

Resultado del Examen: 83.65%

1. ¿Cuál de las siguientes definiciones de patología dual es la correcta?

- a) La comorbilidad de un trastorno por uso de sustancias y una enfermedad mental..
 - b) El diagnóstico dual de una adicción y un trastorno mental..
 - c) Una conducta adictiva y otro trastorno mental, bien de forma simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital..
 - d) Una adicción química junto a un trastorno mental..
-

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) La patología dual es la coexistencia independiente de un trastorno por uso de sustancias y una enfermedad mental..
 - b) Los estudios epidemiológicos indican que la patología dual es poco frecuente en la población con diferentes trastornos mentales..
 - c) La adicción al tabaco es un hábito y no es patología dual. .
 - d) Los condicionantes sociales son responsables del contacto con sustancias adictivas, pero la adicción depende de factores individuales, genéticos, de personalidad y otros trastornos mentales..
-

3. El paradigma de la vulnerabilidad individual implica que:

- a) La conducta adictiva es consecuencia del tipo de sustancia, su uso frecuente e intensidad. .
 - b) Los cambios neuroplásticos que produce en el cerebro la sustancia adictiva, dan lugar a la adicción..
 - c) Disfuncionalidades genéticas y neurobiológicas previas generan vulnerabilidad para conductas adictivas y otros trastornos mentales..
 - d) Una educación basada en valores impide la aparición de la patología dual..
-

4. En relación con las adicciones comportamentales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) Según estudios epidemiológicos, los individuos con trastorno por juego presentan en un 96% otro trastorno mental asociado. .
 - b) El contacto frecuente con juegos de apuestas pone en marcha un trastorno por juego patológico..
 - c) El DSM-5 sugiere similitudes entre trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por uso de sustancias..
 - d) El DSM-5 considera que el trastorno por uso de internet s debe tener en cuenta como un posible próximo trastorno adictivo oficial..
-

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) Individuos con mayor predisposición genética y alto riesgo para la psicosis son más propensos a consumir cannabis y a utilizarlo en mayores cantidades.
 - b) Desde un punto de vista cronológico y fenomenológico, muchos trastornos mentales se ponen en marcha antes de la emergencia de un trastorno por uso de sustancias.
 - c) Un porcentaje de población asiática presenta variantes genéticas que dificultan el metabolismo del alcohol, lo que da lugar a un fenotipo de respuestas aversivas al alcohol..
 - d) El trastorno por uso de tabaco no es patología dual..
-

6. En relación con la patología dual con tabaco, ¿qué afirmación de las siguientes es falsa?

- a) Se conoce la vulnerabilidad compartida entre esquizofrenia y adicción al tabaco, generada por la disfuncionalidad del sistema del receptor colinérgico/nicotínico, y ciertos déficits neuropsicológicos mejoran después de la administración de nicotina.
 - b) Pacientes con primeros episodios de psicosis, aquellos con una historia de uso previo de cannabis, muestran peor déficit cognitivo que aquellos que nunca han usado el cannabis.
 - c) La adicción al tabaco está ampliamente extendida entre los sujetos que sufren trastornos mentales..
 - d) En un estudio randomizado diseñado para verificar los efectos de la nicotina sobre la agitación y agresión en sujetos adictos a tabaco con esquizofrenia, los resultados demostraron la eficacia de la nicotina en reducir la hostilidad, agitación y agresividad.
-

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) En relación con las sustancias con potencialidad adictiva, todas ellas deben tener la posibilidad de actuar y ligarse a circuitos y sistemas endógenos. En ese sentido, se han identificado como sustratos los sistema opioide endógeno, cannabinoide endógeno, colinérgico/nicotínico, etc..
- b) La hipótesis de la automedicación, y su continuidad en la hipótesis de la autorregulación, ha quedado totalmente descartada por la comunidad científica.
- c) La investigación intenta identificar mecanismos neurobiológicos y endofenotipos que predispongan al uso compulsivo de sustancias y expliquen las múltiples diferencias individuales en la elección de drogas..

d) Evidencias consistentes demuestran que la inmensa mayoría de los sujetos expuestos a sustancias con capacidad adictiva no desarrollan conductas adictivas..

8. En relación con el sistema endocannabinoide endógeno y la patología dual, ¿qué afirmación es incorrecta?

- a) La señalización endocannabinoide, expresada en algunas sinapsis de múltiples regiones cerebrales, juega un rol central en el control del estrés, el temor y la ansiedad..
 - b) La señalización del sistema endocannabinoide también influencia la motivación para las recompensas naturales, como comidas sabrosas, actividad sexual e interacción social, pero no modula los efectos recompensantes de las drogas. .
 - c) El cannabis podría ayudar a los sujetos con esquizofrenia a alcanzar niveles de excitación más amplios en el lóbulo frontal, que no son necesarios para el rendimiento en otros individuos..
 - d) La activación del receptor cannabinoide CB1 tiene un efecto neuroprotector, pero la exposición crónica termina desensibilizando los receptores..
-

9. En relación con el sistema opioide endógeno y patología dual, ¿qué afirmación es incorrecta?

- a) El sistema opioide no asegura a los mamíferos la tendencia a mantener vínculos sociales filiativos. .
 - b) Se conoce el papel relevante del sistema opioide en mediar el dolor sensorial, físico, pero también en la expresión del dolor emocional y los afectos negativos, como por ejemplo el dolor del aislamiento social..
 - c) El sistema opioide está involucrado en el estrés de separación, el sentimiento de bienestar y la autoestima, y su disfuncionalidad puede conducir a conductas autodestructivas que puedan aportar alivio desde el dolor..
 - d) La exposición a traumas infantiles se pueden asociar con alteraciones en la funcionalidad del sistema opioide, que se manifiestan en vulnerabilidad a sufrir trastornos por uso de sustancias y otras expresiones de trastornos mentales, como ansiedad o depresión.
-

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) La valoración en patología dual de cada síntoma o trastorno debe comenzar después de esperar a la abstinencia, y con el requerimiento de la estabilización psiquiátrica..
 - b) Muchos de los instrumentos diagnósticos para la patología dual no identifican pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, esencial en pacientes con trastornos adictivos.
 - c) La literatura científica acumulada en las pasadas dos décadas no apoya que esta patología dual responde mejor a tratamientos integrados..
 - d) La evidencia empírica no demuestra que es más eficaz tratar un trastorno depresivo más un trastorno por uso de alcohol de forma conjunta..
-

11. ¿Qué ISRS tiene más evidencias científicas en el tratamiento de fobia social en pacientes con alcoholismo comórbido?

- a) Sertralina.
 - b) Paroxetina.
 - c) Fluoxetina.
 - d) Escitalopram.
-

12. Según los estudios epidemiológicos, en la relación entre el TA y el TUS, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

- a) No existe..
 - b) Afecta al 100% de los pacientes con TA.
 - c) Afecta al menos a un 10% de los pacientes con TA.
 - d) No hay ningún estudio epidemiológico que haya estudiado esa relación..
-

13. En la relación entre el TA y el TUS, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?

- a) El TUS siempre es secundario.
 - b) El TUS siempre es primario.
 - c) El TA siempre es secundario.
 - d) Todas las anteriores son falsas.
-

14. ¿Cuál de los siguientes tratamientos debe utilizarse con más precaución por sus interacciones con sustancias tóxicas y efectos secundarios en pacientes con ansiedad dual?

- a) Paroxetina.
 - b) Clomipramina.
 - c) Venlafaxina.
 - d) Fluoxetina..
-

15. ¿Cuál de los siguientes tratamientos tiene un mayor potencial de abuso en pacientes con ansiedad dual?

- a) Sertralina.
 - b) Alprazolam.
 - c) Topiramato.
 - d) Quetiapina.
-

16. En un paciente afecto de un TAG dual, ¿cuál de los siguientes anticonvulsivantes sería el más adecuado?

- a) Fenitoína.
 - b) Pregabalina.
 - c) Carbamacepina.
 - d) Levetiracetam..
-

17. ¿Cuál de los siguiente tratamientos tiene la indicación en TOC dual?

- a) Clomipramina.
 - b) Fluoxetina.
 - c) Duloxetina.
 - d) Ninguno de ellos..
-

18. ¿Cuál de los siguientes grupos terapéuticos es el más recomendable para tratar la ansiedad dual?

- a) ISRS.
 - b) Antipsicóticos de primera generación.
 - c) Antidepresivos tricíclicos.
 - d) Benzodiacepinas.
-

19. Para valorar la gravedad de la adicción teniendo en cuenta 7 siete áreas diferentes de la vida del paciente, deberíamos utilizar:

- a) El ASI.
 - b) La PANSS.
 - c) La SCID-I.
 - d) La SCID-I y la SCID-II.
 - e) El AUDADIS.
-

20. Se ha constatado que la terapia grupal:

- a) Es más eficaz que la terapia individual. .
 - b) Es menos eficaz que la terapia individual.
 - c) El coste y el esfuerzo es mayor que en la terapia individual.
 - d) La eficacia terapéutica de la terapia individual y grupal es similar.
 - e) b y c son correctas.
-

21. Entre los objetivos prioritarios de la intervención psicológica en esquizofrénicos duales se encuentra:

- a) Psicoeducación del paciente y de la familia.
 - b) Hacer todo lo posible para no crear una alianza terapéutica con el paciente porque puede ser perjudicial.
 - c) Trabajar conciencia de enfermedad de ambos trastornos.
 - d) a y c son correctas.
 - e) Elaborar un programa terapéutico general para todos los pacientes.
-

22. Swanson ha demostrado que las intervenciones cognitivo-conductuales mejoran su eficacia terapéutica en patología dual si se ven complementadas con:

- a) Grupos de autoayuda.
 - b) Psicoeducación.
 - c) Psicoterapia psicodinámica breve.
 - d) Fármacos.
 - e) **Entrevista motivacional.**
-

23. Señala la frase incorrecta:

- a) El «programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo» es un tipo de programa multicomponente o multimodal.
 - b) **La terapia cognitivo-conductual se ha adaptado al tratamiento de síntomas psicóticos.**
 - c) **Los abordajes con mayor validez empírica dentro del ámbito de las adicciones se enmarcan dentro de la orientación psicodinámica..**
 - d) Según Hoffman, mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo-conductual predice menor consumo de tóxicos a largo plazo.
 - e) La «terapia familiar breve estratégica» favorece el compromiso y la participación de las familias en el tratamiento..
-

24. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?:

- a) El comienzo de la sintomatología esquizofrénica siempre precede a la aparición de la adicción.
 - b) **La edad de presentación de la psicosis es menor en pacientes con esquizofrenia dual que en los no duales.**
 - c) El género no influye en el comienzo y desarrollo de la enfermedad en los pacientes con esquizofrenia dual.
 - d) Todas son correctas.
 - e) a y b son correctas..
-

25. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con esquizofrenia dual?

- a) Ser varón.
 - b) Mayor presencia de comorbilidad y peor pronóstico.
 - c) Mejor ajuste premórbido.
 - d) Mayor tasa de conductas violentas.
 - e) **Todas son correctas.**
-

26. El tratamiento antipsicótico sobre el que hay más estudios con pacientes con esquizofrenia dual es:

- a) Clopixol depot.
 - b) Haloperidol.
 - c) **Clozapina.**
 - d) Benzodiazepinas..
 - e) Venlafaxina.
-

27. En pacientes con esquizofrenia y trastorno por dependencia de opiáceos, ¿qué conducta terapéutica se debería realizar?

- a) Ingreso hospitalario y retirada de fármacos opiáceos.
 - b) **Administrar y ajustar correctamente la dosis de metadona.**
 - c) Combinar antipsicóticos intramusculares con antidepresivos.
 - d) Administrar antipsicóticos de segunda generación con benzodiazepinas.
 - e) Todas son falsas.
-

28. En pacientes con esquizofrenia y trastorno por dependencia del alcohol, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) Deben ser tratados con una pauta fija de benzodiazepinas.
 - b) Todos deben ser tratados con disulfiram.
 - c) El disulfiram puede producir síntomas psicóticos.
 - d) Los pacientes con esquizofrenia consumen mayoritariamente alcohol y tabaco antes que cualquier otra sustancia ilegal.
 - e) **c y d son correctas.**
-

29. Los fármacos antiepilépticos...:

- a) Tienen un nivel de evidencia científica 1 en cuanto a la eficacia en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia dual.
 - b) Los clásicos han demostrado ser más eficaces que los antiepilépticos de nueva generación.
 - c) Son muy utilizados en la práctica clínica diaria.
 - d) Todas son verdaderas.
 - e) Todas son falsas.
-

30. ¿Cuál de los siguientes factores no se ha asociado a incumplimiento terapéutico en esquizofrénicos duales?

- a) Haber sido incumplidor los 6 meses anteriores.
 - b) Uso de sustancias.
 - c) Tratamiento previo con antidepresivos.
 - d) Empeoramiento cognitivo relacionado con el tratamiento.
 - e) Todos los anteriores han sido asociados a incumplimiento terapéutico.
-

31. El juego patológico en los pacientes con esquizofrenia:

- a) Es infrecuente la comorbilidad de la esquizofrenia y juego patológico..
 - b) El tratamiento psicofarmacológico de elección es el topiramato.
 - c) No se ha descrito que el juego patológico influya en la evolución de los síntomas psicóticos.
 - d) Uno 1 de cada 5 pacientes con esquizofrenia puede presentar problemas con el juego..
 - e) La evidencia científica publicada en pacientes esquizofrénicos con juego patológico comórbido recomienda el uso de ansiolíticos.
-

32. En relación con el consumo de drogas y la adhesión terapéutica en esquizofrénicos duales:...

- a) Una baja adhesión terapéutica se ha asociado a más probabilidad de tomar alcohol u otras drogas..
 - b) La baja adhesión es uno de los factores que diferencia a los esquizofrénicos duales de los no duales..
 - c) La probabilidad de añadir un segundo antipsicótico en los esquizofrénicos duales es más del doble..
 - d) a y c son ciertas.
 - e) Todas con ciertas.
-

33. En los esquizofrénicos duales, en relación con los no duales...:

- a) Los abordajes psicológicos tienden a ser más usados..
 - b) Dichos abordajes son menos efectivos..
 - c) Se usan menos técnicas psicológicas para el manejo de la no adhesión..
 - d) El cumplimiento no está relacionado con el nivel de insight..
 - e) Los programas psicoeducativos que ayudan a la mejora del insight, mejoran el cumplimiento terapéutico.
-

34. Señale la opción falsa sobre el consumo de sustancias en pacientes psicóticos:

- a) Los pacientes con esquizofrenia y consumo de sustancias tienen peor pronóstico que los pacientes sin consumo de sustancias. .
 - b) El consumo de sustancias se asocia a pacientes previamente peor adaptados socialmente..
 - c) Las mujeres psicóticas que consumen sustancias son más vulnerables al efecto de las sustancias.
 - d) Son pacientes con más prevalencia de efectos secundarios del tratamiento.
 - e) Todas son verdaderas.
-

35. La gran prevalencia del consumo de sustancias en pacientes psicóticos se explicaría por...:

- a) Teoría de la automedicación.
 - b) Teoría de la adrenalina.
 - c) Independencia de ambos trastornos.
 - d) Vulnerabilidad biológica.
 - e) a, c, y d son correctas.
-

36. El consumo de sustancias es más prevalente en pacientes psicóticos es:

- a) Nicotina. .
- b) Alcohol.
- c) Opiáceos. .

- d) Cocaína..
 - e) Cannabis.
-

37. ¿Cuál es la opción correcta en el modelo de tratamiento en psicóticos con TUS?. Señalar la opción correcta:

- a) El tratamiento de elección es el modelo de tratamiento integrado.
 - b) No hay una recomendación única en el tratamiento de la patología dual.
 - c) El modelo de tratamiento en paralelo ha demostrado eficacia en pacientes duales.
 - d) **Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia de los distintos modelos de tratamiento en pacientes con patología dual.**
 - e) **b, c y d son correctas. Son necesarios más estudios para evaluar la eficacia de los distintos modelos de tratamiento en pacientes con patología dual.**
-

38. El paciente psicótico dual se caracteriza por:

- a) Baja adhesión al tratamiento.
 - b) Problemática social. .
 - c) Baja conciencia de enfermedad y de las consecuencias del consumo activo de sustancias.
 - d) Peor pronóstico.
 - e) **Todas son correctas.**
-

39. En el Tratamiento integrado en patología dual, sSeñalar la opción falsa:

- a) Los pacientes han de pasar por un periodo de ingreso hospitalario para asegurar la abstinencia y poder hacer así una correcta valoración psicopatológica..
 - b) Es importante hacer un correcto seguimiento ambulatorio de los pacientes duales teniendo en cuenta por igual el trastorno psiquiátrico y el trastorno por uso de sustancias. .
 - c) Se recomiendan intervenciones orientadas a la prevención de recaídas.
 - d) **Es imprescindible la abstinencia para hacer un tratamiento ambulatorio en un programa de tratamiento integrado de patología dual.**
 - e) **a y d son correctas.**
-

40. Los programas de tratamiento de patología dual:

- a) Han de estar ubicados en centros de tratamiento de drogodependencias.
 - b) Han de marcarse objetivos a corto plazo en el proceso terapéutico.
 - c) Están formados por un equipo multidisciplinar para tratar conjuntamente el trastorno por uso de sustancias y el trastorno psicótico.
 - d) La abstinencia es como un objetivo terapéutico, no como un requisito, para la su inclusión en estos programas.
 - e) **c y d son correctas.**
-

41. La intervención psicológica en pacientes psicóticos duales...:

- a) **Debe ser de corte cognitivo-conductual.**
 - b) Es independiente del nivel cognitivo de los pacientes..
 - c) Tiene que realizarse en abstinencia.
 - d) **No existe tiene un protocolo único. para la intervención psicológica en pacientes duales.**
 - e) No hay experiencia con intervenciones familiares.
-

42. Señale la opción falsa en el tratamiento psicofarmacológico de los pacientes esquizofrénicos duales:

- a) Es importante valorar o reconocer posible psicopatología «drogoinducida» para hacer un tratamiento correcto.
 - b) Se recomienda una monitorización o supervisión del tratamiento en estos pacientes, sobre todo al inicio del mismo a fin de vigilar interacciones farmacológicas..
 - c) **Se recomiendan tratamientos a dosis bajas.**
 - d) Se recomiendan los tratamientos depot intramusculares por mejores tasas de adhesión.
 - e) Son pacientes que frecuentemente presentan efectos secundarios de la medicación.
-

43. ¿Cuál de las siguientes es correcta en relación a Instrumentos de valoración del TDAH en adultos?

- a) La Adult ADHD Self-Report Scale v.1.1 (ASRS v1.1) es un instrumento diagnóstico.
 - b) La Wender-Utah Rating Scale (WURS) es una entrevista clínica no disponible en español.
 - c) La DIVA es fundamentalmente una prueba de screening.
 - d) La Psychiatry Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) incluye una sección para el TDAH en el adulto con una elevada sensibilidad y especificidad.
-

44. ¿Cuál de los siguientes es un criterio diagnóstico de TDAH según el DSM-5?

- a) La presencia de un trastorno generalizado del desarrollo excluye el diagnóstico de TDAH.
 - b) Los síntomas deben persistir durante al menos tres meses.
 - c) La manifestación de Los síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad deben estar presentes en dos o más ambientes .
 - d) El inicio de varios de los síntomas de falta de atención o de hiperactividad-impulsividad debe ser antes la edad de 7 años de edad.
-

45. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación al TDAH:

- a) La prevalencia del trastorno en población general se ha estimado en un 3-5%.
 - b) Los varones tienen mayor tendencia a presentar primariamente predominio de síntomas de inatención, mientras que los síntomas de hiperactividad e impulsividad son típicamente más habituales en niñas y mujeres.
 - c) Se estima que la proporción de varones y mujeres con TDAH es aproximadamente de 2:1 en niños y adolescentes y de 1,6:1 en adultos.
 - d) Se han observado tasas más elevadas de TDAH en muestras penitenciarias.
-

46. ¿Cuál de los siguientes no se asocia con el TDAH?

- a) Mayores tasas de desempleo..
 - b) Mayor riesgo de mortalidad.
 - c) Menor riesgo de desarrollar bulimia nerviosa.
 - d) Menor rendimiento académico.
-

47. Con respecto a la patología dual TCS-TDAH, señale la afirmación correcta:

- a) la existencia de un trastorno de conducta en la infancia se asocia con un menor riesgo de desarrollar un TCS en personas con TDAH..
 - b) El cannabis es la sustancia ilegal de abuso más consumida por los pacientes con un diagnóstico de TDAH.
 - c) la prevalencia global de TDAH en muestras clínicas de pacientes con TCS se estima que es inferior al 10%.
 - d) La gravedad del TDAH y el riesgo o la gravedad del TCS no están relacionados..
-

48. ¿Cuál de las siguientes características no se asocia con el TDAH?

- a) Baja auto-estima.
 - b) Mayor frecuencia de accidentes de tráfico.
 - c) Inicio más tardío en el consumo, abuso y adicción de sustancias.
 - d) Aumento del riesgo de desarrollar trastornos de conducta en la infancia y antisocial trastorno de la personalidad en la edad adulta.
-

49. La evolución de los pacientes con patología dual, TDAH y TCS se caracteriza por:

- a) Mejor evolución de los síntomas del TDAH tal como sugiere la teoría de auto-medicación.
 - b) Mejor rendimiento cognitivo.
 - c) Mayor gravedad y cronicidad del trastorno adictivo.
 - d) Mayor retención en el tratamiento.
-

50. En relación a las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales para pacientes con patología dual, TDAH y TCS, ¿cuál de las siguientes es correcta?

- a) La psicoeducación no tiene ningún valor en el tratamiento del TDAH con o sin TCS..
 - b) La terapia cognitivo conductual (TCC) es el tratamiento psicológico con un mayor nivel de evidencia tanto para el TDAH sin y con otra comorbilidad psiquiátrica.
 - c) Las intervenciones psicoterapéuticas sólo son útiles en el tratamiento del TDAH en combinación con el tratamiento farmacológico para optimizar su eficacia.
 - d) La terapia de mindfulness ha sido ampliamente evaluada en pacientes con patología dual.
-

51. En relación al tratamiento farmacológico de los pacientes con TDAH y TCS señale la respuesta correcta:

- a) Los efectos adversos más frecuentes del metilfenidato en pacientes con TDAH y TCS, por lo general leves a moderados, son sequedad de boca, cefaleas, insomnio, nerviosismo o ansiedad.
 - b) El metilfenidato, presenta interacciones farmacocinéticas significativas con la cocaína.
 - c) Por lo general, la atomoxetina es peor tolerada en los sujetos con TDAH y patología dual que en aquellos que únicamente presentan TDAH.
 - d) Debido a sus características farmacológicas el dimesilato de lisdexanfetamina posee un mayor potencial de abuso.
-

52. En relación al potencial de abuso fármacos utilizados en el tratamiento del TDAH señale la afirmación incorrecta:

- a) Las expectativas y el contexto en que tiene lugar el consumo influyen sobre el potencial de abuso de los fármacos..
 - b) La atomoxetina o la guanfacina carecen de los efectos reforzantes y de potencial de abuso.
 - c) Los fármacos y las formulaciones de vida media larga o liberación prolongada presentan un menor riesgo de abuso.
 - d) El abuso de psicoestimulantes es más frecuente en sujetos sin consumos previos de otras sustancias.
-

53. En el abordaje del paciente con TDAH y TCS, ¿cuál de las siguientes es correcta?:

- a) La atomoxetina no debe ser considerada una opción de primera elección en el tratamiento de pacientes con patología dual..
 - b) El tratamiento farmacológico con psicoestimulantes es un factor de riesgo a desarrollar un trastorno adictivo en pacientes con TDAH..
 - c) Tanto los fármacos estimulantes como no estimulantes pueden ser administrados con un amplio margen de seguridad en adolescentes y adultos con patología dual.
 - d) Los estimulantes de acción corta son preferibles sobre las formulaciones de larga duración y/o liberación prolongada en pacientes duales.
-

54. En un paciente de 35 años nunca antes diagnosticado de TDAH que acude a tratamiento por un problema con la cocaína, un diagnóstico de TDAH sólo es posible siempre que:

- a) El paciente haya sido diagnosticado previamente durante la infancia o adolescencia.
 - b) Todos los síntomas de TDAH deben haber estado presentes antes de los 12 años de edad.
 - c) Los síntomas de TDAH deben tener repercusión significativa sobre al menos dos áreas de funcionamiento del paciente.
 - d) Los síntomas de TDAH sólo tienen relación con el consumo..
-

55. En la evaluación del paciente con TDAH y patología dual sólo una de las siguientes es correcta:

- a) El diagnóstico no es posible sin haber utilizado alguna de las diferentes escalas de evaluación.
 - b) todos los pacientes que acuden a tratamiento por su TCS deben ser valorados o cuanto menos cribados para descartar la presencia de un TDAH asociado.
 - c) Los tests neuropsicológicos son imprescindibles ni suficientes para un diagnóstico de TDAH .
 - d) El diagnóstico no es posible sin recabar información adicional a partir de familiares del paciente..
-

56. En relación a las acciones farmacológicas de los fármacos utilizados para el TDAH, ¿cuál de las siguientes es correcta?

- a) La guanfacina es un nuevo fármaco estimulante.
 - b) El metilfenidato se caracteriza fundamentalmente por aumentar la liberación de ddopamina en áreas como la corteza prefrontal.
 - c) La lisdexanfetamina es un profármaco de la dextroanfetamina.
 - d) El modafinilo fue el primer medicamento no estimulante aprobado para el tratamiento de los pacientes con TDAH.
-

57. Al considerar un tratamiento farmacológico para pacientes con TDAH y un TUS comórbido, ¿cuál de las siguientes respuestas es la correcta?

- a) La guanfacina se asocia con un aumento del intervalo QTc que lo contraindica en pacientes duales.
 - b) El ECG está indicado de forma rutinaria antes de iniciar tratamiento farmacológico en cualquier paciente con TDAH.
 - c) Tanto la atomoxetina como los estimulantes se han evidenciado como eficaces sobre los síntomas de TDAH en estudios sobre el tratamiento de pacientes duales.
 - d) El tratamiento del TDAH únicamente debe iniciarse tras un tiempo de abstinencia del TCS.
-

58. De acuerdo con las prevalencias de comorbilidad con TUS y las OR halladas en los pacientes bipolares en los estudios epidemiológicos, consideramos que el riesgo de comorbilidad con TUS en el trastorno bipolar es:

- a) Casual.
 - b) Elevado o muy elevado.
 - c) Bajo.
 - d) Moderado.
-

59. Respecto a las comorbilidades múltiples, identifique cuál de las siguientes aseveraciones no es correcta:

- a) La comorbilidad con TUS en un trastorno bipolar incrementa el riesgo de padecer otras comorbilidades, como trastornos de ansiedad o de la personalidad.
 - b) La comorbilidad con un trastorno por uso de alcohol también incrementa el riesgo de comorbilidad con TUS.
 - c) Las comorbilidades múltiples conllevan una peor evolución.
 - d) La comorbilidad múltiple no existe, sino que en realidad es la misma enfermedad que se acaba diagnosticando como varias por artefacto de los sistemas diagnósticos actuales.
-

60. ¿Cuál de las siguientes hipótesis no contribuye a explicar la elevada prevalencia de TUS en los pacientes con trastorno bipolar?

- a) La implicación de las vías dopaminérgicas en la fisiopatología de ambos trastornos.
 - b) La ansiedad como síntoma acompañante o trastorno comórbido.
 - c) El estilo de vida occidental.
 - d) Mecanismos genéticos comunes..
-

61. Respecto al diagnóstico de trastorno bipolar en pacientes que han presentado sintomatología maniforme en el contexto de consumo de psicoestimulantes, es especialmente importante detectar:

- a) Episodios depresivos previos en ausencia de consumo.
 - b) Episodios (hipo)maníacos previos en ausencia de consumo.
 - c) Comorbilidad con otros trastornos.
 - d) Síntomas psicóticos.
-

62. Señale cuál es la afirmación incorrecta en relación con los pacientes bipolares duales en comparación con los pacientes bipolares sin TUS comórbido:

- a) Tienen menos riesgo de virar cuando son tratados con antidepresivos.
 - b) Presentan más ciclación rápida.
 - c) Los episodios maníacos son más graves.
 - d) Presentan más episodios mixtos.
-

63. Respecto a la secuencia temporal de inicio del trastorno bipolar y del TUS, señale la afirmación correcta:

- a) Los pacientes con TUS primero no suelen tener antecedentes familiares de trastorno bipolar.
 - b) Es irrelevante qué trastorno comience primero.
 - c) Los pacientes con TUS primero suelen tener una evolución más grave del trastorno bipolar.
 - d) Los pacientes que debutan con un trastorno bipolar que luego se complica con un TUS son los que tienen una peor evolución del trastorno bipolar.
-

64. ¿Qué fármaco ha demostrado en diseño doble-ciego aleatorizado reducir el consumo de alcohol en pacientes bipolares con alcoholismo?

- a) Quetiapina.
 - b) Valproato.
 - c) Litio.
 - d) Topiramato.
-

65. El mejor momento para iniciar una deshabituación tabáquica en un paciente bipolar es:

- a) En hipomanía.
 - b) En eutimia.
 - c) Con síntomas depresivos leves.
 - d) Cuando el paciente esté motivado.
 - e) Siempre es buen momento.
-

66. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes que reciben tratamiento por TUS en centros de atención a adicciones:

- a) Es mayor en trastornos por uso de alcohol que en trastornos por uso de cannabis..
 - b) Supera el 90% en la mayoría de estudios.
 - c) Se sitúa entre el 60 y el 88% en la mayoría de estudios.
 - d) Ronda el 10%.
-

67. ¿Cuál de los siguientes aspectos resulta diferencial en el caso del adolescente dual con respecto al adulto?

- a) El policonsumo es más frecuente.
 - b) Es más difícil cumplir la máxima de esperar un tiempo de abstinencia para medicar un posible trastorno depresivo..
 - c) Con cierta frecuencia se deben utilizar estrategias de disminución de daños porque no resulta fácil plantear la abstinencia total en un principio..
 - d) Todas las anteriores son ciertas.
-

68. La evidencia científica demuestra que la intervención psicoterapéutica en la patología dual adolescente es:

- a) Imprescindible y suficiente en algunos casos.
 - b) Imprescindible y en general complementaria con otros abordajes (médico, farmacológico, psicosocial, etc.).
 - c) Sólo es útil para abordar el trastorno mental comórbido al TUS.
 - d) A y B son ciertas.
-

69. Con respecto al tratamiento del adolescente con trastorno dual:

- a) Es imprescindible conseguir la abstinencia antes de iniciar el tratamiento del trastorno mental asociado.
 - b) La administración de fármacos psicoestimulantes está siempre asociada a un incremento en el consumo de sustancias.
 - c) Son más útiles las técnicas de entrevista motivacional que las confrontativas..
 - d) Los programas en comunidad terapéutica se reservan para los pocos pacientes que requieren desintoxicación.
-

70. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no está basado en la evidencia científica en los adolescentes con TUS y depresión comórbida?

- a) Terapia cognitivo-conductual.
 - b) Benzodiacepinas.
 - c) Fluoxetina..
 - d) Terapia familiar multidimensional.
-

71. Las técnicas de terapia familiar:

- a) No son útiles en adolescentes con patología dual, ya que éste suele rechazar la intervención de la familia en la terapia.
 - b) Se dividen en dos tipos: multisistémicas y multidimensionales.
 - c) Sólo son útiles en familias con un elevado grado de cohesión.
 - d) Ninguna de las anteriores es cierta..
-

72. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a) Las técnicas psicodinámicas se han mostrado especialmente efectivas en el abordaje del trastorno dual precoz..
 - b) Las estrategias de "manejo del caso" suelen reservarse para casos graves de patología dual en adolescentes, ya que resultan especialmente costosas.
 - c) Uno de los aspectos más importantes de la psicoterapia con el adolescente dual es trabajar el vínculo terapéutico.
 - d) B y C son ciertas.
-

73. Respecto al tratamiento farmacológico en la desintoxicación y en la deshabituación de los trastornos por consumo de cannabis en adolescentes, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a) La trazodona y el ácido valproico resultan eficaces.
 - b) Los antipsicóticos atípicos son el fármaco de primera elección para el tratamiento de los síntomas de abstinencia.
 - c) El tratamiento con N-acetilcisteína en combinación con intervención psicosocial ha demostrado eficacia en la deshabituación.
 - d) El tratamiento concomitante con metilfenidato en adolescentes consumidores de cannabis diagnosticados de TDAH está contraindicado.
-

74. En un reciente metaanálisis se encontró que la adicción a internet se asocia característicamente a las siguientes manifestaciones psicopatológicas, excepto:

- a) TDAH.
 - b) Depresión.
 - c) Fobia social.
 - d) Hostilidad.
-

75. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos de la DSM-5 no corresponde al juego patológico?

- a) Necesidad de apostar cantidades de dinero cada vez mayores para conseguir la excitación deseada.
 - b) Es frecuente el insomnio por los sentimientos de culpa que presenta.
 - c) A menudo apuesta cuando siente desasosiego.
 - d) Cuenta con los demás para que le den dinero para aliviar su situación financiera desesperada provocada por el juego.
-

76. En el caso clínico expuesto anteriormente, el abordaje de las adicciones comportamentales que presenta el paciente debe hacerse...

- a) Antes de realizar el tratamiento de la demás patologías.
 - b) Una vez que las demás patologías hayan remitido en intensidad sintomática.
 - c) De forma simultánea al de las otras patologías.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
-

77. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta.

- a) El tratamiento de las adicciones a las nuevas tecnologías requiere la abstinencia absoluta, al igual que el tratamiento de las adicciones a las sustancias.
 - b) Los antagonistas opioides son primera línea de tratamiento.
 - c) Nunca deben usarse estabilizadores del ánimo.
 - d) Todas las anteriores son falsas.
-

78. En relación con las personas con diagnóstico de TDAH y patología dual...

- a) No es frecuente que las personas que presentan un TDAH desarrollen de forma comórbida adicciones comportamentales.
 - b) Una de las causas de es el déficit de autocontrol..
 - c) Las redes sociales e internet en general proporcionan una gratificación inmediata a las personas que tienen TDAH.
 - d) Las respuestas b y c son correctas.
-

79. ¿Cuál de las siguientes no se considera una adicción somática vinculada a la conducta del carácter instintual?

- a) Adicción al trabajo..
 - b) Adicción al sexo.
 - c) Adicción a comer.
 - d) Adicción al ejercicio físico.
-

80. En el circuito de recompensa el neurotransmisor que más implicación tiene es...

- a) Serotonina.
 - b) Glutamato.
 - c) Dopamina.
 - d) Noradrenalina..
-

81. En relación con el juego patológico...

- a) Es más prevalente en mujeres que en hombres.
 - b) Es más frecuente en adultos que en adolescentes.
 - c) La adicción para trastornos por uso de sustancias presentará también una vulnerabilidad a otros reforzadores alternativos en el entorno de la persona.
 - d) Está disminuyendo con las nuevas tecnologías.
-

82. ¿Qué sistemas neurobiológicos están implicados tanto en las DM como en los TUS?

- a) Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.
 - b) Sistema endocannabinoide
 - c) Factores neurotróficos
 - d) Todos los anteriores
-

83. ¿Qué terminología se emplea en los criterios diagnósticos del DSM-5, en relación con los trastornos depresivos y su relación con el consumo de tóxicos?

- a) Orgánico-no orgánico.
 - b) Inducido, esperado, primario.
 - c) Inducido, puro, independiente
 - d) Primario, secundario, esperado
-

84. ¿Cuál es la prevalencia de trastornos depresivos en pacientes consumidores de sustancias de abuso que acuden a tratamiento ambulatorio?

- a) 50-80%.
 - b) 40-50%.
 - c) 12-80%.
 - d) 27%
-

85. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

- a) Inicialmente debe tratarse el TUS y una vez estabilizado, iniciar tratamiento para la depresión.
 - b) Inicialmente debe tratarse la depresión y una vez estabilizado, iniciar el tratamiento para la depresión
 - c) Únicamente debe tratarse el TUS a pesar que el paciente presente clínica depresiva
 - d) Ninguna de las anteriores
-

86. ¿Para qué fármacos existe evidencia de su eficacia en el tratamiento de la depresión en pacientes con trastorno por dependencia a cocaína?

- a) Desipramina.
 - b) Sertralina.
 - c) Venlafaxina
 - d) Mirtazapina
-

87. ¿Cuál es la principal interacción entre la metadona y la mirtazapina?

- a) Aumento del efecto antidepressivo
 - b) Disminución de las concentraciones plasmáticas de metadona
 - c) Alargamiento del QTc
 - d) Ninguna de las anteriores
-

88. Se sospechará un trastorno depresivo primario cuando...

- a) La aparición de la sintomatología depresiva se produzca durante una escalada de consumo de sustancias.
 - b) La aparición de la sintomatología depresiva se produzca durante una disminución de consumo de sustancias
 - c) La aparición de la sintomatología depresiva se produzca durante el cambio de vía de administración de la sustancia
 - d) La aparición de la sintomatología depresiva se produzca durante una fase de estabilidad en el consumo de sustancias
-

89. Ante un episodio depresivo inducido con ideación suicida estructurada, en contexto de consumo elevado de cocaína fumada, se debe...

- a) Iniciar cuanto antes el tratamiento con antidepresivos a dosis elevadas manteniendo el paciente en tratamiento ambulatorio, ya que es inducido.
 - b) Derivar al paciente a un tratamiento ambulatorio de salud mental para el tratamiento de la depresión
 - c) Derivar al paciente para proceder a la hospitalización urgente
 - d) Ninguno de los anteriores.
-

90. ¿Cuál es la principal interacción entre el alcohol y mirtazapina?

- a) Aumento del efecto antidepresivo.
 - b) Aumento de la sedación
 - c) Alargamiento del QT
 - d) Aumento del riesgo de convulsiones
-

91. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a) No es necesario diferenciar entre efectos esperados por una sustancia y depresión inducida.
 - b) Debe tratarse la adicción tan sólo cuando el paciente no se halle en un episodio depresivo.
 - c) Primero debe tratarse el episodio depresivo, luego el consumo mejorará hasta la abstinencia total espontáneamente.
 - d) Ninguna de las anteriores.
-

92.Cuál de estas interacciones entre el alcohol y los antidepresivos tricíclicos no es cierta?

- a) Empeoran la toxicidad por el alcohol.
 - b) Disminuyen la función cognitiva
 - c) Aumentan el umbral convulsivo
 - d) Todas las anteriores
-

93. ¿Cuál es de estas siguientes interacciones entre la cocaína y los antidepresivos tricíclicos es cierta?

- a) Aumenta el craving
 - b) Disminuye la frecuencia cardíaca
 - c) Disminuye el umbral convulsivo
 - d) Aumenta el riesgo de arritmia
-

94. ¿Cuál de los siguientes antidepresivos tiene potencial de abuso?

- a) Amineptina
 - b) Mirtazapina
 - c) Agomelatina.
 - d) Fluoxetina
-

95. Ante un episodio depresivo inducido por alcohol que no remite a las cuatro semanas de abstinencia, señale la opción verdadera.

- a) No se debe iniciar el tratamiento antidepresivo hasta la quinta semana para asegurar que no se trata de un episodio inducido
 - b) Se debe valorar la posibilidad de que se trate de un episodio independiente que requerirá mayor tiempo de tratamiento
 - c) Si hay presencia de ideación suicida, se tratará siempre de un episodio independiente.
 - d) Los episodios depresivos no pueden ser inducidos por alcohol; por lo tanto, será un trastorno primario
-

96. ¿Cuál es la mejor elección de dónde y cómo tratar a un paciente con diagnóstico de depresión mayor recurrente, actualmente con un episodio depresivo agudo moderado y un trastorno por dependencia de cocaína leve? Señale la opción verdadera.

- a) Primero se debe tratar el episodio depresivo agudo y después, cuando esté estable su estado de ánimo, iniciar tratamiento para la dependencia de cocaína.
 - b) Deben tratarse el episodio depresivo mayor y el trastorno por dependencia de cocaína de manera simultánea.
 - c) Primero se debe tratar la dependencia de cocaína y cuando logre mantenerse abstinentes del consumo, se iniciará el tratamiento del episodio depresivo
 - d) Todas las anteriores son ciertas
-

97. Los únicos trastornos que han precedido de forma significativa la persistencia del uso de sustancias son...

- a) Trastornos antisocial, borderline y esquizotípico de personalidad.
 - b) Trastornos antisocial, evitativo y borderline de personalidad
 - c) Trastornos antisocial y borderline de personalidad y trastorno bipolar.
 - d) Ningún trastorno lo ha predicho de forma significativa
-

98. Las posibles vías hacia la adicción según Verheul serían...

- a) Vías de la sensibilidad a la recompensa y de la reducción del estrés.
 - b) Vías de la desinhibición conductual, la sensibilidad a la recompensa y la reducción del estrés
 - c) Vías de la desinhibición conductual, la disminución de la recompensa y la reducción del estrés.
 - d) Ninguna posibilidad es cierta
-

99. Según las hipótesis sobre la comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias:

- a) Los trastornos de personalidad previenen los trastornos por uso de sustancias.
 - b) Los trastornos por uso de sustancias causan los trastornos de personalidad
 - c) Existe una probable etiología común entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias
 - d) Todo lo anterior es cierto
-

100. La alta impulsividad y baja deliberación se han asociado significativamente con...

- a) El consumo de cannabis en el trastorno dependiente de personalidad.
 - b) El consumo de cannabis en el trastorno evitativo de personalidad
 - c) Mayor activación del sistema opioide endógeno inducido por el estrés
 - d) Menor activación del sistema opioide endógeno inducido por el estrés
-

101. En el desarrollo de una dependencia a sustancias...

- a) No se observan anomalías compartidas a nivel cerebral entre dependientes y sus gemelos no afectados.
 - b) Se observan anomalías compartidas a nivel cerebral entre dependientes y sus gemelos no afectados.
 - c) Se observan anomalías compartidas a nivel cerebral entre dependientes y controles sanos.
 - d) No se observan anomalías concretas a nivel cerebral
-

102. En relación con el riesgo de desarrollar dependencia a sustancias...

- a) Individuos con alta búsqueda de sensaciones pero sin vulnerabilidad familiar tendrían bajo riesgo
 - b) La búsqueda de sensaciones no interviene en el riesgo a desarrollar dependencia
 - c) La búsqueda de sensaciones es siempre un factor de riesgo elevado para la dependencia a sustancias
 - d) Sólo la emocionalidad negativa presenta un riesgo elevado
-

103. El grado de vulnerabilidad al desarrollo de trastorno por uso de sustancias es mayor con:

- a) Alta emocionalidad positiva, baja emocionalidad negativa y baja inhibición
 - b) Alta emocionalidad positiva, baja emocionalidad negativa y alta inhibición
 - c) Baja emocionalidad positiva, alta emocionalidad negativa y baja inhibición
 - d) Baja emocionalidad positiva, alta emocionalidad negativa y alta inhibición
-

104. En pacientes duales dependientes de heroína...

- a) No es aconsejable el tratamiento con buprenorfina
- b) La metadona puede ser más efectiva en los que muestran más neuroticismo.
- c) La buprenorfina ha demostrado efectividad en la reactividad al estrés.
- d) Ninguna de las anteriores es cierta