las vesículas intracelulares
  - D. La B y la C son ciertas
  - E. Ninguna es correcta

<p><b>78.</b> La sensibilización conductual producida por las anfetaminas se refiere a:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Un incremento de la respuesta a la anfetamina tras su administración repetida</p> <p><input type="checkbox"/> B. Al aumento de la liberación de dopamina</p> <p><input type="checkbox"/> C. Al carácter intermitente de las respuestas</p> <p><input type="checkbox"/> D. Un incremento de la respuesta a la anfetamina tras una única administración</p> <p><input type="checkbox"/> E. Ninguna es correcta</p>
<p><b>79.</b> El estado interno que produce la anfetamina influye en el aprendizaje de una tarea aprendida bajo sus efectos y sirve como:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Refuerzo</p> <p><input type="checkbox"/> B. Ansiolítico</p> <p><input type="checkbox"/> C. Psicoestimulante</p> <p><input type="checkbox"/> D. Estímulo psicótico</p> <p><input type="checkbox"/> E. Estímulo discriminativo</p>
<p><b>80.</b> Los efectos reforzantes de la anfetamina son debidos a:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Un aumento de la conducta de autoadministración</p> <p><input type="checkbox"/> B. Su acción anorexígena</p> <p><input type="checkbox"/> C. La estimulación de la vía dopaminérgica mesolímbica</p> <p><input type="checkbox"/> D. La activación del sistema GABAérgico</p> <p><input type="checkbox"/> E. La activación de los canales de potasio</p>
<p><b>81.</b> La activación locomotora producida por la anfetamina es debida a su acción sobre ¿qué sistemas de neurotransmisión?</p> <p><input type="checkbox"/> A. Glutamatérgico y GABAérgico</p> <p><input type="checkbox"/> B. Dopaminérgico y noradrenérgico</p> <p><input type="checkbox"/> C. Colinérgico y adrenérgico</p> <p><input type="checkbox"/> D. Serotonérgico y glutamatérgico</p> <p><input type="checkbox"/> E. A una acción sobre todos ellos</p>

<p><b>ÉXTASIS (MDMA) Y DROGAS DE DISEÑO: ESTRUCTURA, FARMACOLOGÍA, MECANISMOS DE ACCIÓN Y EFECTOS EN EL SER HUMANO</b></p>	
<p><b>82.</b> En relación con MDMA, señalar la opción incorrecta:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Se comercializó como anorexígeno</p> <p><input type="checkbox"/> B. Se ha utilizado como coadyuvante de la psicoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> C. Está incluido en la lista I de sustancias psicotrópicas</p> <p><input type="checkbox"/> D. Atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica</p> <p><input type="checkbox"/> E. Acaba de ser autorizado su registro en la Unión Europea</p>	
<p><b>83.</b> Respecto a los efectos psicológicos inmediatos de MDMA en consumidores, señalar la opción incorrecta:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Aumenta la empatía</p> <p><input type="checkbox"/> B. Produce apertura emocional</p> <p><input type="checkbox"/> C. Aumenta la actividad psicomotora</p> <p><input type="checkbox"/> D. Aumenta las percepciones sensoriales</p> <p><input type="checkbox"/> E. Todos ellos son potenciados por la acción conjunta de citalopram</p>	
<p><b>84.</b> Respecto a las alteraciones cognitivas producidas por MDMA a largo plazo, señalar la opción incorrecta:</p> <p><input type="checkbox"/> A. Los déficit en las funciones cognitivas se mantienen una vez suprimido el consumo y se relacionan con la intensidad del consumo</p> <p><input type="checkbox"/> B. Produce alteraciones de la memoria y aprendizaje</p> <p><input type="checkbox"/> C. No se revierten tras abstinencia prolongada</p> <p><input type="checkbox"/> D. Están relacionados con la intensidad del consumo</p> <p><input type="checkbox"/> E. Se asocian a un cuadro de neurotoxicidad dopaminérgica</p>	

85. ¿Cuál de los siguientes efectos fisiológicos no se observa en los consumidores de MDMA?

- A. Trismo
- B. Bruxismo
- C. Hipotermia
- D. Hipertensión
- E. Taquicardia

86. ¿Cuál de los siguientes efectos neuroquímicos no aparece en consumidores de MDMA a largo plazo:

- A. Disminución en la densidad del sistema transportador de serotonina
- B. No se han encontrado cambios en las neuronas dopaminérgicas estriatales
- C. Disminución de la concentración de 5-HIAA (ácido 5-hidroxi-indol acético) en el líquido cefalorraquídeo
- D. Aumento en la densidad de receptores 5-HT<sub>2A</sub> postsinápticos
- E. Disminución de la concentración de dopamina y sus metabolitos

### ÉXTASIS (MDMA): ESTUDIOS NEUROBIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO

87. ¿Cuál de los siguientes efectos neuroquímicos inmediatos no es producido por MDMA en roedores?

- A. Aumento en la liberación de 5-HT
- B. Aumento en la liberación de dopamina
- C. Aumento de la actividad de la monoaminoxidasa (MAO)
- D. Disminución en la actividad de la triptófano hidroxilasa
- E. Las opciones A y B son correctas

88. Respecto a la neurotoxicidad de MDMA, señalar la opción incorrecta:

- A. En la rata es de carácter serotoninérgico
- B. En el ratón es de carácter dopaminérgico
- C. En el ratón aparece con dosis más altas que las utilizadas en la rata
- D. En el mono aparecen signos de neurotoxicidad serotoninérgica
- E. En el mono y en consumidores humanos aparecen signos de neurotoxicidad dopaminérgica

89. Respecto a los efectos neurotóxicos de MDMA, señalar la opción correcta:

- A. La administración sistémica de MDMA no produce déficit neuroquímicos significativos a largo plazo
- B. La administración intracerebral de MDMA produce neurotoxicidad a largo plazo
- C. La neurotoxicidad de la droga parece ser debida a algún metabolito tóxico
- D. Únicamente se observa neurotoxicidad en dosis altas y repetidas
- E. Todas las respuestas anteriores son correctas

90. Respecto al efecto del MDMA sobre la temperatura corporal en roedores, señalar la opción incorrecta:

- A. La respuesta hipertérmica depende de la temperatura ambiente
- B. La ausencia de una respuesta hipertérmica es garantía de que el daño neuronal está siendo prevenido
- C. Existen compuestos neuroprotectores que previenen el efecto neurotóxico y no alteran la respuesta hipertérmica
- D. La MDMA altera la capacidad de termorregulación del organismo
- E. Todas las respuestas anteriores son correctas

91. Señalar la opción correcta:

- A. La MDEA es un derivado anfetamínico más potente que la MDMA
- B. La MDA no altera la temperatura corporal de los animales
- C. La MDA se diferencia fundamentalmente de la MDMA por sus propiedades alucinógenas
- D. La hipertermia de la MDMA aparece 4 horas después de la administración de la droga
- E. Las neuronas serotoninérgicas de los monos son más sensibles que las de la rata a los efectos tóxicos de la MDMA

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

92. Los consumidores de GHB buscan (señalar la opción incorrecta):
- A. Euforia
  - B. Relajación
  - C. Una disminución de la fatiga
  - D. Un incremento en la sociabilidad
  - E. Un incremento en la sexualidad
93. El GHB presente en el cerebro mamífero procede:
- A. Exclusivamente del metabolismo del GABA
  - B. De la ingesta de aminoácidos precursores
  - C. Del metabolismo de otros compuestos entre ellos el GABA
  - D. No se encuentra de forma natural en el cerebro
  - E. Las opciones A y B son correctas
94. El GHB:
- A. Se absorbe lentamente y se elimina en orina
  - B. Se elimina principalmente por metabolismo
  - C. Exhibe farmacocinética lineal y se elimina en orina
  - D. Se absorbe rápidamente y se une significativamente a proteínas plasmáticas
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas
95. Entre los efectos farmacológicos del GHB destacamos:
- A. Depresión dosis-dependiente del sistema nervioso central incluyendo amnesia, anestesia y coma
  - B. Efectos cardiovasculares como taquicardia, un incremento en el volumen sistólico y en el gasto cardíaco
  - C. Un efecto anabolizante demostrado por un incremento en la masa muscular y en el catabolismo de grasas
  - D. Un acortamiento del período de sueño REM, lo que le confiere utilidad en el tratamiento de la narcolepsia
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas
96. En lo que se refiere a los efectos adversos, el GHB:
- A. Produce efectos sobre el sistema nervioso central que aparecen rápidamente y son de larga duración
  - B. A dosis altas produce un estado de coma irreversible con depresión del sistema de activación reticular
  - C. Produce una marcada taquicardia y una elevación de la tensión arterial
  - D. Dificulta la respiración y produce apnea
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas

**ÉXTASIS LÍQUIDO: ESTUDIOS NEUROBIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO**

97. El GHB puede considerarse un neurotransmisor por las siguientes características:
- A. Existe una enzima encargada de su síntesis colocalizada con el GHB en neuronas presinápticas
  - B. Los receptores GHB están acoplados a proteínas G y se encuentran en áreas de inervación dopaminérgica
  - C. El GHB es liberado por neuronas y existe un sistema para su captación
  - D. A y C son correctas
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son falsas
98. Según numerosos estudios el GHB podría actuar a través del sistema GABAérgico (señalar la opción incorrecta):
- A. El GHB puede ser convertido en GABA
  - B. La administración de GBL, un precursor de GHB, produce efectos GABAérgicos
  - C. Ratones *knock-out* del receptor GABA<sub>B</sub> no exhiben varios de los efectos producidos por GHB en ratones *wild-type*
  - D. El GHB exhibe afinidad por el receptor GABA<sub>B</sub> actuando como agonista parcial
  - E. El GHB actúa como agonista en el receptor GABA<sub>A</sub>

99. El GHB disminuye rápidamente la liberación de dopamina. Podemos afirmar que (señalar la opción incorrecta):
- A. Los receptores GABA<sub>B</sub> están implicados en este efecto
  - B. La disminución de la liberación de dopamina es seguida de un aumento de dopamina en tejido
  - C. Esta disminución es responsable de la reducción en la actividad locomotora
  - D. La disminución en la liberación es responsable del efecto hipotérmico producido por el GHB
  - E. La disminución en la liberación de dopamina es inhibida por antagonistas del receptor GABA<sub>B</sub>

100. El GHB:
- A. Incrementa la liberación de opioides por acción en los receptores opioides
  - B. La naloxona bloquea algunos de los efectos producidos por el GHB actuando directamente sobre el receptor mu
  - C. No modifica los niveles de 5-HT en el estriado y áreas mesolímbicas, pero una disminución en el contenido de 5-HIAA resulta en un incremento en el recambio de 5-HT
  - D. Incrementa la síntesis de 5-HT mediante un aumento en la biodisponibilidad del triptófano
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son falsas

101. En lo que se refiere al GHB como droga con potencial adictivo los estudios indican que:
- A. Los efectos de discriminación de GHB están mediados únicamente por el receptor GABA<sub>B</sub>
  - B. En estudios de preferencia de plaza, las propiedades de refuerzo del GHB aparecen después de una única administración de la droga
  - C. Ratas que se autoadministran etanol muestran una tendencia a preferencia por el GHB en agua de bebida
  - D. El síndrome de abstinencia en seres humanos es de rápida aparición y resolución sin efectos residuales una semana después del último consumo
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son falsas

### NEUROBIOLOGÍA DE LAS METILXANTINAS

102. Respecto a la acción farmacológica de las xantinas:
- A. La teofilina posee una potencia de acción en el sistema nervioso central similar a la cafeína
  - B. Los efectos farmacológicos de las xantinas son similares entre sí
  - C. La cafeína se absorbe en el tracto intestinal de manera gradual
  - D. Mejoran la calidad del sueño y el rendimiento intelectual
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas.

103. Señale la opción incorrecta:
- A. Las xantinas son los psicoestimulantes más usados en el mundo
  - B. Las xantinas son derivados purinérgicos formados en exclusiva por heterociclos de pirimidina
  - C. Los niños ingieren grandes cantidades a través de refrescos y chocolates
  - D. Las sales que forman estos compuestos se disuelven fácilmente
  - E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas

104. El uso crónico de cafeína:
- A. La cafeína no produce tolerancia ni dependencia
  - B. La cafeína produce tolerancia y no dependencia
  - C. Produce un menor grado de insomnio en consumidores crónicos
  - D. Se ha demostrado que en seres humanos se produce tolerancia en efectos conductuales
  - E. Ninguna de las anteriores

105. La cafeína bloquea de forma no específica:
- A. El receptor D1
  - B. Los receptores de adenosina A1 y A2a
  - C. Los receptores D1 y A1
  - D. Los receptores muscarínicos
  - E. Todas las afirmaciones son correctas

106. De los siguientes productos cuál posee un menor contenido de cafeína:
- A. Café
  - B. Chocolate
  - C. Refrescos de cola
  - D. Té
  - E. Todos poseen la misma cantidad de cafeína

# Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 10 - N.º 2 - 2008

## EFICACIA Y MANEJO CLÍNICO DE LA BUPRENORFINA

- 31.** Responda lo correcto sobre la naturaleza de la buprenorfina:  
 Respuesta: B. Es un opiáceo semisintético.  
 La buprenorfina es un opiáceo semisintético derivado de la tebaína, sintetizado en 1968 para el tratamiento del dolor; está clasificada en el grupo de las oripavinas. Tiene una estructura hexacíclica que lo diferencia de los opioides naturales como la morfina o la codeína, o de los derivados semisintéticos como la heroína, cuya estructura es pentacíclica.
- 32.** En relación al perfil farmacológico de la buprenorfina, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:  
 Respuesta: E. Todas las afirmaciones anteriores son correctas.  
 La buprenorfina tiene una elevada afinidad por los receptores opioides, lo que condiciona su utilidad clínica. La buprenorfina es un fármaco que actúa como agonista parcial del receptor  $\mu$  y como antagonista del receptor  $\kappa$ . Como es un agonista parcial, cuando se administra en monoterapia tiene acciones agonistas pero cuando se administra concomitantemente con un agonista puro puede comportarse como un antagonista. Dado que la buprenorfina tiene una fijación a los receptores muy intensa, su acción es duradera y por lo tanto su supresión conlleva una abstinencia de aparición tardía y de intensidad menor a la de los agonistas puros.
- 33.** El objetivo de la asociación de buprenorfina con naloxona es:  
 Respuesta: A. Minimizar el abuso por vía parenteral.  
 Obadia et al describieron en 2001 que un 70,5% de los pacientes en un programa de mantenimiento con buprenorfina había utilizado el fármaco por vía endovenosa durante los últimos seis meses. Por ello se han desarrollado nuevas presentaciones que asocian buprenorfina con naloxona, con lo que se minimiza el abuso por vía parenteral.
- 34.** En relación a los efectos adversos del tratamiento con buprenorfina, ¿cuál de los siguientes efectos adversos es raro que ocurra con su administración?:  
 Respuesta: D. Prolongación del intervalo QT.  
 Existe evidencia clínica de que el LAAM y la metadona, al prolongar el intervalo QT, pueden producir *torsades de Pointes*, que es una arritmia ventricular potencialmente mortal. Por este motivo el LAAM fue retirado del mercado español. No se ha descrito este efecto adverso con la buprenorfina e incluso se ha descrito el caso de un paciente que siendo tratado con altas dosis de metadona presentó esta arritmia, la cual revirtió al cambiar la metadona por buprenorfina.
- 35.** En relación a la seguridad de buprenorfina:  
 Respuesta: E. A y B son ciertas.  
 El uso de buprenorfina es más seguro que el de otros opiáceos. Al cuantificar el número de muertes por sobredosis, en Francia, se evidenció que el descenso de estas coincidía con el inicio de la utilización de buprenorfina. Se registraron 454 defunciones en 1993 y 120 en 1999. Se estima que la mortalidad por sobredosis en los pacientes tratados con metadona es 10 veces superior que la que presentan los tratados con buprenorfina.
- 36.**Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la buprenorfina es correcta:  
 Respuesta: E. Todas las respuestas anteriores son correctas.  
 La buprenorfina es un agonista opiáceo que tiene la misma efectividad clínica que la metadona cuando se administra en dosis adecuadas. El efecto está directamente relacionado con la dosis administrada, por lo que debe ser suministrada en dosis medias-altas. En los estudios en los que se sugieren diferencias entre ambos fármacos, siempre se señala que la metadona sería más efectiva, especialmente en pacientes que necesitan dosis muy alta, y la buprenorfina sería más segura, con menos interacciones y posiblemente mejor tolerada en la desintoxicación de opiáceos.

## TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

- 37.** El objetivo básico y fundamental de la Terapia Ocupacional es:  
 Respuesta: C. Conseguir la máxima independencia de la persona.  
 La Terapia Ocupacional va a utilizar todas aquellas actividades que tienen algún tipo de valor y sentido para la persona y que sean de su interés. Por otro lado, analiza las condiciones del entorno buscando qué aspectos dificultan la autonomía personal y la posibilidad de transformarlos para convertirlos en favorecedores o al menos en no bloqueadores, con el fin de conseguir la máxima independencia de la persona.

38.	<p>El uso que hace la Terapia Ocupacional de la actividad humana es:                  Respuesta: B. Como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos.                  La Terapia Ocupacional se basa en el estudio de la ocupación humana y utiliza la actividad con un propósito, como instrumento de intervención para el logro de sus objetivos, bien sea como medio o como fin terapéutico.</p>
39.	<p>La principal aportación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud es:                  Respuesta: D. Utiliza términos de salud y estados de salud.                  La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud desde los comienzos de su elaboración se pronuncia por un enfoque biopsicosocial y ecológico. La Organización Mundial de la Salud abandona el enfoque «consecuencias de la enfermedad» para enfocar el objetivo hacia «la salud y los estados relacionados con la salud».</p>
40.	<p>Para el Modelo de Ocupación Humana la «habitación» se define a partir de:                  Respuesta: A. Hábitos y roles.                  El Modelo de Ocupación Humana define la «habitación» como una disposición internalizada para mostrar patrones consistentes de comportamiento guiados por nuestros hábitos y roles y ajustados a las características del ambiente.</p>
41.	<p>La Terapia Ocupacional proporciona al tratamiento instaurado por el equipo terapéutico:                  Respuesta: D. Validez ecológica.                  La práctica de los programas de Terapia Ocupacional se desarrolla en ambientes y circunstancias reales o lo más próximo a ellas. Además, el utilizar como instrumento terapéutico actividades cotidianas significativas y de relevancia para la persona, le otorga validez ecológica al programa general de intervención.</p>
42.	<p>El proceso de valoración en terapia ocupacional comprende dos pasos, que son:                  Respuesta: B. Elaboración del perfil ocupacional y un análisis del desempeño ocupacional.                  El proceso de la Terapia Ocupacional se inicia con la valoración que comprende: a) elaboración del perfil ocupacional del paciente, para lo que debemos investigar sobre la historia ocupacional del paciente a lo largo de su vida, sus hábitos, intereses, valores y necesidades percibidas, así como las prioridades que sugiere, y b) un análisis del desempeño ocupacional, en donde se identifican más específicamente los problemas potenciales del paciente. Se investiga sobre dificultades en el desempeño en el entorno real y se tienen en cuenta las características de este y las personales del paciente.</p>

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

43.	<p>En relación con las determinaciones positivas de cotinina para el consumo de tabaco las muestras se consideraron positivas a partir de:                  Respuesta: B. 25 ng/g.                  La pregunta apunta a señalar los niveles que puede alcanzar en el feto el consumo de tabaco habitualmente no considerados como problema e induce a reevaluar sus efectos (incluso sobre terceros como fumadores pasivos)</p>
44.	<p>Las determinaciones en meconio señalaron que el 44,0% de las muestras eran positivas para consumo de:                  Respuesta: D. Alcohol.                  La pregunta apunta a señalar los niveles que puede alcanzar en el feto el consumo de bebidas alcohólicas y reconsiderarlas en el contexto de otras drogas donde suele concentrarse sesgadamente la alarma social</p>
45.	<p>El consumo de alcohol considerando los niveles de FAEE en meconio y las semanas de gestación se relacionaron con:                  Respuesta: A. Tiempos significativamente más prolongados de gestación.                  La pregunta procura reforzar el conocimiento sobre los efectos del alcohol retardando el período de gestación.</p>
46.	<p>Las mujeres que recibieron información en la consulta sobre los riesgos del consumo de drogas ilícitas durante el embarazo alcanzaron a:                  Respuesta: D. Menos del 10 % recibió información                  Los porcentajes que indican a menos del 10% buscan centrar la atención en uno de los problemas que puede tener solución en el corto plazo como es la nueva mirada del sector salud en estos problemas.</p>

**47.** El estudio encontró que en los recién nacidos, de madres consumidoras de alcohol, los valores de peso al nacer y el perímetro cefálico fueron:  
 Respuesta A. Inferiores a los de los recién nacidos de las madres no consumidoras.  
 Establece la pregunta las consecuencias registradas en el feto en relación con el uso de alcohol durante el embarazo.

**48.** Se constató que las madres de los recién nacidos con muestras de meconio de FAEE positivo fueron:  
 Respuesta: A. Más jóvenes y tuvieron un índice de masa corporal (IMC) más bajo.  
 La pregunta destaca elementos de valor semiológico para el consumo de alcohol en la consulta obstétrica.

### **RAZONES PARA EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA**

**49.** La retención en los programas de tratamiento de las adicciones suele ser del:  
 Respuesta correcta: D. > 20% y < 40%.  
 Si la tasa de abandono es mayor del 60% y menor que el 80%, su inversa (la tasa de retención) será mayor del 20% y menor del 40%.

**50.** En el estudio de los abandonos de los tratamientos en drogodependencias (señale la respuesta falsa):  
 Respuesta correcta: A. Habitualmente se pregunta directamente a las personas que abandonan los programas de tratamiento  
 En muy pocas ocasiones se pregunta a los pacientes el motivo del abandono del tratamiento, a pesar de que sus motivaciones pueden resultar cruciales para abordar la mejora de los tratamientos.

**51.** En los estudios en que se ha preguntado a los pacientes por los motivos que les han inducido al abandono (señale la respuesta verdadera):  
 Respuesta correcta: C. Se han puesto de manifiesto aspectos concretos para mejorar la retención.  
 Esta es una de las utilidades principales de este tipo de estudios.

**52.** Desde un punto de vista sociodemográfico (señale la respuesta verdadera):  
 Respuesta correcta: C. Los pacientes varones y más jóvenes tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.  
 Los pacientes varones y más jóvenes son los que tienen una mayor probabilidad de abandono del tratamiento.

**53.** En los estudios realizados en España hasta el momento, la razón más señalada por aquellas personas que abandonan el tratamiento después de haberlo seguido más de tres meses es:  
 Respuesta correcta: A. No querer continuar con las limitaciones que impone el tratamiento.  
 «No querer continuar con las limitaciones que impone el tratamiento» es la razón más señalada en los estudios de Fernández-Hermida et al y López-Goñi et al.

**54.** En el área de estudio sobre los abandonos (señale la respuesta falsa):  
 Respuesta correcta: A. La experiencia clínica apenas muestra reingresos en los tratamientos tras los abandonos.  
 La experiencia clínica muestra que muchos pacientes regresan nuevamente a un programa de tratamiento tras haber abandonado. Es más, incluso los abandonos previos se han llegado a identificar como predictores de la finalización de tratamientos posteriores.

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

**55.** En relación con la oferta de atención, la estructura de los CAD del Ayuntamiento de Madrid oferta a los pacientes en la fase inicial entrevistas con:  
 Respuesta: E. Todas las anteriores son ciertas.  
 En la fase inicial todas las áreas del CAD conciertan entrevista con la persona que acude en orden a conformar una pauta de tratamiento, consensuada en reuniones de área donde se intercambia la información obtenida en las entrevistas.

56.	<p>El concepto de abandono que se maneja y desarrolla en este artículo queda definido como:                  Respuesta: C. La decisión tomada por los profesionales del CAD al no tener noticias del sujeto sin mediar aviso de causas.</p> <p>En la revisión periódica de expedientes por parte de los profesionales se detectan en los mismos las no asistencias a las sesiones ofertadas por parte de los pacientes, sin que haya existido aviso personal o telefónico, lo que implica el cierre del expediente tipificado como abandono.</p>
57.	<p>En relación con la motivación de los sujetos que reciben atención en el CAD:                  Respuesta: E. Ninguna de las anteriores es correcta.</p> <p>Hay tantas medidas y grados de motivación como pacientes, incluso estos varían por momentos y/o situaciones. Obviamente, ninguna de las respuestas es correcta ya que no se corresponden con el tipo de actuación de los profesionales ni con las características de los sujetos.</p>
58.	<p>Entre los objetivos de tratamiento que los propios pacientes generalmente definen como suyos, podemos citar:                  Respuesta: E. Todas las anteriores.</p> <p>Los objetivos de tratamiento son muy variados y pueden diferir según el punto de vista del profesional o del paciente. En este artículo se citan todos los enumerados en las respuestas como los objetivos que los pacientes, de forma general, tratan de alcanzar, si bien la lista no es exhaustiva.</p>
59.	<p>El hecho de seguir el proceso de rehabilitación que los diferentes profesionales del CAD proponen a los pacientes, resulta:                  Respuesta: E. Las respuestas A y C son falsas.</p> <p>Obviamente, y dada la gravedad de los casos que requieren asistencia en un CAD, el problema no se soluciona a base de «todo tipo de medicación» y los pacientes se ven obligados a soportar situaciones de ansiedad y malestar que antes solucionaban consumiendo. Por ende, las respuestas B y D son correctas y en cierta forma contrapuestas a las falsas.</p>
60.	<p>Tres de los sujetos manifestaron estar transgrediendo las pautas, es decir no seguían las indicaciones dadas por los diferentes profesionales. Esto implica:                  Respuesta: B. Una peor evolución del tratamiento.</p> <p>El cumplimiento de las indicaciones se relaciona con un mejor pronóstico y evolución del tratamiento y contribuye enormemente a la adherencia al mismo. En todo caso, la transgresión, incluso reconocida por los sujetos, no implica cese de atención ni traslado, sino que hace que los profesionales intenten retener el máximo al paciente para tratar de reconducirle y que en algún momento reconsideren sus planteamientos de forma más realista.</p>

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

61.	<p>El cambio estadísticamente significativo en el perfil del drogodependiente que demanda tratamiento ha variado en los últimos años en las variables:                  Respuesta: A. Edad, droga principal y sexo.</p> <p>Sólo la edad, el sexo y la droga principal han resultado estadísticamente significativos, en todas las demás, aunque hay cambios notables, no se ha podido establecer la significancia estadística.</p>
62.	<p>En cuanto a la edad de los demandantes de tratamiento no es cierto que:                  Respuesta: C. No hay diferencia entre hombres y mujeres.</p> <p>No es cierto que no existan diferencias en las edades al inicio del tratamiento entre hombres y mujeres puesto que en estas últimas la edad media a la que acceden es 4 años superior a la de los hombres.</p>
63.	<p>Los pacientes que acuden por consumo de cannabis:                  Respuesta: E. A y B son correctas.</p> <p>Las demandas de tratamiento por consumo de cannabis han experimentado un incremento del 3,9%, dato que coincide con el proporcionado por el Observatorio de Galicia sobre Drogas. Además las demandas que realizan los usuarios son en su mayoría con la finalidad de eludir el pago de la multa. No es cierto que disminuyan ni que sean motivadas por la presión familiar.</p>
64.	<p>En relación a las demandas de tratamiento por consumo de alcohol y tabaco, es cierto que:                  Respuesta: B. Ambas aumentaron en el año 2006.</p> <p>Respecto a las drogas legales por las que se demandó tratamiento, se evidencia un ascenso en ambas pasando del 5,8% al 21,1% en relación al alcohol y de no tener demandas de deshabituación tabáquica en 1996 a iniciar tratamiento 28 personas en 2006. El mayor número de mujeres que demandan tratamiento no lo hacen por alcohol sino por tabaco.</p>

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

Respuesta: D. Heroína.

A pesar de haber disminuido de forma considerable las demandas de tratamiento por heroína, un 66%, sigue agrupando el mayor porcentaje de demandas, que se sitúa en un 22,4%. No se realizaron demandas de tratamiento por benzodiacepinas ni drogas de síntesis. Los porcentajes de la cocaína y el tabaco, aunque aumentaron, siguen siendo inferiores a los de la heroína.

66. La vía de acceso principal:

Respuesta: A. No ha experimentado cambios sustanciales, sigue siendo la iniciativa propia.

Aunque se ha producido un incremento de las derivaciones realizadas por otros profesionales sanitarios, la mayoría de las demandas continúa siendo por iniciativa propia. Los pacientes que acuden derivados de otras Unidades Asistenciales lo hacen mayoritariamente por consumo de heroína y no de cocaína.

# 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 3 - 2008

Señale la respuesta correcta con una x dentro del recuadro correspondiente

A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E				
67	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	77	<input type="checkbox"/>	82	<input type="checkbox"/>																
68	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	78	<input type="checkbox"/>	83	<input type="checkbox"/>																
69	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	84	<input type="checkbox"/>																
70	<input type="checkbox"/>	75	<input type="checkbox"/>	80	<input type="checkbox"/>	85	<input type="checkbox"/>																
71	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	81	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>																

A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E				
87	<input type="checkbox"/>	92	<input type="checkbox"/>	97	<input type="checkbox"/>	102	<input type="checkbox"/>																
88	<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	98	<input type="checkbox"/>	103	<input type="checkbox"/>																
89	<input type="checkbox"/>	94	<input type="checkbox"/>	99	<input type="checkbox"/>	104	<input type="checkbox"/>																
90	<input type="checkbox"/>	95	<input type="checkbox"/>	100	<input type="checkbox"/>	105	<input type="checkbox"/>																
91	<input type="checkbox"/>	96	<input type="checkbox"/>	101	<input type="checkbox"/>	106	<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.....

