

1 De los siguientes factores de riesgo para la salud que afectan a nuestra población adulta, ¿cuál no es uno de los tres más importantes?

Tabaco.

Alcohol.

Hipertensión Arterial.

Diabetes.

2 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

En términos de consumo de alcohol, el 20% de los bebedores bebe el 80% de todas las bebidas alcohólicas.

Entre el 7% y el 10% de nuestra población es bebedora de riesgo y un 50% de los bebedores de riesgo cumplen criterios de dependencia.

La dependencia alcohólica, como la esquizofrenia, tiene una prevalencia del 1% en nuestra población.

En las poblaciones de pacientes que son atendidos en Atención Primaria hay entre un 4-29% de bebedores de riesgo, de un 0,3% a un 10% de bebedores abusivos y de un 2% a un 9% de pacientes con dependencia al alcohol.

3 Cuando una persona que tiene dependencia del alcohol deja de beber por completo durante una temporada:

Se puede considerar que ha superado su dependencia alcohólica.

El día que pruebe de tomar una consumición alcohólica, es probable que ingiera más alcohol del que se proponía tomar.

Después podrá tomar "lo normal".

Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

4 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

Para la OMS, un consumo superior a 120 gramos de etanol al día para hombres y superior a 80 gramos de etanol al día para mujeres implicaría consumo de riesgo.

El riesgo de padecer de dependencia alcohólica se multiplica por dos en los familiares de pacientes con esta patología.

Beber 20 gramos de etanol al día no implica en ningún caso un riesgo para la salud.

La heredabilidad de la dependencia alcohólica es del 100%.

La dependencia alcohólica es una enfermedad crónica que siempre precisa de tratamiento para conseguir la abstinencia.

5 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

El inicio precoz en el consumo problemático de alcohol se asocia a tipologías alcohólicas más graves.

Tener una baja tolerancia al efecto psicoactivo del alcohol se asocia a tipologías alcohólicas más graves.

La presencia de antecedentes familiares de dependencia alcohólica se asocia a tipologías alcohólicas más graves.

La presencia de comorbilidad psiquiátrica asocia a tipologías alcohólicas más graves.

6 ¿Qué autor propuso una tipología binaria basada en estudios de adopción?

Babor.

Lesch.

Cloninger.

Cardoso.

7 El consumo crónico de alcohol y drogas produce cambios neuroadaptativos que:

Pueden dar lugar a un "estado de necesidad" de seguir consumiendo.

Inducen un deterioro en la capacidad de auto-control sobre su auto-administración.

Pueden dar lugar a alteraciones motivacionales, emocionales y en la toma de decisiones.

Todas las anteriores respuestas son correctas.

8 El efecto reforzador del alcohol:

No es un efecto reforzador importante.

El alcohol sólo tiene un efecto reforzador negativo.

El alcohol no tiene efectos reforzadores positivos.

Ninguna de las anteriores respuestas es correcta.

9 El alcohol en administración crónica:

Produce un estado de entecimiento del sistema nervioso.

Da lugar a un hiperfuncionamiento de la neurotransmisión GABA.

Puede conducir a un estado de hiperexcitación del sistema nervioso.

Todas las respuestas anteriores son correctas.

10 ¿Cuál de las siguientes neoplasias no presenta un aumento de riesgo con el abuso de alcohol?

Pulmón.

Laringe.

Esófago.

Mama.

Boca e hipofaringe.

11 Cuando una persona presenta abstinencia del alcohol:

Un nuevo consumo de alcohol puede producir un rápido alivio de los síntomas de abstinencia.

Un nuevo consumo de alcohol no tiene un efecto reforzador.

No siente la necesidad de beber para neutralizar dicha abstinencia.

No siente la necesidad de tomar una benzodiazepina para neutralizar dicha abstinencia.

12 Con respecto a las crisis convulsivas por privación de alcohol, indique cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta:

Son tónico-clónicas generalizadas y suelen ocurrir en las primeras 12 a 48 horas.

Pueden ocurrir en grupos de 2-3 y aparecen en un 10% de los pacientes con privación de alcohol.

La presencia de estatus epiléptico no se asocia al síndrome de privación y se deben descartar otras patologías.

No requieren tratamiento, ya que son autolimitadas.

En los casos de abuso de benzodiazepinas concomitante, la gravedad clínica es mayor.

13 En la intoxicación etílica aguda se pueden hallar las siguientes alteraciones metabólicas, excepto:

Hipocloremia.

Hipermagnesemia.

Acidosis láctica.

Hipokaliemia.

Hipoglucemia

14 Con respecto al alcohol y el embarazo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

Entre las etapas del desarrollo, el periodo embriogénico en el tercer mes de gestación es el más vulnerable a los efectos del alcohol, donde se pueden producir malformaciones craneofaciales y déficits neurológicos severos.

Existen otros factores que pueden modular los efectos tóxicos del alcohol sobre el desarrollo neurológico como el patrón de consumo, tiempo de consumo, edad de la madre, estado nutricional, toma concomitante de fármacos o drogas.

Se sabe que el atracón de alcohol en la madre (binge drinking) no produce niveles altos de alcohol en sangre que resultan más dañinos para el feto que la exposición crónica a dosis similares.

El consumo de alcohol durante el embarazo puede ocasionar un conjunto de consecuencias negativas en el neurodesarrollo que se denomina Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal que ocasionará alteraciones temporales en los niños con trastornos en la memoria, lenguaje, aprendizaje, atención, praxias, cognición social, etc.

En las mujeres que consumen un promedio de 20 gramos de alcohol o más diarios durante el embarazo no es probable que se produzca un enlentecimiento del crecimiento fetal. El consumo de alcohol en pequeñas cantidades y preferiblemente cerveza por la madre aumenta la ingesta de leche materna por el niño.

15 Una de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto a la hepatopatía alcohólica, señálela:

La esteatosis hepática puede estar presente en el 20% de los pacientes alcohólicos, generalmente cursa de forma asintomática y revierte rápidamente si cesa el consumo de alcohol, siendo útiles en su tratamiento los fármacos hipolipemiantes.

La enfermedad hepática representa probablemente la patología más frecuentemente relacionada con el consumo crónico de alcohol y además, una de las más graves, aunque no hay estudios controlados con placebo que demuestren la relación entre alcohol y enfermedad hepática.

El espectro de enfermedad hepática alcohólica abarca desde la simple esteatosis a la esteatohepatitis aguda, fibrosis progresiva, cirrosis y carcinoma hepatocelular.

La base del tratamiento en el manejo de los pacientes con hepatopatía alcohólica es la abstinencia alcohólica, ya que se trata de la medida más eficaz, independientemente del estadio de la enfermedad hepática, y la persistencia del consumo de alcohol es el principal factor predictor de progresión de la enfermedad y aparición de complicaciones.

El alcohol también puede empeorar cualquier hepatopatía crónica. Se ha visto en la hepatitis crónica por virus B y C una evolución peor si existe consumo de alcohol, con un mayor grado de fibrosis y una progresión acelerada a cirrosis hepática.

16 Según los estudios epidemiológicos, ¿cuál es el trastorno mental más prevalente en la adicción al alcohol?

Esquizofrenia.

Trastorno de ansiedad.

Depresión.

Trastornos de la personalidad.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

17 ¿Cuánto tiempo se debe esperar para tratar un episodio depresivo en un paciente que ha iniciado la abstinencia al alcohol?

1 semana.

2 semanas, si el consumo es elevado.

1 mes.

No se deben tratar.

Dependerá del juicio clínico del profesional, dado que no hay datos al respecto.

18 Los trastornos de personalidad que más frecuentemente se asocian a consumo de alcohol son:

Trastorno esquizoide, trastorno límite, trastorno obsesivo.

Trastorno esquizoide, trastorno antisocial, trastorno obsesivo.

Trastorno límite, trastorno antisocial, trastorno dependiente.

Trastorno esquizoide, trastorno narcisista, trastorno obsesivo.

trastorno límite, trastorno esquizoide.

19 Con respecto a la evaluación del paciente con un trastorno por uso de alcohol, todas las siguientes son correctas excepto:

La entrevista clínica es el principal elemento en la evaluación.

El Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA) es un buen instrumento complementario a la entrevista clínica.

Una buena evaluación y un correcto diagnóstico forman parte del tratamiento.

El abordaje del paciente adicto al alcohol debe hacerse siempre desde Atención Primaria.

Los cuestionarios *CAGE* y *AUDIT* son instrumentos de *screening* o cribaje.

20 En el tratamiento del paciente alcohólico con patología dual es cierto que:

Las benzodiazepinas se pueden usar en desintoxicación, pero en tratamientos de mantenimiento es preferible evitarlas por riesgo de abuso.

En pacientes esquizofrénicos es preferible usar antipsicóticos atípicos que los clásicos.

Los anticonvulsivantes son muy útiles en tratamiento de esta patología.

Se deben evitar los IMAO en el tratamiento de los pacientes con depresión y adicción al alcohol.

Todas son ciertas.

21 En cuanto al papel de Atención Primaria en la dependencia alcohólica:

Es el primer nivel asistencial.

Es útil para el diagnóstico precoz.

La intervención breve es clave en este nivel.

Todas son correctas.

22 ¿En qué consiste la deshabitación?

Proceso farmacológico para evitar el síndrome de abstinencia.

Intervención dirigida a consolidar la abstinencia y evitar recaídas.

Proceso de reestructuración del entorno.

Ninguna es cierta.

23 De las siguientes, ¿qué intervención psicológica tiene evidencia científica para la deshabitación del alcohol?

Psicoanálisis.

Terapia familiar sistémica.

Entrevista motivacional.

Gestalt.

24 ¿Cuál sería el equipo mínimo recomendable en una Unidad específica de deshabituación?

Médico y psicólogo.

Médico y enfermero.

Médico, enfermero y psicólogo.

Médico, psicólogo y trabajador social.

25 ¿Qué nivel de recomendación tienen los grupos de autoayuda para el alcohol según la APA?

No está recomendado.

Primer nivel.

Segundo nivel.

Tercer nivel.

26 ¿Cuál de los siguientes instrumentos es más adecuado para la detección de dependientes de alcohol?

SCAN

EIDA

URICA

CAGE

27 Respecto al Cuestionario de Disposición al Cambio, es cierto que:

Consta de 15 ítems.

No existe versión española aún.

Valora la motivación para el tratamiento

Está incluido entre las entrevistas estructuradas.

28 La escala *Clinical Institute Withdrawal Assessment*:

Es una escala autoadministrada.

Evalúa la gravedad de la abstinencia.

También se denomina Escala breve para el síndrome de abstinencia de alcohol.

Considera el valor de la GGT.

29 ¿Cuál es el mejor instrumento para el diagnóstico de dependencia de alcohol?

El Cuestionario Breve para Alcohólicos.

El *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*.

La historia clínica.

El *CAGE*.

30 ¿Cuál de los siguientes instrumentos diagnósticos es específico para la dependencia de alcohol?

MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview).

SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry).

CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Ninguno de los anteriores.

31 ¿Qué caracteriza al espíritu de la entrevista motivacional?

Confrontación.

Escucha empática.

Compasión.

Escucha silenciosa.

32 ¿Cuál de los siguientes no es un proceso básico en la entrevista motivacional?

Proponer y definir un objetivo (*Focusing*).

Potenciar la motivación intrínseca hacia el cambio (*Evoking*).

Establecer un vínculo con el cliente (*Engaging*).

Valorar y aceptar auténticamente al cliente (*Accepting*).

33 La entrevista motivacional es:

Una técnica terapéutica.

Un modelo transteórico de cambio.

Un enfoque o espíritu terapéutico.

Una habilidad comunicacional persuasiva.

34 Inferir lo dicho y expresarlo con otras palabras es:

Repetir.

Refrasear.

Parafrasear.

Reflejar.

35 Desarrollar discrepancia en la entrevista motivacional significa:

Fomentar la disonancia cognitiva en el cliente entre lo que hace y lo que quisiese hacer.

Evidenciar conflictos inconscientes del cliente.

Confrontar su punto de vista con el de un familiar.

Mostrarle la diferencia entre lo que hace y lo que dice que hace.

36 En cuanto a los tests de cribado propuestos, señale la respuesta falsa:

En coste-eficacia son superiores a los marcadores biológicos y a los indicadores clínicos.

CAGE ha demostrado mayor utilidad para detectar uso problemático de alcohol.

No se recomienda el uso rutinario de MALT en *screening* poblacional en AP.

AUDIT es autoadministrado.

37 En cuanto a la exploración del consumo de alcohol en Atención Primaria, señale la respuesta falsa:

La mayoría de bebedores excesivos de alcohol no están identificados.

Por lo general, se recomienda una búsqueda oportunista de casos, por ser esta más coste-eficaz.

Se recomienda calcular la cantidad de bebida ingerida en UBE.

La sensibilidad y especificidad de los marcadores bioquímicos no son óptimas.

38 Respecto a la evidencia científica de la entrevista motivacional, ¿cuál de las siguientes respuestas es incorrecta?

Existe evidencia científica sólida para el uso de intervención breve en atención primaria.

No se han realizado estudios que intenten demostrar la eficacia de la intervención breve motivacional.

El uso de la entrevista motivacional en otros ámbitos asistenciales (urgencias, estudiantes, medio laboral, apoyo de nuevas tecnologías, etc.) es prometedor para la investigación científica.

La eficacia al año de la intervención breve se mantiene estadísticamente significativa con una reducción media del consumo en la última semana de 38 g de alcohol.

39 La intervención breve pretende varios objetivos, entre los que no se encuentra:

Reducción del consumo medio de alcohol.

Reducción de las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol.

Abstinencia total al año de seguimiento.

Reducción del número de bebedores clasificados como bebedores de riesgo.

40 ¿Cuál de los siguientes componentes no forma parte de la intervención breve motivacional?

Facilitar *feed-back*.

Expresar responsabilidad de cambio por parte del paciente.

Ofrecer un menú de opciones de actuación.

Restar importancia a la capacidad de decisión del paciente.

41 ¿Cuál de las siguientes definiciones es correcta para la recaída?

Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de la sustancia que originó el tratamiento.

Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.

La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.

Todas pueden ser definiciones válidas.

42 La prevención de recaídas (PR) es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Señale cuál es la respuesta incorrecta:

Identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída y entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Autorregistro y análisis funcional del uso de drogas.

Estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias.

Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.

43 En relación con las intervenciones psicológicas basadas en evidencias científicas:

Se dispone de suficiente evidencia empírica sobre la eficacia de la PR en el tratamiento de la dependencia alcohólica, en comparación con el no tratamiento, con el control placebo o con el consejo médico tradicional.

Varios estudios metaanalíticos recientes sitúan la PR como tratamiento psicológico de elección para la dependencia alcohólica.

En cuanto al formato del tratamiento, los diferentes estudios muestran que las diferencias entre las modalidades individuales y de grupo no alcanzan diferencias significativas.

Todas son correctas.

44 ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?

No se ha encontrado evidencia suficiente como para apoyar la terapia psicodinámica como una terapia de primera línea adecuada para las personas con problemas de dependencia de alcohol.

El psicoanálisis es el tratamiento de elección para los alcohólicos con mayor severidad en la dependencia.

Las terapias psicoanalíticas asociadas con el uso de interdictores del alcohol ofrecen la mayor garantía a la hora de prevenir recaídas en alcohólicos.

Ninguna es correcta.

45 El planteamiento que subyace en el entrenamiento en habilidades sociales es:

Que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de bebida un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber.

Un inadecuado aprendizaje familiar en el manejo del alcohol en dosis moderadas posibilita el desarrollo de dependencia.

Detrás de la falta de habilidad social se esconde un episodio traumático en la infancia temprana.

A y C son correctas.

46 Indique la afirmación correcta, en relación al tratamiento de la abstinencia al alcohol:

El clometiazol debe ser administrado en pauta descendente.

En el tratamiento de la abstinencia al alcohol, los sueros glucosados deben ser administrados antes que la tiamina.

El tiapride no debe ser administrado conjuntamente con un antiepiléptico.

En presencia de una hepatopatía severa debe evitarse el uso de lorazepam.

47 ¿Cuál de los siguientes fármacos ofrece mayor evidencia de su eficacia en la desintoxicación de la dependencia al alcohol?

Tiapride.

Clorazepato dipotásico.

Diazepam.

Carbamazepina.

48 ¿Cuál de los siguientes fármacos ha mostrado mayor eficacia en prevenir la transición desde un reinicio en el consumo de alcohol a una recaída?

Acamprosato.

Disulfiram.

Naltrexona.

Cianamida cálcica.

49 Ante un paciente que no acepte abandonar el consumo de alcohol y ante el que se plantee como objetivo terapéutico una reducción del consumo, el fármaco de elección será:

Disulfiram.

Acamprosato.

Cianamida cálcica.

Nalmefeno.

50 ¿Cuál de los siguientes fármacos no dispone de aprobación para su uso en el tratamiento de la deshabituación alcohólica, a pesar de existir evidencia sobre su eficacia terapéutica?

Acamprosato.

Disulfiram.

Naltrexona.

Topiramato.

