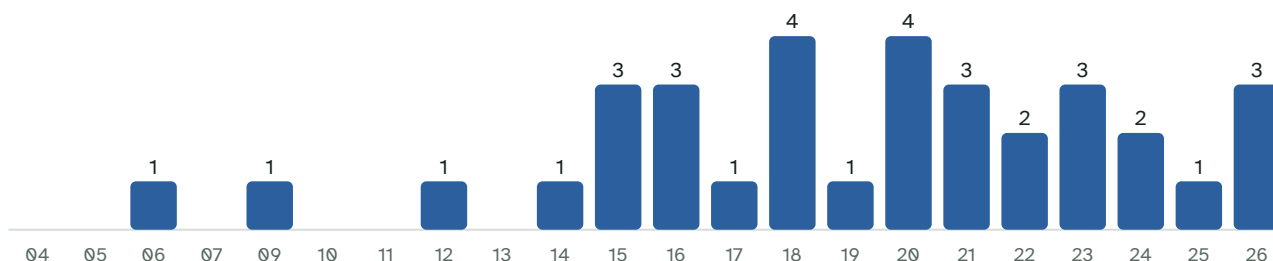


Adicciones

Las adicciones reúnen los conceptos básicos (dependencia, tolerancia, abstinencia, craving), la clasificación DSM-5 y CIE-11, el alcohol (UBE, límites de riesgo, AUDIT e intervención breve, abstinencia y fármacos), el tabaco (valoración del fumador, Fagerström y técnicas psicológicas), los opioides, la cocaína y las drogas del chemsex, y la red asistencial con la reducción de daños. En el EIR se repiten la patología dual, el AUDIT con su intervención y los umbrales de consumo de riesgo de alcohol.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



34 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Patología dual: coexistencia de trastorno por consumo y otro trastorno psiquiátrico (2 exámenes)
- AUDIT en rango de consumo de riesgo: intervención con consejo breve (2 exámenes)
- Umbral de consumo de riesgo de alcohol en g/día (OMS: 20-40 mujeres, 40-60 hombres) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Conceptos básicos y clasificación diagnóstica	8
2. Factores de riesgo y protección, adicciones comportamentales y patología dual	12
3. Alcohol: unidad de bebida estándar, límites y consumo de riesgo	15
4. Alcohol: cribado con AUDIT e intervención breve en Atención Primaria	18
5. Alcohol: abstinencia, delirium tremens y tratamiento farmacológico	21
6. Tabaco: valoración del fumador, motivación y tratamiento psicológico	25
7. Opioides, cocaína y drogas del chemsex	31
8. Red asistencial, reducción de daños y Estrategia Nacional	36
Todas las preguntas del tema (34)	40
Preguntas que también podrían ser de este tema (4)	49
Solucionario	51
Fuentes	53

Resumen para repasar

1. Conceptos básicos y clasificación diagnóstica

- **Adicción:** consumo repetido con deseo compulsivo, gran dificultad para dejarlo y búsqueda de la sustancia por cualquier medio; efecto perjudicial para la persona y la sociedad; la OMS prefiere «dependencia» ^{F1}
- **Dependencia física** = tolerancia + abstinencia; **psíquica** = deterioro del control y craving ^{F1}
- **Tolerancia:** hacen falta dosis más altas para el mismo efecto; **craving:** deseo muy fuerte de consumir ^{F1}
- **Síndrome de dependencia CIE-10:** 3 o más criterios en un año ^{F1}
- **DSM-5:** trastorno por consumo con 11 criterios; leve 2-3 (moderado 4-5 y grave 6 o más, según el NIAAA para el alcohol); añade craving y quita problemas legales ^{F2 F4}
- **Trastorno por juego:** única adicción sin sustancia con diagnóstico DSM-5; juego en internet en la sección III; CIE-11 incluye el trastorno por uso de videojuegos (12 meses) ^{F2 F5}
- Depresoras (alcohol, opiáceos, benzodiacepinas, **GHB**), estimulantes (tabaco, cocaína, anfetaminas), perturbadoras (LSD, ketamina, cannabis) ^{F43}

2. Factores de riesgo y protección, adicciones comportamentales y patología dual

- **Factor de riesgo:** aumenta la probabilidad de inicio o de progresión del consumo; **de protección:** la reduce o atenúa ^{F9}
- **Microsociales:** familia, escuela, **grupo de iguales**, trabajo; **macrosociales:** disponibilidad, publicidad, actitudes sociales; individuales: edad, autoestima, búsqueda de sensaciones ^{F10}
- El consumo de los amigos es probablemente el mayor factor de riesgo de inicio ^{F10}
- **Uso problemático de internet:** no reconocido por CIE-10 ni DSM-5 ^{F6}
- Pantallas: genética (hasta el 48 %) y experiencias adversas tempranas como factores predisponentes; **autoestima y afrontamiento del estrés** como protectores ^{F7}
- **Patología dual:** trastorno por uso de sustancias + otro diagnóstico psiquiátrico (guía con el CIBERSAM); sinónimo de comorbilidad ^{F11 F1}

3. Alcohol: unidad de bebida estándar, límites y consumo de riesgo

- **UBE = 10 g**; gramos = ml × grados × 0,8 / 100 ^{F19}
- **Bajo riesgo**: 20 g/día hombres y 10 g/día mujeres; no existe consumo seguro ^{F19}
- **Consumo de riesgo**: más de 40 g/día (4 UBE) hombres y más de 20-25 g/día (2-2,5 UBE) mujeres, o **AUDIT más de 7 / más de 5** ^{F19}
- **PAPPS**: más de 28 UBE/semana en varones y más de 17 en mujeres; en embarazo y menores cualquier consumo es de riesgo ^{F21}
- **Binge**: 60 g o más en varones y 40 g o más en mujeres en una sesión ^{F19}
- **OMS 2000**, riesgo a largo plazo (consumo medio diario): riesgo medio 41-60 g/día hombres y 21-40 g/día mujeres, para comparaciones internacionales ^{F22}
- **OPS/OMS 2008**: consumo de riesgo = consumo regular de **20-40 g/día en mujeres y 40-60 g/día en varones**; perjudicial, más de 40 y más de 60 g ^{F46}
- **CAGE** (4 ítems): 1 afirmativa, sospecha; **2 o más, dependencia** (Socidrogalcohol 2013) ^{F47}

4. Alcohol: cribado con AUDIT e intervención breve en Atención Primaria

- **AUDIT-C** para el cribado: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres; cribado cada 2 años en mayores de 14 años ^{F20 F21}
- **AUDIT**: riesgo desde 8 (varones) y 6 (mujeres); 20 o más sugiere dependencia ^{F20}
- Zonas: **0-7 información y refuerzo; 8-15 consejo breve; 16-19 consejo breve extendido; 20-40 valorar derivación** ^{F20}
- Al bebedor de riesgo: bebidas de **poca graduación** en lugar de fuertes, nunca en ayunas, pausas sin alcohol ^{F20}

5. Alcohol: abstinencia, delirium tremens y tratamiento farmacológico

- **Abstinencia alcohólica**: desde 6 h; convulsiones 6-48 h; alucinosis 12-24 h con consciencia clara ^{F24}
- **Delirium tremens**: en dependientes del alcohol, desde las 48 h (glosario), 48-72 h (MSD) o **72-96 h** (Socidrogalcohol 2013); confusión, alucinaciones, temblor, fiebre; UCI ^{F1 F24 F47}
- **Benzodiacepinas** (vida media larga; corta en ancianos o insuficiencia hepática) y **tiamina** para prevenir el Wernicke ^{F47}
- **Carbamazepina**: sin potencial de abuso; **nunca en monoterapia**, como complemento o alternativa a las benzodiacepinas (también tras la desintoxicación); eutimizante para la **impulsividad** ^{F47 F24}
- **Interdictores**: disulfiram y **cianamida cálcica** (bloqueo reversible); disulfiram supervisado y con consentimiento del paciente ^{F47}
- **Disulfiram**: inhibe la aldehído-deshidrogenasa; rubefacción, **taquicardia, hipotensión**; evitar vinagre, salsas y enjuagues ^{F25}
- **Naltrexona y acamprosato** mantienen la abstinencia; **nalmefeno** reduce el consumo ^{F26 F27 F28}

6. Tabaco: valoración del fumador, motivación y tratamiento psicológico

- **Datos mínimos del fumador:** paquetes-año, fase de abandono, motivación, Fagerström, intentos previos, CO ^{F29}
- **5 A:** averiguar, aconsejar, apreciar, ayudar, acordar ^{F30}
- Entrevista motivacional: **explorar ventajas y desventajas** del consumo y resolver la ambivalencia ^{F33}
- **Tomkins:** se fuma por el aumento del afecto positivo o la disminución del negativo ^{F31}
- Etapas: precontemplación (sin intención en 6 meses), contemplación, **preparación (el mes siguiente)**, acción (menos de 6 meses), mantenimiento ^{F20}
- **Preparación:** se propone firmemente cambiar **a corto plazo** pero aún está considerando qué hacer; **contemplación:** reconoce el problema, ambivalente, sin pasos hacia el cambio ^{F33}
- **Paquetes-año = cigarrillos/día × años / 20** ^{F29}
- **Fagerström:** 0-3 leve, **4-6 moderada**, 7 o más grave ^{F29}
- **HSI** = dependencia física; Glover-Nilsson = psicológica; Richmond = motivación; MNWS = abstinencia ^{F30 F31}
- Técnicas psicológicas: solución de problemas, **contrato de contingencias**, **autorregistro**, prevención de recaídas; el CO es una medida fisiológica ^{F32 F31}

7. Opioides, cocaína y drogas del chemsex

- **Opioides:** oximorfona, petidina, codeína, pentazocina, fentanilo ^{F41}
- **Abstinencia de opioides:** disforia, bostezos, lagrimeo, rinorrea, **midriasis**, piloerección, diarrea, mialgias, fiebre, insomnio ^{F36}
- **Metadona:** dosis según la dependencia física; mantenimiento sin abstinencia ni deseo de consumo; **prioridad a las embarazadas** ^{F38 F37}
- Metadona 36-48 h frente a naloxona 1-3 h: **dosis repetidas o perfusión continua** ^{F39 F40}
- **Cocaína:** bloquea la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina; el exceso de noradrenalina da HTA, midriasis, sudor y temblor ^{F43}
- **Chemsex:** consumo sexual vinculado a la cultura gay; puede ser en solitario u online; **GHB/GBL, mefedrona, metanfetamina** ^{F42}
- **Poppers:** cefalea, toxicidad retiniana, hipoxia, anemia hemolítica ^{F42}

8. Red asistencial, reducción de daños y Estrategia Nacional

- Tres niveles: primer nivel (entrada), **centros ambulatorios**, tercer nivel (UDH, comunidad terapéutica, pisos, centros de día) ^{F15 F16}
- **Desintoxicación** = dependencia física; **deshabitación** = dependencia psicológica ^{F17}; en el alcohol, la desintoxicación (**cesación planificada** del consumo) es el **principio necesario** del tratamiento a largo plazo ^{F47}; en 2008, la **retirada total y programada** era el primer paso hacia la deshabitación ^{F23}
- Desintoxicación con ingreso si hay **fracasos ambulatorios previos**; en el embarazo, si se hace, con ingreso y **no antes de la semana 12-14 ni después de la 32** ^{F37}
- **Reducción del daño**: faceta **asistencial** (metadona, jeringuillas, salas); la disminución del riesgo es la próxima a la prevención ^{F12}
- **Salas de inyección**: derivar, reducir infecciones y muertes, identificar patologías emergentes, paliar el impacto en espacios públicos; no incluyen el tratamiento sustitutivo entre sus objetivos ^{F14}
- Estrategia 2009-2016: entornos de especial facilidad para el consumo, en **reducción del daño**, no en asistencia ^{F12}

Puntos clave

- 1 Dependencia física = tolerancia + abstinencia; dependencia psíquica = pérdida de control y craving (deseo muy fuerte de consumir) ^{F1}
- 2 DSM-5: trastorno por consumo con 11 criterios (leve 2-3); el trastorno por juego es la única adicción comportamental con diagnóstico; el juego en internet está en la sección III ^{F2 F4}
- 3 Patología dual: coexistencia de un trastorno por uso de sustancias con otro diagnóstico psiquiátrico (guía con el CIBERSAM) ^{F11}
- 4 UBE en España = 10 g; gramos = ml × grados × 0,8 / 100 ^{F19}
- 5 Bajo riesgo: 20 g/día hombres y 10 g/día mujeres; consumo de riesgo: más de 40 g/día hombres y más de 20-25 g/día mujeres, o AUDIT más de 7 / más de 5 ^{F19}
- 6 OMS 2000 (comparación internacional, riesgo a largo plazo): consumo medio diario de riesgo medio 41-60 g/día en hombres y 21-40 g/día en mujeres ^{F22}
- 7 Zonas AUDIT: 0-7 información y refuerzo; 8-15 consejo breve; 16-19 consejo breve extendido; 20-40 valorar derivación ^{F20}
- 8 Delirium tremens: abstinencia con delirio en dependientes del alcohol, desde las 48 h; benzodíacepas, tiamina y UCI ^{F1 F24}
- 9 Disulfiram: inhibe la aldehído-deshidrogenasa; reacción con rubefacción, taquicardia e hipotensión; evitar alcohol oculto (vinagre, salsas, enjuagues) ^{F25}
- 10 Paquetes-año = cigarrillos/día × años / 20; Fagerström 0-3 leve, 4-6 moderada, 7 o más grave; HSI mide dependencia física ^{F29 F30}
- 11 Abstinencia de opioides: disforia, bostezos, lagrimeo, rinorrea, midriasis, piloerección, diarrea, dolores musculares, fiebre, insomnio ^{F36}
- 12 La metadona actúa 36-48 h y la naloxona 1-3 h: dosis repetidas o perfusión continua ^{F39 F40}
- 13 Chemsex: GHB/GBL, mefedrona y metanfetamina; poppers: cefalea, toxicidad retiniana, hipoxia, anemia hemolítica ^{F42}
- 14 Reducción del daño: faceta asistencial (metadona, jeringuillas, salas), no prevención primaria ^{F12}

1. Conceptos básicos y clasificación diagnóstica

El glosario de la OMS (traducido por el Ministerio de Sanidad) define la **adicción** como el **consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas**, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódicamente o de forma continua, **muestra un deseo compulsivo de consumir**, tiene una enorme dificultad para interrumpir o modificar el consumo y se muestra decidido a obtener la sustancia por cualquier medio; la vida del adicto queda dominada por el consumo. En 1964 un comité de expertos de la OMS introdujo «dependencia» y la OMS recomendó dejar de usar «adicción» y «habitación» en favor de **dependencia**, y la adicción no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 ^{F1}. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo tiene un **efecto perjudicial para la sociedad y para la persona** ^{F1}. En el modelo social de Peele que recoge Becoña, las drogas y las conductas que producen adicción se convierten en **muletillas** que tiene la persona para afrontar mejor su vida **ante situaciones de estrés, ansiedad, dolor o depresión**, entre otras ^{F9}.

Término	Definición (glosario OMS)
Dependencia	Necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. Si no se especifica, abarca los elementos físicos y los psicológicos ^{F1}
Dependencia psicológica o psíquica	Deterioro del control sobre el consumo (ansia o craving, compulsión) ^{F1}
Dependencia fisiológica o física	Se refiere a la tolerancia y a los síntomas de abstinencia (neuroadaptación) ^{F1}
Tolerancia	Disminución de la respuesta a una dosis con el uso continuado: se necesitan dosis más altas para conseguir los efectos que al principio se obtenían con dosis más bajas. Puede ser metabólica, funcional o conductual; la tolerancia inversa se llama sensibilización ^{F1}
Síndrome de abstinencia	Conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir una sustancia consumida de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado o en dosis altas; es uno de los indicadores del síndrome de dependencia y sus características suelen ser opuestas a las de la intoxicación aguda ^{F1}
Craving (impulso irresistible, ansia)	Deseo muy fuerte de consumir una sustancia psicoactiva o de experimentar los efectos de su intoxicación ^{F1}
Síndrome de dependencia (CIE-10)	Deseo poderoso de tomar la droga, deterioro del control, consumo persistente pese a las consecuencias, prioridad del consumo, aumento de la tolerancia y abstinencia física; se diagnostica con tres o más criterios en el plazo de un año ^{F1}

Término	Definición (glosario OMS)
Consumo de riesgo	Patrón que eleva el riesgo de consecuencias nocivas; importa a la salud pública aunque el consumidor no tenga un trastorno actual. No es término diagnóstico de la CIE-10 ^{F1}
Consumo perjudicial	Patrón que ya causa daño a la salud física o mental; lo introdujo la CIE-10 ^{F1}

Física frente a psíquica

Física = **tolerancia + abstinencia** (el cuerpo se ha adaptado). Psíquica = **pérdida de control y craving** (la conducta se ha adueñado de la persona) ^{F1}.

EIR 2016 · 223

P25 · respuesta en el solucionario

Definición de adicción

Cuando un paciente para aliviar la ansiedad hace un uso compulsivo y mal adaptativo de una sustancia, decimos que presenta:

1. Atracción.
2. Consumo.
3. Tolerancia.
4. Adicción.

EIR 2014 · 173

P31 · respuesta en el solucionario

Definición de dependencia física

En los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, ¿en qué consiste la dependencia física?

1. En un proceso físico de corta duración.
2. En una intensa sensación de insatisfacción por no poder consumir las sustancias.
3. En la acción de consumir las drogas produciendo un estado de intoxicación con efecto psicoactivo.
4. En una serie de cambios físicos y psíquicos que tienen lugar tras la administración de una sustancia.
5. En un estado de adaptación física manifestada por intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga.

Craving: deseo de consumo

¿Qué es el “craving”?:

1. El riesgo individual de padecer dependencia a algunas sustancias tóxicas.
2. El deseo de consumo de droga.
3. La disminución de la capacidad cognitiva secundaria al consumo prolongado de opiáceos.
4. La propiedad de algunas drogas de provocar los mismos efectos con dosis más bajas.

El **DSM-5** (APA, 2013) fusiona el abuso y la dependencia del DSM-IV en un único **trastorno por consumo de sustancias**, medido en un continuo de leve a grave con una lista de **11 criterios**; el trastorno **leve exige 2-3** ^{F2}. Para el trastorno por consumo de alcohol, el NIAAA precisa que son **moderados 4-5** criterios y **grave 6 o más**, en un mismo periodo de 12 meses ^{F4}. El DSM-5 **añade el craving** como criterio y **elimina los problemas legales** ^{F2}. La cafeína no puede diagnosticarse como trastorno por consumo; el trastorno por consumo de cafeína figura en la sección III ^{F2}.

El capítulo «Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos» incluye el **trastorno por juego** (gambling disorder) como **única condición** de una nueva categoría de adicciones conductuales; en el DSM-IV el juego patológico estaba en otro capítulo ^{F2}. El **trastorno por juego en internet** (internet gaming disorder) queda en la **sección III**, de condiciones que requieren más investigación, y los criterios no incluyen el uso general de internet, el juego de apuestas en línea, las redes sociales ni los smartphones ^{F2 F3}.

La **CIE-11** (OMS) sí incluye, entre los trastornos debidos a comportamientos adictivos, el **trastorno por uso de videojuegos**: control deficiente sobre el juego, prioridad creciente del juego sobre otros intereses y actividades, y continuación pese a las consecuencias negativas, con deterioro significativo del funcionamiento y evidente normalmente durante **al menos 12 meses** ^{F5}.

★ Lo que más cae

En el DSM-5 la **única adicción sin sustancia con categoría diagnóstica es el trastorno por juego**. El juego en internet está en la sección III (para estudio); el uso de internet, redes o móvil no es diagnóstico ^{F2 F3}.

DSM-5: juego patológico como trastorno no relacionado con sustancias

Según el DSM-5 en el capítulo de trastornos adictivos, ¿cuál de los siguientes trastornos no relacionados con sustancias aparece como categoría diagnóstica?:

1. Trastorno por juego patológico.
2. Trastorno por adicción al sexo.
3. Trastorno por adicción al ejercicio.
4. Trastorno por uso patológico de internet.

Grupo por su efecto sobre el SNC	Qué hacen	Ejemplos
Depresoras	Enlentecen el funcionamiento orgánico y psíquico; efectos desde la desinhibición al coma	Alcohol; opiáceos (morfina, heroína, codeína, metadona); benzodiacepinas; GHB; inhalantes ^{F43}
Estimulantes	Aceleran el funcionamiento habitual del cerebro; activación que puede llegar a la hiperactividad	Menores: xantinas y tabaco. Mayores: anfetaminas y cocaína ^{F43}
Perturbadoras	Modifican la percepción: distorsiones perceptivas y alucinaciones	Alucinógenos (LSD, ketamina, hongos, mescalina); cannabis ^{F43}
Estimulantes-perturbadoras	Efecto mixto	Drogas de síntesis: éxtasis y crystal ^{F43}

Dos trampas de la clasificación

El **alcohol es depresor**: la euforia inicial deja paso al adormecimiento. El **GHB** se llama «éxtasis líquido», pero actúa como **depresor** y no tiene nada que ver con el éxtasis ^{F43}.

2. Factores de riesgo y protección, adicciones comportamentales y patología dual

Factor de riesgo es un atributo individual, condición situacional o contexto ambiental que **incrementa la probabilidad** del uso o abuso de drogas (inicio) o de una transición en el nivel de implicación con ellas (mantenimiento); **factor de protección** es el que la **inhibe, reduce o atenúa** (Clayton, 1992). Los factores de riesgo deben definirse para una edad o etapa evolutiva concreta ^{F9}.

Madrid Salud clasifica los factores de riesgo en vinculados a la sustancia, al individuo y al contexto social. Dentro del contexto distingue el **ambiente microsocioal**, formado por los individuos próximos y los grupos de pertenencia inmediatos, del **ambiente macrosocioal**, las características de la sociedad en que se vive ^{F10}.

Tipo	Ejemplos (Madrid Salud)
Individuales	Edad, baja autoestima, baja asertividad, búsqueda de sensaciones, lugar de control externo, escasa tolerancia a la frustración, dificultad para manejar el estrés, falta de habilidades sociales, actitudes favorables hacia las drogas ^{F10}
Microsociales	Ambientes reducidos pero próximos: familia (baja cohesión, clima afectivo inadecuado, consumo familiar), medio escolar , grupo de iguales y, en el adulto, el medio laboral ^{F10}
Macrosociales	Factores socioestructurales: disponibilidad de drogas , actitudes sociales tolerantes, publicidad de drogas legales, falta de recursos para el ocio, planificación urbanística, sistema de valores; también el precio y la regulación legal ^{F10}

El **consumo de drogas por parte de los amigos** es probablemente el mayor factor de riesgo de inicio, y el riesgo aumenta si se añade una **alta dependencia del grupo** o la falta de habilidades para enfrentarse a la oferta; en el trabajo se cita la **presión de los compañeros** ^{F10}. Otros autores agrupan como factores individuales los genéticos, los **biológico-evolutivos (sexo, edad)** y los psicológicos, como la **personalidad** o la búsqueda de sensaciones ^{F9}. Entre los factores de protección individuales figuran un temperamento positivo, un **amplio repertorio de habilidades de afrontamiento**, la creencia en la propia autoeficacia y una orientación social positiva ^{F9}.

EIR 2018 · 136

P23 · respuesta en el solucionario

Factores de riesgo microsociales de drogadicción: presión de grupo

¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de drogadicción es de tipo microsocioal?:

1. Presión de grupo.
2. Sexo.
3. Personalidad.
4. Disponibilidad de sustancias.

El **uso problemático de internet** se define como un uso generalizado y compulsivo, con pérdida de control y consecuencias negativas; **aún no ha sido reconocido por los sistemas de clasificación (CIE-10 o DSM-5)**. El DSM-5 solo recoge, en la sección III, el trastorno por juego en internet sin apuestas, y la OMS incluyó en 2019 el

trastorno por uso de videojuegos en la CIE-11 ^{F6}. El comité de expertos del Gobierno estima que **un 33 %** de los adolescentes estaría empezando a desarrollar un problema con internet y las redes sociales, más entre las chicas y a partir de los 14 años ^{F8}.

Uso problemático de internet	Qué dice la guía financiada y publicada por el PNSD
Genética	Hasta el 48 % de las diferencias individuales pueden explicarse por factores genéticos, aunque hace falta más investigación ^{F7}
Experiencias negativas en la primera infancia	Traumas tempranos, abuso emocional o físico y aislamiento social se han correlacionado con los trastornos por uso de internet ^{F7}
Afrontamiento y personalidad	Afrontamiento impulsivo del estrés; alta impulsividad, baja autoestima , timidez, neuroticismo. Comorbilidad frecuente con depresión, ansiedad y TDAH ^{F7}
Factores de protección	Personales: elevada autoestima , autocontrol, afrontamiento adecuado del estrés , resolución de problemas, habilidades sociales, ocio saludable. Familiares: comunicación, apoyo emocional, normas y límites. Escolares y de pares ^{F7}

El informe del comité de expertos pide valorar como protectores el apego seguro, el diálogo en familia, la comunicación asertiva, el ocio (naturaleza, deportes de equipo, lectura), una adecuada educación emocional, la **buena autoestima** y la satisfacción con la vida escolar ^{F8}.

EIR 2026 · 68

P1 · respuesta en el solucionario

Uso adictivo de pantallas: factores protectores

Sobre el uso adictivo de pantallas, ¿qué afirmación es cierta?:

1. Los factores genéticos no han demostrado ser factores predisponentes.
2. Mejorar la autoestima y las estrategias de afrontamiento de estresores entre los jóvenes son factores protectores.
3. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) reconoce oficialmente la adicción a pantallas como un diagnóstico.
4. Las experiencias negativas de la primera infancia no han demostrado ser factores predisponentes.

La **patología dual** es, según la guía de práctica clínica en la que participa el **CIBERSAM**, la **coexistencia de un trastorno por uso de sustancias psicoactivas con otros diagnósticos psiquiátricos**, lo que se conoce como «diagnóstico dual o patología dual». Puede significar que ambos diagnósticos son independientes y simultáneos, que el cuadro psiquiátrico ha sido inducido por sustancias o que el trastorno por uso es secundario al psiquiátrico; se recomiendan programas que **integren** la atención mental y la toxicológica ^{F11}.

El glosario de la OMS llama **diagnóstico dual** a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico en la misma persona; el término no implica ninguna relación etiológica entre ambos y su sinónimo es **comorbilidad** ^{F1}. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 describe a

estas personas con **cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico** del problema adictivo ^{F12}.



Patología dual

Trastorno por consumo de sustancias + **otro trastorno psiquiátrico** en la misma persona = patología dual (diagnóstico dual, comorbilidad). No son dos trastornos de personalidad ni esquizofrenia con trastorno de personalidad ^{F11 F1}.

EIR 2015 · 190

P28 · respuesta en el solucionario

Patología dual: coexistencia de trastorno por consumo y otro trastorno psiquiátrico

La presencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancias tóxicas:

1. Se refiere al concepto de Patología Dual, un tipo específico de comorbilidad diagnóstica.
2. Es una entidad patológica que no existe.
3. Es sinónimo de trastorno bipolar.
4. Hace referencia a personas mayores que presentan simultáneamente dos o más enfermedades mentales.
5. Constituye una etiqueta diagnóstica sin relevancia desde la perspectiva clínica como social.

EIR 2021 · 83

P14 · respuesta en el solucionario

Patología dual: coexistencia de trastorno por consumo y otro trastorno psiquiátrico

Según la Guía de Práctica Clínica, elaborada entre otros por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), ¿qué se considera “Patología Dual” ?:

1. La coexistencia de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas con otros diagnósticos psiquiátricos.
2. Cuando una persona cumple criterios diagnósticos de dos tipos de trastorno de personalidad.
3. La coexistencia de esquizofrenia y trastorno de personalidad.
4. Cuando la persona que padece el trastorno de identidad disociativo tiene dos tipos de personalidad.

3. Alcohol: unidad de bebida estándar, límites y consumo de riesgo

En España la **unidad de bebida estándar (UBE) equivale a 10 g de alcohol**: aproximadamente un vaso de vino de 100 ml de 13°, un vaso de 300 ml de cerveza de 4° o 30 ml de licor de 40° ^{F19}. El documento de consejo integral de 2015 daba como equivalencias una copa de vino o cava (100 ml), una cerveza (250 ml) o media copa de licor (25 ml) ^{F20}. Los gramos de alcohol se calculan con la fórmula **volumen (ml) × graduación (°) × 0,8 / 100** ^{F19}.

Mensaje clave (Ministerio de Sanidad, 2020)	Contenido
Consumo	No existe un nivel de consumo seguro ; no consumir es lo único que evita los efectos perjudiciales y ningún profesional debe recomendarlo para mejorar la salud ^{F19}
Límites de consumo de bajo riesgo	20 g/día (2 UBE) en hombres y 10 g/día (1 UBE) en mujeres , asumiendo que cualquier consumo implica riesgo; algunas guías recomiendan días libres de alcohol ^{F19}
Consumo intensivo (binge drinking)	60 g o más (6 UBE) en varones y 40 g o más (4 UBE) en mujeres en una sesión (habitualmente 4-6 h); no existe un nivel de bajo riesgo y debe desaconsejarse siempre ^{F19}
Tipo de bebida	El vino y la cerveza no tienen un efecto protector diferenciado; recomendarlos por supuestos beneficios no está justificado ^{F19}
Consumo de riesgo	Si cumple alguno de estos criterios: AUDIT > 7 puntos en varones y > 5 en mujeres; > 40 g/d (4 UBE/día) en hombres y > 20-25 g/d (2-2,5 UBE/día) en mujeres ^{F19} . El documento de 2015 añade más de 28 UBE/semana en hombres y más de 17 en mujeres, o 6 o más UBE por ocasión en hombres y 4 o más en mujeres ^{F20}
No consumir	Menores de 18 años, embarazo y lactancia, entre otras situaciones ^{F19}

El PAPPS 2024 define como bebedora de riesgo a la persona que consume **más de 4 UBE/día (> 28 UBE/semana) si es varón y 2-2,5 UBE/día (> 17 UBE/semana) si es mujer**; el consumo intensivo es de 6 o más UBE en varones o 4 o más en mujeres en una sesión, y los límites de bajo riesgo son 20 g y 10 g diarios ^{F21}. **En la mujer embarazada y en los menores, cualquier consumo es de riesgo** ^{F21}. En España el límite de riesgo se fijó en 2007 en más de 40 g/día en hombres y 20 g/día en mujeres ^{F19}.

La guía internacional de la OMS de 2000 propone, para el **riesgo de daño a largo plazo**, unos cortes que llama riesgo bajo, medio y alto: su tabla 2.2.2 los presenta como niveles de **consumo medio diario** («average daily consumption levels») y el texto los aplica a la ingesta media por día de consumo («average ethanol intake per drinking day»). El riesgo medio corresponde a lo que antes se llamaba consumo «hazardous» (de riesgo) y el alto a «harmful» (perjudicial); se proponen para hacer **comparaciones internacionales** ^{F22}. Aparte, para el **riesgo agudo de un solo día de consumo** («for comparative research purposes only») da otra tabla con cuatro

niveles: en mujeres, bajo 1-20 g, medio 21-40 g, alto 41-60 g y muy alto 61 g o más; en hombres, 1-40 g, 41-60 g, 61-100 g y 101 g o más. Avisa de que esos niveles de un día deben distinguirse de los del consumo diario habitual, que suelen ser más bajos ^{F22}.

OMS 2000, riesgo a largo plazo: consumo medio diario (tabla 2.2.2)	Hombres	Mujeres
Riesgo bajo	1-40 g	1-20 g ^{F22}
Riesgo medio (de riesgo)	41-60 g	21-40 g ^{F22}
Riesgo alto (perjudicial)	61 g o más	41 g o más ^{F22}

No mezclar los marcos

OMS 2000 (comparación internacional, riesgo a largo plazo, consumo medio): riesgo medio 21-40 g/día en mujeres y 41-60 g/día en hombres; no confundir con su tabla de riesgo agudo de un solo día. La OPS/OMS (2008) llama **consumo de riesgo** al consumo regular de 20-40 g/día en mujeres y de 40-60 g/día en varones ^{F46}. **España 2020 (clínica):** bajo riesgo hasta 10 g (mujeres) y 20 g (hombres); consumo de riesgo por encima de 20-25 g (mujeres) y 40 g (hombres) ^{F22 F19}.

El documento de la OPS/OMS para atención primaria (2008) recoge que la OMS describe el **consumo de riesgo** como el consumo regular de **20 a 40 g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60 g diarios en varones**, y el **consumo perjudicial** como el consumo regular promedio de más de 40 g diarios en mujeres y de más de 60 g en hombres; el consumo excesivo ocasional es el de al menos 60 g en una sola sesión por parte de un adulto, sin distinguir por sexo. Advierte de que no existe acuerdo sobre qué nivel implica un consumo de riesgo y de que cualquier nivel de consumo implica riesgos ^{F46}.

El **test CAGE** (Mayfield, 1974) consta de **4 ítems** de respuesta dicotómica. La guía de Socidrogalcohol de 2013 considera que **una respuesta afirmativa indica sospecha de problema**, y que la existencia de **dependencia se determina si dos o más preguntas son afirmativas** (con cuatro afirmativas se cumple, por tanto, el criterio de dependencia, no solo el de sospecha); parece tener mejor rendimiento en la detección de la dependencia alcohólica que en la de bebedores de riesgo ^{F47}.

EIR 2017 · 9

P24 · respuesta en el solucionario

Umbral de consumo de riesgo de alcohol en g/día (OMS: 20-40 mujeres, 40-60 hombres)

En relación al consumo de alcohol, indica la respuesta correcta:

1. El consumo de riesgo en mujeres a partir 136 gramos/semana.
2. Para calcular los gramos de alcohol puro se utiliza la siguiente fórmula: volumen en ml x graduación (%) x factor de conversión 0,2.
3. El consumo de riesgo en hombres es ≥ 40 gramos al día.
4. Un valor del test de CAGE de 4 indica sospecha de alcoholismo.

Umbral de consumo de riesgo de alcohol en g/día (OMS: 20-40 mujeres, 40-60 hombres)

Según la Organización Mundial de la Salud y de acuerdo a las evidencias científicas, el umbral para considerar consumo de riesgo de alcohol es de:

1. Menos de 20 g/día en hombres y menos de 12 g/día en mujeres.
2. Consumo regular de 12 g/día en mujeres y de 20 g/día en hombres.
3. Consumo regular de 20-40 g/día en mujeres y de 40-60 g/día en hombres.
4. Consumo regular de 24 g/día tanto en hombres como mujeres.

Criterios actuales de consumo de riesgo de alcohol en mujeres (AUDIT >5, >20-25 g/día)

Una mujer de 37 años acude a la consulta de su enfermera de familia, quien valora su consumo de alcohol. Actualmente se considera que tendría un consumo de riesgo si cumple alguno de estos criterios:

1. Cuestionario AUDIT: > 5 puntos y > 20-25 g/d (2-2,5 UBEs/día).
2. Cuestionario AUDIT: > 6 puntos y > 35 g/d (3,5 UBEs/día).
3. Cuestionario AUDIT: > 5 puntos y > 40 g/d (4 UBEs/día).
4. Cuestionario AUDIT: > 7 puntos y > 40 g/d (4 UBEs/día).

4. Alcohol: cribado con AUDIT e intervención breve en Atención Primaria

El **AUDIT-C** es el cuestionario de elección para el **cribado de consumos de riesgo** en el ámbito sanitario; tiene las tres preguntas de consumo del AUDIT (frecuencia, consumiciones en un día normal y frecuencia de seis o más bebidas en una ocasión) y su punto de corte es **5 o más en varones y 4 o más en mujeres**. Si es positivo se completa el AUDIT de 10 ítems ^{F20}. El PAPPS lo recoge igual y recomienda el cribado **como mínimo cada 2 años en toda persona mayor de 14 años**, sin límite superior de edad ^{F21}.

El **AUDIT**, desarrollado por la OMS, detecta el consumo de riesgo y la posible dependencia; su punto de corte para el consumo de riesgo es **8 o más en varones y 6 o más en mujeres**, y **20 o más** es indicativo de dependencia. Los **marcadores biológicos no deben usarse para el cribado**, aunque sean útiles en el manejo clínico. El modelo de intervención se basa en las **5 Aes** de ese documento (averiguar, aconsejar, acordar, ayudar y asegurar), que no coinciden del todo con las 5 A del tabaco ^{F20}.

Zona de riesgo	Intervención	Puntuación AUDIT
Zona I	Información y refuerzo	0-7 ^{F20}
Zona II	Consejo breve	8-15 ^{F20}
Zona III	Consejo breve extendido	16-19 ^{F20}
Zona IV	Valorar derivación	20-40 ^{F20}

La **zona II** agrupa a personas con **consumo de riesgo**, a las que se da un **consejo breve de pocos minutos**. La **zona III** corresponde probablemente a **consumo perjudicial** y recibe la **intervención breve extendida**: una sesión motivacional de 20-30 minutos con seguimiento (educación individual) ^{F20}. Las intervenciones breves son efectivas en ambos sexos a los 6 y 12 meses y un metaanálisis español encontró una disminución del consumo semanal de unos 100 g ^{F21}.

La tabla de zonas no distingue sexo

Las zonas I-IV se leen solo con la **puntuación del AUDIT**; los cortes por sexo (más de 7 en varones y más de 5 en mujeres) sirven para clasificar el consumo como de bajo riesgo o de riesgo ^{F20}.

AUDIT en rango de consumo de riesgo: intervención con consejo breve

La enfermera realiza el cribado a un usuario sobre consumo de riesgo de alcohol mediante el Test AUDIT con un resultado en la puntuación de 14, siendo identificado como persona con consumo de riesgo 2. ¿Qué intervención sería correcta atendiendo al documento “Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con Recursos Comunitarios en Población Adulta”?:

1. Información y refuerzo.
2. Consejo breve.
3. Consejo breve extendido.
4. Valorar derivación.

AUDIT en rango de consumo de riesgo: intervención con consejo breve

Acude a consulta de Atención Primaria, un varón de 58 años. Se realiza una valoración de los niveles de consumo de riesgo de alcohol para lo que aplicamos el cuestionario AUDIT y se obtiene una puntuación de 8. ¿Qué tipo de intervención corresponde realizar?:

1. Valorar derivación.
2. Consejo breve extendido.
3. Consejo breve.
4. Información y refuerzo.

- Consejos al bebedor de riesgo no dependiente: definir un límite por día, semana y ocasión; no beber nunca en ayunas; beber lentamente ^{F20}
- **Utilizar bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes** y alternar con bebidas sin alcohol ^{F20}
- Si bebe a diario, hacer pausas de 4 o 5 días al mes sin alcohol; no sumarse a todas las rondas ^{F20}
- No beber en situaciones de riesgo: embarazo, trabajo, conducción, medicamentos ^{F20}

Cribado e intervención en consumo de riesgo de alcohol: recomendaciones

En relación con el cribado e intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para realizar el cribado del consumo de riesgo en Atención Primaria se propone la utilización del test AUDIT-C.
2. En varones se considera de riesgo un consumo superior a 40 g/día (4 Unidad de Bebida Estándar UBE) o 280 g/semana (28 UBE).
3. En mujeres se considera de riesgo un consumo superior a 24 g/día (2-2.5 UBE) o 170 g/semana (17 UBE).
4. Entre las recomendaciones para la reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente se indica la conveniencia de tomar bebidas destiladas en lugar de fermentadas.

5. Alcohol: abstinencia, delirium tremens y tratamiento farmacológico

El **síndrome de abstinencia alcohólica** se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar; aparece **de 6 a 48 horas** después de dejar de beber y, sin complicaciones, remite en 2 a 5 días. Puede complicarse con **crisis de gran mal** y progresar a **delirium tremens** ^{F1}. La guía de Socidrogalcohol de 2013 lo describe al **cesar abruptamente el consumo o disminuir la cantidad** tras periodos prolongados de ingestas excesivas; los pacientes con dependencia del alcohol pueden presentar síntomas de privación **matutinos**, tras el descanso nocturno, que cesan al volver a beber ^{F47}. La edición de 2008 precisaba que puede presentarse cuando una persona que tiene **dependencia física** del alcohol deja de beber durante unas horas, y agrupaba sus síntomas en hiperexcitabilidad del SNC, hiperactividad autonómica y alteraciones cognitivas ^{F23}.

Cuadro	Cuándo aparece	Rasgos
Abstinencia leve	Hacia las 6 h (MSD); desde las 6-12 h, con máximo a las 10-30 h (Socidrogalcohol 2013)	Temblor, sudoración, cefalea, taquicardia, hipertensión ^{F24 F47}
Convulsiones	6-48 h (MSD)	Tónico-clónicas generalizadas, en general no más de 2 seguidas ^{F24}
Alucinosis alcohólica	12-24 h (MSD)	Alucinaciones con consciencia clara , sin la labilidad autonómica del delirium ^{F24}
Delirium tremens	48 h o más (glosario); 48-72 h (MSD); 72-96 h (Socidrogalcohol 2013)	Confusión, desorientación, alucinaciones visuales o táctiles, temblor, sudor, taquicardia, hipertensión, fiebre ^{F1 F24 F47}

El **delirium tremens** es un estado psicótico agudo que se produce durante la abstinencia **en las personas dependientes del alcohol** ^{F1}. Es potencialmente mortal: se trata en **UCI** con dosis altas de **benzodiacepinas** IV, líquidos y **tiamina**; la temperatura muy elevada es signo de mal pronóstico ^{F24}.

EIR 2009 · 96

P33 · respuesta en el solucionario

Delirium tremens: en alcohólicos crónicos con dependencia física

Señale la afirmación correcta en relación al cuadro de delirium tremens:

1. Se presenta en personas con problemas de alcoholismo crónico con dependencia psicológica.
2. Se puede presentar en cualquier persona con unas cifras de alcohol en sangre de entre 200 y 300 mg.
3. Se presenta en alcohólicos crónicos con dependencia física.
4. Se manifiesta con un estado de somnolencia y estupor.
5. Se acompaña de sobreexcitación sexual.

Las **benzodiacepinas** son los fármacos más utilizados y recomendados en el tratamiento de la abstinencia: las benzodiacepinas, especialmente las de **vida media larga**, son los fármacos más eficaces para prevenir y tratar sus síntomas y **previenen las convulsiones**, aunque no hay pruebas que apoyen una benzodiacepina sobre otras; en ancianos, con insuficiencia hepática o cuando debe evitarse una sedación excesiva son de elección las

de **vida media corta**, como el lorazepam. También son el tratamiento de elección del delirium tremens ^{F47}. La **tiamina** debería administrarse por vía intramuscular o intravenosa al inicio del tratamiento de la abstinencia, y de forma profiláctica en el alcohólico crónico, para prevenir la encefalopatía de **Wernicke-Korsakoff**: el diagnóstico de la de Wernicke es eminentemente clínico, basado en la tríada clásica de **ataxia, alteraciones oculares** (nistagmo, paresia oculomotora) y **cuadro confusional**, aunque no suele presentarse completa, y el síndrome de Korsakoff es una pérdida de **memoria** con el estado de conciencia preservado ^{F47}. En la cetoacidosis alcohólica se da primero tiamina IV y luego dextrosa; la glucemia suele ser baja o normal (a veces hiperglucemia leve) y son típicas la hipopotasemia, la hipomagnesemia y la hipofosfatemia ^{F44}.

La guía de Socidrogalcohol de 2013 indica la desintoxicación **hospitalaria** en pacientes con comorbilidad orgánica o psiquiátrica que la requiera, riesgo de suicidio, complicaciones en otros episodios de privación (convulsiones, delirium tremens), abuso de fármacos o policonsumo, **fracaso en tratamientos ambulatorios previos**, alto riesgo de privación grave (alto consumo crónico y CIWA-Ar mayor de 15), distocia social o **falta de apoyo familiar** para la vigilancia en casa, embarazo o privación ya iniciada con síntomas graves ^{F47}.

Los anticonvulsivantes se han usado en la abstinencia por su acción agonista GABA y la **ausencia de potencial de abuso**; la **carbamazepina** ha demostrado en algún estudio, frente a placebo, reducir los síntomas de privación y puede darse a pacientes con hepatopatía crónica, pero no hay datos de su eficacia en la prevención del síndrome. No hay pruebas suficientes para usar los antiepilépticos solos: **nunca en monoterapia**, sino como complemento de las benzodiazepinas o como alternativa cuando estas están contraindicadas ^{F47}. El Manual MSD advierte que las benzodiazepinas **no deben continuarse después de la desintoxicación** y propone la carbamazepina como alternativa, con retirada gradual ^{F24}. En la deshabituación, los anticonvulsivantes (topiramato, oxcarbazepina, gabapentina, pregabalina, lamotrigina) se han estudiado para reducir el **craving** y el consumo compulsivo: el topiramato ha mostrado reducir el craving, y la gabapentina, prevenir recaídas en un estudio. En los trastornos de la personalidad asociados al alcoholismo, para la **impulsividad** se recomiendan eutimizantes como el topiramato, la **carbamazepina**, la gabapentina y la lamotrigina ^{F47}.

Fármaco (ficha técnica AEMPS)	Uso y dato que cae
Disulfiram (Antabus)	Coadyuvante en programas integrados de deshabituación. Inhíbe de forma irreversible la aldehído-deshidrogenasa : el acetaldehído acumulado produce la reacción disulfiram-alcohol o efecto Antabus . No se da hasta 24 h de abstinencia ; el paciente debe estar motivado y con apoyo social y familiar ^{F25}
Naltrexona	Mantener la abstinencia en pacientes desintoxicados dependientes del alcohol o de opiáceos, 50 mg/día; contraindicada en consumidores actuales de opiáceos ^{F26}
Acamprosato	Mantenimiento de la abstinencia en dependientes del alcohol, combinado con psicoterapia; duración recomendada 1 año ^{F27}
Nalmefeno	Reducción del consumo en dependientes con nivel de consumo de alto riesgo (más de 60 g/día en hombres y más de 40 g/día en mujeres), sin abstinencia física; se toma los días con riesgo de beber, 1-2 h antes ^{F28}

La guía de Socidrogalcohol de 2013 describe el **disulfiram**, que inhibe la acetaldéhid-deshidrogenasa y se suele clasificar como sustancia «aversiva» o «antidipsotrópica», y la **cianamida cálcica**, que a diferencia del disulfiram la **bloquea de forma reversible**; con alcohol, la reacción acetaldéhdica de la cianamida aparece con bastante rapidez (5-10 min) y suele ser de menor intensidad. El tratamiento con disulfiram debería administrarse **de forma supervisada** e integrado en un programa de tratamiento, y antes de administrar un fármaco que pueda producir una reacción acetaldéhdica es recomendable **obtener el consentimiento del paciente** y entregar al paciente y a sus familiares el listado de productos que pueden contener alcohol ^{F47}. La misma guía sitúa los interdictores en la fase de **deshabitación**, junto con la psicoterapia y los fármacos anticraving ^{F47}. La edición de 2008 añadía que son una ayuda para la persona **motivada** para mantenerse sin beber, administrados bajo la supervisión de la enfermera o de un familiar ^{F23}.

La **reacción disulfiram-alcohol** aparece a los **10 minutos** y la causan incluso pequeñas cantidades: **enrojecimiento**, cefalea pulsátil, náuseas, vómitos, sudoración, dolor torácico, palpitaciones, **taquicardia**, **hipotensión**, síncope, vértigo, visión borrosa y confusión; en las graves, depresión respiratoria, arritmias o infarto. El sofoco intenso de cabeza a pecho puede ser reemplazado después por palidez. Puede ocurrir hasta 10-14 días (o 3 semanas) tras retirar el fármaco ^{F25}. El paciente debe evitar el **alcohol enmascarado**: salsas, **vinagre**, enjuagues bucales, jarabes para la tos o preparados para después del afeitado. Solo está indicado en pacientes con capacidad de discernir las consecuencias, y hay que **informarle de los riesgos** ^{F25}.

Efecto Antabus: taquicardia, no bradicardia

La reacción cursa con **vasodilatación**, **rubefacción**, **taquicardia e hipotensión**; la **palidez sí puede aparecer después**, cuando el sofoco se reemplaza por palidez, debilidad y vértigo. Lo que no describe la ficha técnica es **bradicardia ni bradipsiquia** ^{F25}.

Carbamazepina: ¿desintoxicación o deshabitación?

Las fuentes la sitúan sobre todo en la **abstinencia** (reduce sus síntomas, como complemento de las benzodiacepinas o como alternativa si están contraindicadas) y como alternativa a las benzodiacepinas **una vez terminada la desintoxicación**; la guía de 2013 la incluye además entre los eutimizantes para la **impulsividad** ^{F47 F24}. De los fármacos habituales del alcoholismo, es el anticomicial: la naltrexona mantiene la abstinencia, el disulfiram es aversivo y la tiamina previene el Wernicke ^{F26 F25 F47}.

EIR 2025 · 191

P35 · respuesta en el solucionario

Fármacos interdictores del alcohol: efecto antabús

En la fase de deshabitación alcohólica se utilizan fármacos interdictores de alcohol. Señale la respuesta INCORRECTA con relación a los mismos:

1. El fin del tratamiento es que el paciente desarrolle recursos para mantenerse abstinente al finalizar el tratamiento con el fármaco.
2. La prescripción farmacológica deberá ser consensuada con el paciente.
3. Durante el tratamiento es importante no aliñar las ensaladas con vinagre.
4. Los efectos concomitantes con el consumo de alcohol son bradipsiquia, bradicardia y palidez.

Carbamazepina en la deshabitación alcohólica

En el tratamiento del alcoholismo, ¿qué fármaco se emplea para controlar la impulsividad, hiperexcitabilidad y el temblor durante la fase de deshabitación?:

1. Carbamazepina.
2. Naltrexona.
3. Disulfiram.
4. Tiamina (vitamina B1).

6. Tabaco: valoración del fumador, motivación y tratamiento psicológico

El documento de consenso SEPAR-semFYC-SEMERGEN-SEDET fija un **conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador**, obligado en la historia clínica: **cantidad de tabaco** (paquetes-año), **fase de abandono, motivación, test de Fagerström, intentos previos y motivos de recaída** y **CO en aire espirado** ^{F29}. La guía de Castilla y León añade, en la primera visita, preguntar y buscar el **soporte del entorno familiar, social y laboral** («un cómplice») y registrar los motivos por los que fuma y quiere dejarlo ^{F35}.

EIR 2015 · 137

P30 · respuesta en el solucionario

Valoración de la persona fumadora: aspectos esenciales

Un aspecto esencial que se debe incluir en la valoración de una persona fumadora es:

1. Grado de dependencia.
2. Estadio del proceso de cambio.
3. Grado de motivación.
4. Apoyos y dificultades.
5. Todas son correctas.

El abordaje sigue las **5 A: averiguar** (preguntar y registrar el consumo), **aconsejar** a todos que lo dejen, **apreciar** la dependencia, la motivación y la etapa de cambio, **ayudar** con un plan de tratamiento y **acordar** el seguimiento ^{F30}. Al que no está preparado se le ofrece una intervención motivacional sobre razones personales, riesgos, recompensas, resistencias e intentos anteriores, repetida en cada visita; es más eficaz centrarse en los beneficios de dejarlo que en la confrontación ^{F30}.

La **entrevista motivacional** es un estilo de asistencia centrado en el paciente que busca el cambio ayudando a **explorar y resolver la ambivalencia**. En precontemplación se ofrece información objetiva, retroalimentación personalizada y se **exploran las ventajas y desventajas del consumo**; en contemplación se normaliza la ambivalencia y se ayuda a hacer el **balance decisional** ^{F33}. Los fumadores no motivados conceden **más peso a los pros de fumar** que a los contras (escala de pros y contras de Prochaska) ^{F31}.

Becoña y Lorenzo recogen el modelo de **Tomkins**: la conducta de fumar está **motivada por estados afectivos**, y fumar regularmente es fruto de una asociación entre el acto de fumar y el **aumento del afecto positivo o la disminución del afecto negativo**. Tomkins elaboró además un cuestionario para diferenciar tipos de fumadores, que evalúa la **reducción del afecto negativo**, lo adictivo, lo habitual, la relajación placentera, la estimulación y la manipulación sensoriomotora; después se han elaborado otras escalas para evaluar los **motivos para fumar** ^{F31}.

Entrevista motivacional en tabaquismo: explorar ventajas percibidas de fumar

En una entrevista con un paciente usted se propone conocer aspectos sobre qué emociones le llevan a mantener una conducta de riesgo en relación al consumo de tabaco. Una pregunta pertinente para obtener información significativa es:

1. ¿A qué edad comenzó a fumar?
2. ¿A qué hora fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Qué fuma, una cajetilla al día?
4. ¿Convive con personas fumadoras?
5. ¿Qué ventajas ve al hecho de fumar?

Etapa (Prochaska y DiClemente)	Definición
Precontemplación	No hay intención de cambiar en un futuro previsible (normalmente los próximos 6 meses); no es consciente del riesgo o niega sus consecuencias ^{F20}
Contemplación	Es consciente del problema y piensa en abordarlo, pero aún no se ha comprometido a actuar; intención en los próximos 6 meses ^{F20 F34}
Preparación	Intención de actuar en un futuro cercano (normalmente el mes siguiente) y puede haber tomado ya alguna acción ^{F20}
Acción	Ha modificado la conducta o el entorno; el cambio es reciente (menos de 6 meses) ^{F20}
Mantenimiento	Mantiene la conducta más de 6 meses ^{F20}
Recaída / finalización	La samFYC añade la recaída como etapa normal del proceso (3-4 recaídas antes de conseguirlo) y la de exfumador al año; Prochaska (1994) añade la finalización ^{F30 F31}

El modelo es **circular, no lineal**: se puede entrar en cualquier etapa, recaer a una anterior y reiniciar el proceso ^{F34}. Las intervenciones basadas en etapas de cambio no son más ni menos efectivas que las que no se basan en este modelo ^{F20}.

Las fuentes consultadas describen cada etapa por la actitud del paciente, no por frases concretas. En **contemplación** el paciente «reconoce preocupaciones o la existencia de problemas, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio»; lo característico es la **ambivalencia** ^{F33}. En **preparación para la acción** están las personas que «se proponen firmemente el cambio y su planificación en un futuro cercano», pero **aún están considerando qué hacer** ^{F33}. El documento de consejo integral define la contemplación sin plazo: se es consciente del problema y se piensa en abordarlo, pero **aún no hay compromiso para actuar**; la preparación es la intención de actuar **dentro del**

siguiente mes ^{F20}. La guía de alcoholismo de Socidrogalcohol (2013) sitúa en contemplación a quien es consciente de que existe un problema y considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero «todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio», y en preparación o determinación a quien hace **pequeños cambios o pruebas** en la conducta adictiva, **habla de la posibilidad de cambiar** y tiene intención y compromiso de hacer un esfuerzo mayor en un futuro próximo ^{F47}.

EIR2025-190: «Algo tendré que hacer»

En **EIR2025-190** la respuesta oficial definitiva es **preparación**: el tribunal leyó «Algo tendré que hacer» como la frase de quien ya se ha propuesto cambiar y está pensando qué hacer, que es como se define esa etapa ^{F33}. Ninguna fuente consultada asigna esta frase a una etapa, y con sus definiciones podría leerse como **contemplación**: la frase no expresa un propósito «firme» ^{F33} ni un compromiso firme de cambio ^{F47}, y no dice que haya compromiso ni plazo para actuar (el mes siguiente) ^{F20}. A favor de la clave, la guía de Socidrogalcohol de 2013 incluye en preparación que **se habla de la posibilidad de cambiar** ^{F47}. Para el examen, la respuesta oficial es preparación.

EIR 2025 · 190

P4 · respuesta en el solucionario

Prochaska y DiClemente: fase de preparación

En qué fase de la disposición al cambio según Prochaska y Diclemente se encontraría un paciente con adicción activa al alcohol, si al ser preguntado por el consumo de esta sustancia responde: “Algo tendré que hacer”:

1. Precontemplación.
2. Acción.
3. Contemplación.
4. Preparación.

El **índice paquetes-año** mide el consumo acumulado: **número de cigarrillos al día × años fumando / 20**; un fumador de 20 cigarrillos diarios durante 20 años suma 20 paquetes-año ^{F29}. Un paquete-año equivale a 1 paquete (20 cigarrillos) al día durante un año ^{F30}.

EIR 2021 · 97

P13 · respuesta en el solucionario

Índice paquetes-año: cálculo

El índice de consumo acumulado de tabaco (índice paquetes-año), es el resultado de:

1. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por 20 y dividido entre los años que lleva fumando.
2. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por los años que lleva fumando y dividido entre 20.
3. Multiplicar el número de años que lleva fumando por 20, dividido entre el número de cigarrillos que fuma al día.
4. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por los años que lleva fumando y sumar 20.

Test de Fagerström (6 preguntas)	Puntos
Tiempo hasta el primer cigarrillo: hasta 5 min / 6-30 min / 31-60 min / más de 60 min	3 / 2 / 1 / 0 ^{F29}
¿Le es difícil no fumar donde está prohibido?	Sí 1 / No 0 ^{F29}
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar? El primero de la mañana / cualquier otro	1 / 0 ^{F29}
Cigarrillos al día: 10 o menos / 11-20 / 21-30 / 31 o más	0 / 1 / 2 / 3 ^{F29}
¿Fuma más en las primeras horas tras levantarse?	Sí 1 / No 0 ^{F29}
¿Fuma aunque esté enfermo en cama?	Sí 1 / No 0 ^{F29}
Interpretación (0-10 puntos)	0-3 leve; 4-6 moderada; 7 o más grave ^{F29}

El Fagerström es el instrumento más útil para medir la **dependencia física** de la nicotina ^{F29}. La guía de Castilla y León usa los mismos grados (baja 0-3, **moderada 4-6**, alta, escrito «> de 7») y recomienda tratamiento farmacológico en la dependencia alta o moderada ^{F35}.

El 6 del Fagerström

En la escala de tres grados de los documentos de consenso españoles, **6 puntos es dependencia moderada** (4-6). Otro corte, el de «6 o más», se usa para separar dependencia de no dependencia o dependencia alta (Fagerström, 1996) ^{F29 F31}.

EIR 2022 · 191

P10 · respuesta en el solucionario

Test de Fagerström: interpretación de la puntuación

¿Qué nivel de dependencia a la nicotina presenta una mujer fumadora desde hace 8 años, que en la actualidad fuma 12 cigarrillos/día, si en el Test de Fagerström de 6 preguntas obtiene una puntuación de 6 puntos?:

1. Dependencia baja.
2. Dependencia moderada.
3. Dependencia alta.
4. Dependencia muy alta.

Instrumento	Qué mide
HSI (Heaviness of Smoking Index): versión abreviada del Fagerström	Dependencia física: solo 2 ítems (cigarrillos al día y tiempo hasta el primero); 0-2 baja, 3-4 moderada, 5-6 alta ^{F30 F31}
Glover-Nilsson	Dependencia psicológica, social y gestual (conductual); 11 preguntas ^{F30}
Richmond	Motivación para dejar de fumar; 4 preguntas; 0-6 baja, 7-9 moderada, 10 alta ^{F30}
MNWS (Minnesota)	Síndrome de abstinencia: 9 síntomas (irritabilidad, aumento del apetito, humor depresivo...) ^{F31}
Cooximetría	CO en aire espirado: 10 ppm o más fumador; 6-10 ppm fumador esporádico; 5 o menos no fumador; se usa sobre todo como refuerzo positivo y elemento motivador ^{F30}

EIR 2020 · 65

P18 · respuesta en el solucionario

Test HSI para dependencia física a la nicotina

Indique cuál de las siguientes escalas utilizará para evaluar la dependencia física en un paciente con hábito tabáquico:

1. Cuestionario MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale).
2. Test de Glover Nilsson.
3. Test HSI (Heavy Smoking Index).
4. Test de recompensa (RFQ).

Las **técnicas psicológicas** eficaces o más usadas en el tabaquismo son las aversivas, la **reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán**, la exposición a indicios y el control de estímulos, las estrategias de afrontamiento con el **entrenamiento en solución de problemas**, los **programas multicomponentes** y la **prevención de la recaída** ^{F32}. Los trabajos de **Shiffman** mostraron que combinar respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas protege frente a la recaída ^{F32}.

En la fase de preparación de los programas multicomponentes se usan los **depósitos monetarios y los contratos de contingencias** y el **autorregistro** de los cigarrillos con sus antecedentes y consecuentes, y se fija el día D; estos programas son hoy el tratamiento psicológico de elección ^{F32}. Las **medidas fisiológicas** (CO en aire espirado, cotinina, tiocianato) se usan fundamentalmente para **validar la abstinencia** autoinformada ^{F31}.

EIR2016-091: monitorización de parámetros biológicos

En **EIR2016-091** la respuesta oficial es que la **monitorización de parámetros biológicos** NO es una técnica psicológica de deshabitación; la clave da por técnicas psicológicas el **entrenamiento en solución de problemas** de Shiffman, el **contrato de contingencias** y el **registro del consumo** de cigarrillos ^{F32}. El **autorregistro** es la medida conductual más utilizada, y la medición de **parámetros biológicos** (CO, cotinina) es una **medida fisiológica** para validar la abstinencia ^{F31} o un refuerzo motivador ^{F30}. Pero el propio programa psicológico multicomponente de Becoña incluye entre sus elementos el «feedback fisiológico del consumo de cigarrillos (monóxido de carbono en el aire espirado)» ^{F32}. Para el examen, la respuesta oficial sigue siendo la monitorización de parámetros biológicos.

EIR 2016 · 91

P27 · respuesta en el solucionario

Técnicas psicológicas de deshabitación tabáquica

Entre las técnicas psicológicas que se aplican en las guías y protocolos de deshabitación tabáquica NO se encuentra:

1. La técnica del entrenamiento en solución de problemas de Shiffman.
2. El contrato de contingencias.
3. La monitorización de parámetros biológicos.
4. El registro del consumo de cigarrillos.

7. Opioides, cocaína y drogas del chemsex

En la clasificación ATC de la OMS, el grupo **N02A Opioides** incluye la **oximorfona** (N02AA11), la **petidina o meperidina** (N02AB02), el **fentanilo** (N02AB03), la **pentazocina** (N02AD01) y combinaciones de **codeína** (N02AA59), además de morfina, hidromorfona u oxicodona ^{F41}.

EIR 2016 · 221

P36 · respuesta en el solucionario

Fármacos opiáceos: identificación

Oximorfona, mepedina, codeína, pentazocina, fentanilo. Todos estos principios activos tienen en común su pertenencia al grupo de:

1. Alucinógenos.
2. Anfetaminas clásicas.
3. Opiáceos.
4. Cannabinoides.

La **intoxicación por opioides** da párpados caídos y **pupilas contraídas**, sedación, frecuencia respiratoria reducida y prurito ^{F36}. La **abstinencia de opioides** incluye craving, ansiedad, **disforia**, **bostezos**, **sudoración**, **piloerección**, **lagrimeo**, **rinorrea**, **insomnio**, **náuseas o vómitos**, **diarrea**, calambres, **dolores musculares** y **fiebre**, con **pupilas dilatadas**, taquicardia e hipertensión: es la «tormenta noradrenérgica» ^{F36}. Con heroína o morfina aparece a las 8-12 h, es máxima a las 48-72 h y cede en 7-10 días; con metadona empieza a los 1-3 días y es más larga pero más leve ^{F36}.

Abstinencia de opioides: todo gotea

Lagrimeo, rinorrea, sudor, diarrea, piel de gallina, bostezos y **midriasis**: lo contrario de la intoxicación (**miosis**, sedación, depresión respiratoria) ^{F36}.

EIR 2026 · 57

P3 · respuesta en el solucionario

Síndrome de abstinencia a opiáceos: signos y síntomas

La presencia de los siguientes signos y/o síntomas: Humor disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar; piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre e insomnio. ¿A qué síndrome de abstinencia corresponde este cuadro clínico?:

1. Abstinencia por benzodiacepinas.
2. Abstinencia por opiáceos.
3. Abstinencia por cannabis.
4. Abstinencia por alcohol.

La **metadona** está indicada como **tratamiento sustitutivo de mantenimiento** de la dependencia de opiáceos dentro de un programa con control médico y medidas psicosociales. La dosis se establece **según el nivel de dependencia física**: se empieza con 20-30 mg/día, se sube hasta 40-60 mg en 1-2 semanas y el mantenimiento suele estar en 60-100 mg/día, en una sola toma; la retirada es gradual, de 5 en 5 o de 10 en 10

mg ^{F36}. La dosis de mantenimiento adecuada es la que **previene el síndrome de abstinencia, elimina el deseo de consumir** y bloquea la euforia de la heroína hasta la dosis siguiente ^{F37}.

Socidrogalcohol aconseja **dar prioridad a las embarazadas** para entrar en tratamiento con metadona, porque mejora el pronóstico del embarazo y reduce las complicaciones perinatales (recomendación A) ^{F37}. La OMS recomienda el mantenimiento con metadona en el embarazo con preferencia a la buprenorfina ^{F36}.

La **sobredosis de metadona** produce depresión respiratoria, somnolencia hasta el coma y **miosis intensa**. Se trata restableciendo la ventilación y con un antagonista (naloxona) IV o IM; como el antagonista dura **mucho menos que la metadona**, debe darse en **dosis repetidas** según la evolución ^{F38}. La metadona es un depresor de **acción prolongada (36-48 horas)**, mientras que los antagonistas actúan **1-3 horas** ^{F39}; su vida media de eliminación es de 15-60 horas ^{F38}. La naloxona dura entre 45 minutos y 4 horas: con opiáceos de acción larga como la metadona hay que mantener **vigilancia continua** y administrarla en **perfusión continua** ^{F40}.



Metadona y naloxona

Metadona: 36-48 h de acción. Naloxona: 1-3 h (hasta 4 h). Una perfusión de **pocas horas no basta**: dosis repetidas o perfusión continua con vigilancia continua ^{F39 F40}.

EIR 2019 · 195

P19 · respuesta en el solucionario

Tratamiento con metadona: manejo de la sobredosificación

En relación al tratamiento sustitutivo con metadona señale la respuesta INCORRECTA:

1. La indicación principal de la metadona es eliminar los síntomas de abstinencia y disminuir el craving de opiáceos.
2. La dosis total de metadona se calculará a partir de la dosis de heroína y otros opiáceos que el paciente dice consumir, la valoración subjetiva y objetiva del síndrome de abstinencia y la valoración clínica del paciente.
3. Uno de los criterios de inclusión en un programa de mantenimiento con metadona es el embarazo de la mujer consumidora de heroína.
4. Los signos y síntomas de sobredosificación de metadona revierten con la administración de naloxona en perfusión continua intravenosa durante 6 horas tras la sobredosis.

La **cocaína bloquea la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina** y aumenta su concentración en la hendidura sináptica. El bloqueo del transportador de dopamina media la euforia y la alta capacidad adictiva; el **exceso de noradrenalina** es responsable de la mayoría de los efectos y complicaciones agudas: **aumento de la presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor** ^{F43}. Tras el efecto llega el «crash» (cansancio, abatimiento, ansiedad) y con alcohol se forma **cocaetileno** ^{F43}. En el contexto del chemsex el Ministerio le atribuye hiperactivación adrenérgica, vasoespasmo e isquemia ^{F42}.

Cocaína: mecanismo simpaticomimético indirecto

¿Cuál es el mecanismo de acción por el que la cocaína produce su efecto tóxico: hipertensión, taquicardia, diaforesis, temblor, midriasis e hipertermia?:

1. Simpaticomimético de acción indirecta que inhibe la recaptación presináptica de noradrenalina aumentando la estimulación adrenérgica.
2. Parasimpaticomimético directo que inhibe la recaptación de acetilcolina aumentando su disponibilidad para estimular los receptores muscarínicos.
3. Agonista colinérgico de los receptores muscarínicos y nicotínicos.
4. Antagonista selectivo de los receptores adrenérgicos α_1 que bloquea la estimulación adrenérgica.

El **chemsex** se ha definido como el **uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo** (de varias horas a varios días) entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH). **No todo consumo de drogas en un contexto sexual es chemsex**: es un **tipo particular de consumo con fines sexuales vinculado a la cultura sexual gay** ^{F42}. A nivel europeo, el 2.º European ChemSex Forum lo define como «un tipo particular de práctica de consumo sexualizado de sustancias, entre hombres gais y bisexuales, otros HSH y **personas trans y no binarias** que participan en la ‘cultura de sexo casual o sin compromiso’ gay»; su vínculo con la cultura gay es uno de los aspectos sobre los que existe **mayor consenso** ^{F42}. Suele practicarse en casas particulares, saunas o clubs; **puede hacerse en solitario**, en pareja, en trío o en grupo, e incluso online con cámaras web ^{F42}. En España, **alrededor de 3 de cada 10** pacientes atendidos en las consultas de VIH lo han practicado ^{F42}.

Las sustancias más asociadas son **GHB/GBL, mefedrona u otras catinonas, metanfetamina**, poppers, cocaína, ketamina, éxtasis y fármacos para la erección, con policonsumo frecuente; el alcohol y el cannabis no son sustancias habituales de las sesiones. La vía intravenosa (**slamming**) se usa sobre todo con metanfetamina y mefedrona ^{F42}.

Chemsex: definición

¿Cuál de las siguientes, le parece correcta en relación al término “chemsex”?:

1. Es un tipo particular de consumo recreativo de drogas en contextos sexuales vinculado a la cultura sexual LGBTQ+.
2. Se refiere a cualquier uso de drogas vinculadas al sexo cuya finalidad sea tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo.
3. No se contempla como chemsex el uso de drogas con fines sexuales por una sola persona (de manera individual o para mantener sexo online).
4. Curiosamente, la práctica de chemsex es escasamente frecuente entre los hombres homosexuales y bisexuales infectados por el VIH.

Chemsex: sustancias asociadas (mefedrona, GHB/GBL, metanfetamina)

¿Cuál de las siguientes combinaciones de sustancias se asocia frecuentemente a sesiones de chemsex?:

1. Mefedrona, GHB/GBL (Ácido Gammahidroxibutírico / Gamma-Butirolactona) y metanfetamina.
2. Heroína, benzodiacepinas y LSD (Ácido Lisérgico Dietilamida).
3. Alcohol, cannabis y cocaína.
4. Tramadol, codeína y alprazolam.

Sustancia (chemsex)	Efectos adversos y complicaciones (Ministerio de Sanidad)
Mefedrona	Dependencia, síntomas psicóticos, agitación, convulsiones, distonías, toxicidad cardiológica y renal, síndrome serotoninérgico ^{F42}
Metanfetamina	Síntomas psicóticos, hipertensión, gran capacidad adictiva, xerostomía y caries ^{F42}
GHB/GBL	Somnolencia, pérdida de control motor, coma, muerte; dependencia; en abstinencia, convulsiones y delirium ^{F42}
Poppers (nitritos de alquilo, inhalados, 1-2 min)	Cefalea, toxicidad retiniana, hipoxia, anemia hemolítica ^{F42}
MDMA	Ansiedad, taquicardia, bruxismo, «golpe de calor», síntomas afectivos y resaca en días posteriores ^{F42}
Cocaína	Síntomas paranoides y maniformes, hiperactivación adrenérgica, vasoespasmo e isquemia ^{F42}
Ketamina	Midriasis, desrealización, caídas, síntomas confusionales o disociativos, hepato y nefrotoxicidad ^{F42}
Sildenafil y otros inhibidores de la 5-fosfodiesterasa	Cefalea, dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión) ^{F42}

Poppers + sildenafil

Ambos son vasodilatadores potentes: juntos provocan **hipotensión grave** ^{F42}. Ingeridos por vía oral, los poppers causan quemaduras y **metahemoglobinemia** ^{F42}.

Poppers (nitrito de alquilo): efectos adversos

Se encuentra usted en urgencias y acude un paciente varón que refiere haber consumido Nitrito de Alquilo (Popper) de forma inhalada. Respecto a los efectos adversos y complicaciones de esta sustancia se encuentra:

1. Dependencia, síntomas psicóticos, agitación, convulsiones, distonías, toxicidad cardiológica y renal y Síndrome serotoninérgico.
2. Cefalea, toxicidad retiniana, hipoxia, anemia hemolítica.
3. Ansiedad, taquicardia, bruxismo, golpe de calor, síntomas afectivos y resaca en días posteriores.
4. Dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión).

8. Red asistencial, reducción de daños y Estrategia Nacional

La red de atención a las drogodependencias tiene **tres niveles**. El **primero** es la puerta de entrada (detección, captación, motivación, atención inicial y derivación: atención primaria y recursos de reducción del daño) ^{F45}; el **segundo**, los **centros ambulatorios**, donde se hacen la evaluación y el diagnóstico; el **tercero**, los recursos de alta especialización ^{F15}.

Recurso de tercer nivel (PNSD)	Para qué
Unidad de desintoxicación hospitalaria	Desintoxicación en régimen de ingreso para pacientes en los que no está indicada la ambulatoria ^{F16}
Comunidad terapéutica	Centro residencial sociosanitario de internamiento, para quien necesita una intervención intensiva en un entorno controlado ^{F16}
Recursos de apoyo (pisos)	Entorno residencial semiabierto en medio urbano, para pacientes sin soporte familiar adecuado, al inicio del tratamiento o en la integración sociolaboral ^{F16}
Centros o unidades de día	Régimen no residencial de apoyo al tratamiento ambulatorio ^{F16}

La **desintoxicación** busca eliminar la **dependencia física** con fármacos y apoyo psicoterapéutico, de forma ambulatoria o con ingreso; la **deshabitación** interviene sobre la **dependencia psicológica** y es un proceso complejo y prolongado; la **incorporación social** busca la normalización personal, familiar, social y laboral ^{F17}. Los fármacos de la deshabitación parten de la **abstinencia ya lograda**: la naltrexona se indica para mantener la abstinencia en **pacientes desintoxicados** ^{F26} y el disulfiram exige al menos 24 horas sin alcohol ^{F25}. En la dependencia del alcohol, la guía de Socidrogalcohol de 2013 define la desintoxicación como la **cesación del consumo de forma planificada bajo la supervisión médica**, con fármacos si la situación clínica lo requiere, y la considera el **principio necesario** de un tratamiento de rehabilitación a largo plazo ^{F47}. La edición de 2008 lo formulaba como la **retirada total y programada del consumo** con ayuda de fármacos, que debe ser el **primer paso hacia un tratamiento de deshabitación**; la deshabitación es la segunda etapa, orientada al mantenimiento de la sobriedad ^{F23}.

Socidrogalcohol indica la desintoxicación de opiáceos **en régimen de ingreso** con historia de sobredosis, riesgo de abstinencia complicada (poliadictos), comorbilidad médica o psiquiátrica mayor, conductas de riesgo y **historia de fracaso de las desintoxicaciones extrahospitalarias**. Durante el **embarazo** no se recomienda desintoxicar, pero **si se hace, debe ser con ingreso** ^{F37}. Si una embarazada quiere desintoxicarse, **no se recomienda hacerlo antes de la semana 12-14 ni después de la semana 32**; la gestante adicta se considera de alto riesgo ^{F37}.

Embarazada politoxicómana con fracasos previos: desintoxicación hospitalaria

Acude al centro integral de atención al drogodependiente una mujer de 32 años embarazada de 16 semanas, consumidora habitual de cocaína y heroína con antecedentes de fracasos en desintoxicación ambulatoria. No tiene apoyo familiar y manifiesta querer dejar de consumir drogas, pero necesita apoyo para hacerlo. ¿Qué recurso estaría indicado?

1. Unidad hospitalaria de desintoxicación.
2. Comunidades terapéuticas.
3. Centros de día.
4. Pisos de reinserción.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

Programa de deshabituación: primer paso, suspensión total del consumo

En un programa de deshabituación de consumo de una sustancia tóxica, el primer paso consiste en:

1. La suspensión total del consumo.
2. La disminución paulatina de la dosis.
3. La sustitución de la sustancia tóxica por fármacos de efecto similar.
4. Establecer contacto con la asociación oportuna.
5. Contar con la red social de la persona.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 distingue dos conceptos próximos pero no idénticos: la **disminución del riesgo**, más cercana a la **prevención** (evitar conducir bajo los efectos del alcohol), y la **reducción del daño**, que atañe más a la **faceta asistencial** (programas de mantenimiento con opiáceos, salas de venopunción asistida). Comprende programas de mantenimiento con metadona, **intercambio de jeringuillas**, kits sanitarios o **talleres de sexo seguro** ^{F12}. Para la OMS, reducción de daños son las políticas que intentan reducir los daños **sin afectar necesariamente al consumo** subyacente ^{F1}.

La **Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024** la trata como área propia (10.3), separada de «Prevención y reducción del riesgo»: incluye las políticas y programas que buscan disminuir los efectos negativos del consumo **sin que reducir el consumo sea necesariamente un objetivo**, y busca además **poner en contacto al usuario con la red asistencial**. Sus objetivos incluyen ampliar la medicación sustitutiva de opiáceos, la **entrega de naloxona** para prevenir sobredosis y los programas de intercambio de jeringuillas en atención primaria ^{F13}.

La guía de opiáceos de Socidrogalcohol define la reducción de daños como el conjunto de acciones individuales y colectivas, médicas y sociales, dirigidas a **minimizar los efectos negativos asociados al consumo** de drogas; la considera **complementaria y no antagónica** de las políticas orientadas a la abstinencia, y dirigida a poblaciones a las que, por el momento de su enfermedad o sus circunstancias psicosociales, es imposible plantear otros tratamientos. Por las características de estos programas **no existen estudios controlados, aleatorizados y bien diseñados** ni revisiones metaanalíticas; sí hay estudios descriptivos y comparativos, consensos de comités de expertos, informes técnicos y series de casos. Con ese nivel de evidencia (nivel 3), las

intervenciones de reducción de daños **han mostrado eficacia** en la disminución de los problemas asociados al consumo de drogas ^{F37}.

EIR 2018 · 139

P21 · respuesta en el solucionario

Estrategias de reducción de daños: características

Las estrategias de reducción de riesgo (o de reducción del daño), apuntan a no eliminar el uso de las drogas, sino a admitir que es inevitable su uso y, por tanto, a tratar de reducir el daño. Indica cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

1. Son medidas de prevención primaria y de promoción de la salud.
2. Incluyen programas de intercambio de jeringuillas estériles, de sexo seguro, de mantenimiento con opiáceos (metadona), etc.
3. Su inconveniente es que otorgan cierta legitimidad al uso de las drogas, lo que puede tener efectos adversos, especialmente en los grupos vulnerables.
4. La evaluación de la efectividad de las intervenciones se lleva a cabo en contadas ocasiones y sin el adecuado rigor metodológico.

Las **salas de inyección segura o de venopunción** son centros que, bajo control sanitario, permiten a los inyectores administrarse la sustancia en condiciones sanitarias y con supervisión profesional; han mostrado eficacia en disminuir la mortalidad por reacciones agudas, y lo importante es el **contacto con profesionales** que les orienten hacia los recursos existentes ^{F14}.

- Objetivos (PNSD): intervenciones preventivo-educativas, atención en emergencias y **derivación a otros recursos** para inyectores alejados de los circuitos asistenciales ^{F14}
- Reducir infecciones y la transmisión del VIH y las hepatitis víricas ^{F14}
- **Identificar las patologías emergentes** ^{F14}
- Disminuir el número y la mortalidad de las reacciones agudas a drogas ^{F14}
- Facilitar el acceso a las **redes sociosanitarias** ^{F14}
- **Paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos** ^{F14}
- Facilitar material estéril, higiene, comida, primeras curas y vacunaciones ^{F14}

El tratamiento sustitutivo **no figura entre los objetivos** de las salas que enumera el PNSD ^{F14}. Para la agencia europea (EUDA), las salas derivan a sus usuarios a desintoxicación y **tratamiento sustitutivo**, entre otros servicios; la primera se abrió en Berna en 1986 y no hay pruebas de que aumenten el consumo ^{F18}.

Salas de inyección segura: objetivos

¿Según el Plan Nacional de Drogas, cuál de los siguientes NO sería un objetivo de las salas de inyección segura o venopunción en usuarios de drogas por vía intravenosa?:

1. Facilitar la derivación a otros recursos sociosanitarios.
2. Paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos.
3. Identificar enfermedades emergentes.
4. Administrar de forma controlada el tratamiento sustitutivo de dependencia a opiáceos.

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016	Grupos de población beneficiarios
Asistencia e integración social	Personas en tratamiento en la red pública o específica; consumidores que acuden a la red sanitaria general ; personas en vías de inserción social; internos en centros penitenciarios o en programas alternativos a la prisión; menores consumidores internos en centros de protección o reforma ; familias; personas con patología dual ^{F12}
Disminución del riesgo y reducción del daño	Consumidores no susceptibles de programas de abstinencia; consumidores de heroína de larga duración; entornos de marginalidad o exclusión (barrios marginales, internos en centros penitenciarios); grupos que frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo (ocio y fiesta, discotecas); conductores y embarazadas ^{F12}

Plan Nacional sobre Drogas 2009-2016: beneficiarios de asistencia e integración social

Según la Estrategia del Plan Nacional de Drogas (2009-2016), entre los grupos de población beneficiarios de programas y actividades dirigidos a la asistencia e integración social NO se encuentran las personas que:

1. Consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
2. Frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo.
3. Están afectadas por patología dual, presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.
4. Estén internas en centros penitenciarios o siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.
5. Son menores de edad y consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.

Todas las preguntas del tema (34)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 68

P1 · respuesta en el solucionario

Sobre el uso adictivo de pantallas, ¿qué afirmación es cierta?:

1. Los factores genéticos no han demostrado ser factores predisponentes.
2. Mejorar la autoestima y las estrategias de afrontamiento de estresores entre los jóvenes son factores protectores.
3. El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) reconoce oficialmente la adicción a pantallas como un diagnóstico.
4. Las experiencias negativas de la primera infancia no han demostrado ser factores predisponentes.

EIR 2026 · 65

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes combinaciones de sustancias se asocia frecuentemente a sesiones de chemsex?:

1. Mefedrona, GHB/GBL (Ácido Gammahidroxibutírico / Gamma-Butirolactona) y metanfetamina.
2. Heroína, benzodiazepinas y LSD (Ácido Lisérgico Dietilamida).
3. Alcohol, cannabis y cocaína.
4. Tramadol, codeína y alprazolam.

EIR 2026 · 57

P3 · respuesta en el solucionario

La presencia de los siguientes signos y/o síntomas: Humor disfórico; náuseas o vómitos; dolores musculares; lagrimeo o rinorrea; dilatación pupilar; piloerección o sudoración; diarrea; bostezos; fiebre e insomnio. ¿A qué síndrome de abstinencia corresponde este cuadro clínico?:

1. Abstinencia por benzodiazepinas.
2. Abstinencia por opiáceos.
3. Abstinencia por cannabis.
4. Abstinencia por alcohol.

EIR 2025 · 190

P4 · respuesta en el solucionario

En qué fase de la disposición al cambio según Prochaska y Diclemente se encontraría un paciente con adicción activa al alcohol, si al ser preguntado por el consumo de esta sustancia responde: “Algo tendré que hacer”:

1. Precontemplación.
2. Acción.
3. Contemplación.
4. Preparación.

¿Cuál es el mecanismo de acción por el que la cocaína produce su efecto tóxico: hipertensión, taquicardia, diaforesis, temblor, midriasis e hipertermia?:

1. Simpaticomimético de acción indirecta que inhibe la recaptación presináptica de noradrenalina aumentando la estimulación adrenérgica.
2. Parasimpaticomimético directo que inhibe la recaptación de acetilcolina aumentando su disponibilidad para estimular los receptores muscarínicos.
3. Agonista colinérgico de los receptores muscarínicos y nicotínicos.
4. Antagonista selectivo de los receptores adrenérgicos α_1 que bloquea la estimulación adrenérgica.

Se encuentra usted en urgencias y acude un paciente varón que refiere haber consumido Nitrito de Alquilo (Popper) de forma inhalada. Respecto a los efectos adversos y complicaciones de esta sustancia se encuentra:

1. Dependencia, síntomas psicóticos, agitación, convulsiones, distonías, toxicidad cardiológica y renal y Síndrome serotoninérgico.
2. Cefalea, toxicidad retiniana, hipoxia, anemia hemolítica.
3. Ansiedad, taquicardia, bruxismo, golpe de calor, síntomas afectivos y resaca en días posteriores.
4. Dispepsia, diarrea y alteraciones visuales transitorias (tinción azul de la visión).

¿Según el Plan Nacional de Drogas, cuál de los siguientes NO sería un objetivo de las salas de inyección segura o venopunción en usuarios de drogas por vía intravenosa?:

1. Facilitar la derivación a otros recursos sociosanitarios.
2. Paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos.
3. Identificar enfermedades emergentes.
4. Administrar de forma controlada el tratamiento sustitutivo de dependencia a opiáceos.

En el tratamiento del alcoholismo, ¿qué fármaco se emplea para controlar la impulsividad, hiperexcitabilidad y el temblor durante la fase de deshabituación?:

1. Carbamazepina.
2. Naltrexona.
3. Disulfiram.
4. Tiamina (vitamina B1).

Una mujer de 37 años acude a la consulta de su enfermera de familia, quien valora su consumo de alcohol. Actualmente se considera que tendría un consumo de riesgo si cumple alguno de estos criterios:

1. Cuestionario AUDIT: > 5 puntos y > 20-25 g/d (2-2,5 UBEs/día).
2. Cuestionario AUDIT: > 6 puntos y > 35 g/d (3,5 UBEs/día).
3. Cuestionario AUDIT: > 5 puntos y > 40 g/d (4 UBEs/día).
4. Cuestionario AUDIT: > 7 puntos y > 40 g/d (4 UBEs/día).

¿Qué nivel de dependencia a la nicotina presenta una mujer fumadora desde hace 8 años, que en la actualidad fuma 12 cigarrillos/día, si en el Test de Fagerström de 6 preguntas obtiene una puntuación de 6 puntos?:

1. Dependencia baja.
2. Dependencia moderada.
3. Dependencia alta.
4. Dependencia muy alta.

¿Cuál de las siguientes, le parece correcta en relación al término “chemsex”?:

1. Es un tipo particular de consumo recreativo de drogas en contextos sexuales vinculado a la cultura sexual LGBTQ+.
2. Se refiere a cualquier uso de drogas vinculadas al sexo cuya finalidad sea tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo.
3. No se contempla como chemsex el uso de drogas con fines sexuales por una sola persona (de manera individual o para mantener sexo online).
4. Curiosamente, la práctica de chemsex es escasamente frecuente entre los hombres homosexuales y bisexuales infectados por el VIH.

Acude a consulta de Atención Primaria, un varón de 58 años. Se realiza una valoración de los niveles de consumo de riesgo de alcohol para lo que aplicamos el cuestionario AUDIT y se obtiene una puntuación de 8. ¿Qué tipo de intervención corresponde realizar?:

1. Valorar derivación.
2. Consejo breve extendido.
3. Consejo breve.
4. Información y refuerzo.

El índice de consumo acumulado de tabaco (índice paquetes-año), es el resultado de:

1. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por 20 y dividido entre los años que lleva fumando.
2. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por los años que lleva fumando y dividido entre 20.
3. Multiplicar el número de años que lleva fumando por 20, dividido entre el número de cigarrillos que fuma al día.
4. Multiplicar el número de cigarrillos que fuma al día por los años que lleva fumando y sumar 20.

Según la Guía de Práctica Clínica, elaborada entre otros por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), ¿qué se considera “Patología Dual” ?:

1. La coexistencia de trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas con otros diagnósticos psiquiátricos.
2. Cuando una persona cumple criterios diagnósticos de dos tipos de trastorno de personalidad.
3. La coexistencia de esquizofrenia y trastorno de personalidad.
4. Cuando la persona que padece el trastorno de identidad disociativo tiene dos tipos de personalidad.

¿Qué es el “craving”?:

1. El riesgo individual de padecer dependencia a algunas sustancias tóxicas.
2. El deseo de consumo de droga.
3. La disminución de la capacidad cognitiva secundaria al consumo prolongado de opiáceos.
4. La propiedad de algunas drogas de provocar los mismos efectos con dosis más bajas.

Según el DSM-5 en el capítulo de trastornos adictivos, ¿cuál de los siguientes trastornos no relacionados con sustancias aparece como categoría diagnóstica?:

1. Trastorno por juego patológico.
2. Trastorno por adicción al sexo.
3. Trastorno por adicción al ejercicio.
4. Trastorno por uso patológico de internet.

La enfermera realiza el cribado a un usuario sobre consumo de riesgo de alcohol mediante el Test AUDIT con un resultado en la puntuación de 14, siendo identificado como persona con consumo de riesgo 2. ¿Qué intervención sería correcta atendiendo al documento “Consejo Integral en Estilo de Vida en Atención Primaria, vinculado con Recursos Comunitarios en Población Adulta”?:

1. Información y refuerzo.
2. Consejo breve.
3. Consejo breve extendido.
4. Valorar derivación.

Indique cuál de las siguientes escalas utilizará para evaluar la dependencia física en un paciente con hábito tabáquico:

1. Cuestionario MNWS (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale).
2. Test de Glover Nilsson.
3. Test HSI (Heavy Smoking Index).
4. Test de recompensa (RFQ).

En relación al tratamiento sustitutivo con metadona señale la respuesta INCORRECTA:

1. La indicación principal de la metadona es eliminar los síntomas de abstinencia y disminuir el craving de opiáceos.
2. La dosis total de metadona se calculará a partir de la dosis de heroína y otros opiáceos que el paciente dice consumir, la valoración subjetiva y objetiva del síndrome de abstinencia y la valoración clínica del paciente.
3. Uno de los criterios de inclusión en un programa de mantenimiento con metadona es el embarazo de la mujer consumidora de heroína.
4. Los signos y síntomas de sobredosificación de metadona revierten con la administración de naloxona en perfusión continua intravenosa durante 6 horas tras la sobredosis.

En relación con el cribado e intervención sobre el consumo de riesgo de alcohol, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Para realizar el cribado del consumo de riesgo en Atención Primaria se propone la utilización del test AUDIT-C.
2. En varones se considera de riesgo un consumo superior a 40 g/día (4 Unidad de Bebida Estándar UBE) o 280 g/semana (28 UBE).
3. En mujeres se considera de riesgo un consumo superior a 24 g/día (2-2.5 UBE) o 170 g/semana (17 UBE).
4. Entre las recomendaciones para la reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente se indica la conveniencia de tomar bebidas destiladas en lugar de fermentadas.

Las estrategias de reducción de riesgo (o de reducción del daño), apuntan a no eliminar el uso de las drogas, sino a admitir que es inevitable su uso y, por tanto, a tratar de reducir el daño. Indica cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

1. Son medidas de prevención primaria y de promoción de la salud.
2. Incluyen programas de intercambio de jeringuillas estériles, de sexo seguro, de mantenimiento con opiáceos (metadona), etc.
3. Su inconveniente es que otorgan cierta legitimidad al uso de las drogas, lo que puede tener efectos adversos, especialmente en los grupos vulnerables.
4. La evaluación de la efectividad de las intervenciones se lleva a cabo en contadas ocasiones y sin el adecuado rigor metodológico.

Según la Organización Mundial de la Salud y de acuerdo a las evidencias científicas, el umbral para considerar consumo de riesgo de alcohol es de:

1. Menos de 20 g/día en hombres y menos de 12 g/día en mujeres.
2. Consumo regular de 12 g/día en mujeres y de 20 g/día en hombres.
3. Consumo regular de 20-40 g/día en mujeres y de 40-60 g/día en hombres.
4. Consumo regular de 24 g/día tanto en hombres como mujeres.

¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de drogadicción es de tipo microsocial?:

1. Presión de grupo.
2. Sexo.
3. Personalidad.
4. Disponibilidad de sustancias.

En relación al consumo de alcohol, indica la respuesta correcta:

1. El consumo de riesgo en mujeres a partir 136 gramos/semana.
2. Para calcular los gramos de alcohol puro se utiliza la siguiente fórmula: volumen en ml x graduación (%) x factor de conversión 0,2.
3. El consumo de riesgo en hombres es ≥ 40 gramos al día.
4. Un valor del test de CAGE de 4 indica sospecha de alcoholismo.

Cuando un paciente para aliviar la ansiedad hace un uso compulsivo y mal adaptativo de una sustancia, decimos que presenta:

1. Atracción.
2. Consumo.
3. Tolerancia.
4. Adicción.

Entre las complicaciones que presentan las personas que abusan del alcohol. Señale la opción FALSA:

1. Hipoglucemia.
2. Hiperglucemia.
3. Hipernatremia.
4. Hipercalcemia.

Entre las técnicas psicológicas que se aplican en las guías y protocolos de deshabituación tabáquica NO se encuentra:

1. La técnica del entrenamiento en solución de problemas de Shiffman.
2. El contrato de contingencias.
3. La monitorización de parámetros biológicos.
4. El registro del consumo de cigarrillos.

La presencia de un trastorno mental y el uso patológico de sustancias tóxicas:

1. Se refiere al concepto de Patología Dual, un tipo específico de comorbilidad diagnóstica.
2. Es una entidad patológica que no existe.
3. Es sinónimo de trastorno bipolar.
4. Hace referencia a personas mayores que presentan simultáneamente dos o más enfermedades mentales.
5. Constituye una etiqueta diagnóstica sin relevancia desde la perspectiva clínica como social.

Según la Estrategia del Plan Nacional de Drogas (2009-2016), entre los grupos de población beneficiarios de programas y actividades dirigidos a la asistencia e integración social NO se encuentran las personas que:

1. Consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
2. Frecuentan entornos y participan en situaciones donde existe una especial facilidad para el consumo.
3. Están afectadas por patología dual, presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.
4. Estén internas en centros penitenciarios o siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.
5. Son menores de edad y consumidores de drogas, internos en centros de protección o reforma.

Un aspecto esencial que se debe incluir en la valoración de una persona fumadora es:

1. Grado de dependencia.
2. Estadio del proceso de cambio.
3. Grado de motivación.
4. Apoyos y dificultades.
5. Todas son correctas.

En los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, ¿en qué consiste la dependencia física?

1. En un proceso físico de corta duración.
2. En una intensa sensación de insatisfacción por no poder consumir las sustancias.
3. En la acción de consumir las drogas produciendo un estado de intoxicación con efecto psicoactivo.
4. En una serie de cambios físicos y psíquicos que tienen lugar tras la administración de una sustancia.
5. En un estado de adaptación física manifestada por intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la ingesta de alcohol en las mujeres es considerada de riesgo alto o peligroso cuando el consumo semanal de alcohol puro es superior a:

1. 135 gr.
2. 143 gr.
3. 152 gr.
4. 160 gr.
5. 168 gr.

Señale la afirmación correcta en relación al cuadro de delirium tremens:

1. Se presenta en personas con problemas de alcoholismo crónico con dependencia psicológica.
2. Se puede presentar en cualquier persona con unas cifras de alcohol en sangre de entre 200 y 300 mg.
3. Se presenta en alcohólicos crónicos con dependencia física.
4. Se manifiesta con un estado de somnolencia y estupor.
5. Se acompaña de sobreexcitación sexual.

En un programa de deshabituación de consumo de una sustancia tóxica, el primer paso consiste en:

1. La suspensión total del consumo.
2. La disminución paulatina de la dosis.
3. La sustitución de la sustancia tóxica por fármacos de efecto similar.
4. Establecer contacto con la asociación oportuna.
5. Contar con la red social de la persona.

Preguntas que también podrían ser de este tema (4)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 191

P35 · respuesta en el solucionario

En la fase de deshabitación alcohólica se utilizan fármacos interdictores de alcohol. Señale la respuesta INCORRECTA con relación a los mismos:

1. El fin del tratamiento es que el paciente desarrolle recursos para mantenerse abstinentes al finalizar el tratamiento con el fármaco.
2. La prescripción farmacológica deberá ser consensuada con el paciente.
3. Durante el tratamiento es importante no aliñar las ensaladas con vinagre.
4. Los efectos concomitantes con el consumo de alcohol son bradipsiquia, bradicardia y palidez.

EIR 2016 · 221

P36 · respuesta en el solucionario

Oximorfona, mepedina, codeína, pentazocina, fentanilo. Todos estos principios activos tienen en común su pertenencia al grupo de:

1. Alucinógenos.
2. Anfetaminas clásicas.
3. Opiáceos.
4. Cannabinoides.

EIR 2014 · 115

P37 · respuesta en el solucionario

Acude al centro integral de atención al drogodependiente una mujer de 32 años embarazada de 16 semanas, consumidora habitual de cocaína y heroína con antecedentes de fracasos en desintoxicación ambulatoria. No tiene apoyo familiar y manifiesta querer dejar de consumir drogas, pero necesita apoyo para hacerlo. ¿Qué recurso estaría indicado?

1. Unidad hospitalaria de desintoxicación.
2. Comunidades terapéuticas.
3. Centros de día.
4. Pisos de reinserción.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

En una entrevista con un paciente usted se propone conocer aspectos sobre qué emociones le llevan a mantener una conducta de riesgo en relación al consumo de tabaco. Una pregunta pertinente para obtener información significativa es:

1. ¿A qué edad comenzó a fumar?
2. ¿A qué hora fuma el primer cigarrillo?
3. ¿Qué fuma, una cajetilla al día?
4. ¿Convive con personas fumadoras?
5. ¿Qué ventajas ve al hecho de fumar?

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 68	2	
P2	EIR 2026 · 65	1	
P3	EIR 2026 · 57	2	
P4	EIR 2025 · 190	4	
P5	EIR 2024 · 66	1	
P6	EIR 2024 · 61	2	
P7	EIR 2023 · 193	4	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2023 · 80	1	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 50	1	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2022 · 191	2	
P11	EIR 2022 · 151	1	
P12	EIR 2021 · 161	3	
P13	EIR 2021 · 97	2	
P14	EIR 2021 · 83	1	
P15	EIR 2020 · 126	2	
P16	EIR 2020 · 123	1	
P17	EIR 2020 · 84	2	
P18	EIR 2020 · 65	3	
P19	EIR 2019 · 195	4	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2018 · 223	4	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2018 · 139	1	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2018 · 137	3	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2018 · 136	1	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2017 · 9	3	
P25	EIR 2016 · 223	4	hoja del archivo oficial

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2016 · 222	3	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2016 · 91	3	hoja del archivo oficial
P28	EIR 2015 · 190	1	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2015 · 138	2	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2015 · 137	5	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2014 · 173	5	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2012 · 94	5	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2009 · 96	3	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2006 · 94	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2025 · 191	4	
P36	EIR 2016 · 221	3	hoja del archivo oficial
P37	EIR 2014 · 115	1	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2012 · 107	5	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas (Lexicon of Alcohol and Drug Terms, OMS 1994). Traducción y adaptación: Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2008. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial del Ministerio. · <http://web.archive.org/web/20130418072852/http://www.msc.es:80/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F2** American Psychiatric Association. Substance-Related and Addictive Disorders (DSM-5 Fact Sheet). 2013. La edición vigente es el DSM-5-TR (2022), que mantiene el mismo esquema. · https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Substance-Use-Disorder.pdf · consultada 2026-09-25
- **F3** American Psychiatric Association. Internet Gaming (Patients & Families). Revisión de enero de 2023. · <https://www.psychiatry.org/patients-families/internet-gaming> · consultada 2026-09-25
- **F4** National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH). Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5. Revisión de 2021. · <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm> · consultada 2026-09-25
- **F5** Organización Mundial de la Salud. Addictive behaviours: Gaming disorder (preguntas y respuestas). 22 de octubre de 2020. · <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder> · consultada 2026-09-25
- **F6** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (DGPNSD, Ministerio de Sanidad). Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2024. · https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_OEDA_Informe_AdiccionesComportamentales.pdf · consultada 2026-09-25
- **F7** Díaz Salabert J (Médicos del Mundo). Guía. Prevención e intervención breve en el uso problemático de las nuevas tecnologías de la información y comunicación y otras conductas adictivas en colectivos vulnerabilizados. Junio de 2023. Financiada por la DGPNSD y publicada en su biblioteca digital. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2023/20230620_Medicos_del_Mundo_Guia_Intervencion_Breve_Nuevas_Tecnologias.pdf · consultada 2026-09-25
- **F8** Ministerio de Juventud e Infancia. Informe del comité de personas expertas para el desarrollo de un entorno digital seguro para la juventud y la infancia. Madrid, 2024. · https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/infancia/comite_expertos/Informe-comite-personas-expertas-desarrollo-entorno-digital-seguro-juventud-infancia.pdf · consultada 2026-09-25
- **F9** Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf · consultada 2026-09-25
- **F10** Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), Servicio de Prevención de Adicciones (PAD). Guía para familias. Factores de riesgo en el consumo de drogas (sin fecha). · https://serviciopad.es/wp-content/uploads/01_factoresRiesgo.pdf · consultada 2026-09-25
- **F11** San L, Arranz B (CIBERSAM); Grupo de Expertos de la Guía de Práctica Clínica de Patología Dual. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la patología dual en población adulta. Adicciones. 2016;28(1):3-5. · <https://doi.org/10.20882/adicciones.784> · consultada 2026-09-25

- **F12** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. · <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F13** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (aprobada por el Consejo de Ministros el 9-2-2018). · https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf · consultada 2026-09-25
- **F14** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Salas de inyección segura o de venopunción. Página web vigente en 2026. · <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/salas/home.htm> · consultada 2026-09-25
- **F15** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Red de atención pública a las drogodependencias en España. Página web vigente en 2026. · <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm> · consultada 2026-09-25
- **F16** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Red de atención: recursos de tercer nivel. Página web vigente en 2026. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_tercer_nivel/home.htm · consultada 2026-09-25
- **F17** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Red de atención: abordaje terapéutico. Página web vigente en 2026. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/abordaje_terapeutico/home.htm · consultada 2026-09-25
- **F18** EMCDDA (hoy EUDA). Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (Perspectives on Drugs). Actualización de 7-6-2018. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (04/12/2025), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · https://www.euda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf · consultada 2026-09-25
- **F19** Ministerio de Sanidad. Límites de consumo de bajo riesgo de alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida. Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 2-7-2020. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/docs/Limites_Consumo_Bajo_Riesgo_Alcohol_Actualizacion.pdf · consultada 2026-09-25
- **F20** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid, 2015. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf · consultada 2026-09-25
- **F21** Córdoba García R, Camarelles Guillem F, et al. (Grupo de expertos del PAPPs, semFYC). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2024. Aten Primaria. 2024;56(Supl 1):103133. · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103133> · consultada 2026-09-25
- **F22** World Health Organization. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm (WHO/MSD/MSB/00.4). Ginebra: WHO, 2000. · <https://iris.who.int/handle/10665/66529> · consultada 2026-09-25

- **F23** Guardia Serecigni J (coord.), et al. Alcoholismo. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. 2.ª ed. Socidrogalcohol, 2008. Sustituida por la 3.ª ed. de 2013 (F47): se cita solo por datos fechados como de la edición de 2008. · <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/guia-clnica-alcohol-segunda-edicion-2008.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F24** O'Malley GF, O'Malley R. Intoxicación y abstinencia alcohólica. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de diciembre de 2022. · <https://www.msmanuals.com/es/professional/temas-especiales/drogas-il%C3%ADcitas-y-t%C3%B3xicas/intoxicaci%C3%B3n-y-abstinencia-alc%C3%B3hica> · consultada 2026-09-25
- **F25** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Antabus 250 mg comprimidos (disulfiram). Revisión del texto: mayo de 2014. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/12723/FT_12723.html · consultada 2026-09-25
- **F26** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Tranalex 50 mg comprimidos EFG (naltrexona). Revisión del texto: junio de 2024. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/73938/FT_73938.html · consultada 2026-09-25
- **F27** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Campral 333 mg (acamprosato). Revisión del texto: mayo de 2026. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61201/FT_61201.html · consultada 2026-09-25
- **F28** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Selincro 18 mg (nalmefeno). Revisión del texto: mayo de 2022. · https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/112815002/FT_112815002.html · consultada 2026-09-25
- **F29** Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, et al. (SEPAR, semFYC, SEMERGEN, SEDET). Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39(1):35-41. · [https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(03\)75312-5](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(03)75312-5) · consultada 2026-09-25
- **F30** Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (samFYC), Grupo de Respiratorio y Grupo de Abordaje al Tabaquismo. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada, 2011. · https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf · consultada 2026-09-25
- **F31** Becoña E, Lorenzo MC. Evaluación de la conducta de fumar. Adicciones. 2004;16(Supl 2):201-226. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial de Socidrogalcohol, editora de la revista. · <http://web.archive.org/web/20190214181432/http://www.socidrogalcohol.org:80/phocadownload/Publicaciones/tabaco/Socidrogalcohol/Monografia%20tabaco,%20Adicciones%202004.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F32** Becoña E. Tratamiento psicológico del tabaquismo. Adicciones. 2004;16(Supl 2):237-263. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial de Socidrogalcohol, editora de la revista. · <http://web.archive.org/web/20190214181432/http://www.socidrogalcohol.org:80/phocadownload/Publicaciones/tabaco/Socidrogalcohol/Monografia%20tabaco,%20Adicciones%202004.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F33** Balcells Olivero M, Torres Morales M, Yahne CE. La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. Adicciones. 2004;16(Supl 2):227-236. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial de Socidrogalcohol, editora de la revista. · <http://web.archive.org/web/20190214181432/http://www.socidrogalcohol.org:80/phocadownload/Publicaciones/tabaco/Socidrogalcohol/Monografia%20tabaco,%20Adicciones%202004.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F34** National Cancer Institute (NIH). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. 2.ª ed. 2005 (Stages of Change Model). · <https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F35** Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud. Tabaquismo en Atención Primaria. Guía básica para profesionales sanitarios. Valladolid, diciembre de 2019. · <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo.ficheros/1512667->

[Tabaquismo%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.%20Gu%C3%ADa%20b%C3%A1sica%20para%20profesionales%20sanitarios.pdf](#) · consultada 2026-09-25

- **F36** World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Ginebra: WHO, 2009. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547543> · consultada 2026-09-25
- **F37** Fernández Miranda JJ (coord.), et al. Opiáceos. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol, 2008 (ISBN 978-84-612-2794-5). · https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2021/04/Guia_opiaceos_completa-1.pdf · consultada 2026-09-25
- **F38** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Metasedin 30 mg y 40 mg comprimidos (metadona). · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/62422/FT_62422.pdf · consultada 2026-09-25
- **F39** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Eptadone 5 mg/ml solución oral (metadona). · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/69910/FT_69910.pdf · consultada 2026-09-25
- **F40** AEMPS, CIMA. Ficha técnica de Naloxona B. Braun 0,4 mg/ml solución inyectable y para perfusión. · https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/69533/FT_69533.pdf · consultada 2026-09-25
- **F41** WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index: N02A Opioids (subgrupos N02AA, N02AB y N02AD). Versión vigente en 2026. · https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/?code=N02A&showdescription=yes · consultada 2026-09-25
- **F42** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Abordaje del fenómeno del chemsex. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. · https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/28879_abordaje_del_fenomeno_del_chemsex.pdf · consultada 2026-09-25
- **F43** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Cuenta Contigo. Programa de sensibilización en drogodependencias para penados a trabajos en beneficio de la comunidad (Acción 14 del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016). · https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_14_Programa_sensibilizacion_penados.pdf · consultada 2026-09-25
- **F44** Brutsaert EF. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus: cetoacidosis alcohólica. Manual MSD, versión para profesionales. Revisión completa de diciembre de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-e-hipoglucemia/complicaciones-agudas-de-la-diabetes-mellitus> · consultada 2026-09-25
- **F45** Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad). Red de atención: recursos de primer nivel. Página web vigente en 2026. · https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/recursos_primer_nivel/home.htm · consultada 2026-09-25
- **F46** Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2008. Edición en español editada y adaptada por M. Monteiro; publicada en la web de la OMS. · https://cdn.who.int/media/docs/default-source/substance-use/alcohol-atencion-primaria.pdf?sfvrsn=160323ea_2 · consultada 2026-09-28
- **F47** Pascual Pastor F, Guardia Serecigni J, Pereiro Gómez C, Bobes García J (coords.). Alcoholismo. Guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia

Pendiente de verificar

- EIR2012-094 (respuesta reconstruida por un tercero: más de 168 g/semana en mujeres «según la CIE»): falta fuente, no hay contradicción documentada. Según el glosario OMS, el consumo de riesgo no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10. La guía de la OMS de 2000 da umbrales diarios, no semanales (riesgo a largo plazo: medio 21-40 g y alto 41 g o más de consumo medio diario en mujeres; riesgo agudo de un día: alto 41-60 g); el PAPPS 2024 pone el consumo de riesgo en mujeres en más de 17 UBE/semana (equivale a más de 170 g). Ninguna da 168 g ni la atribuye a la CIE. 168 g/semana son 24 g/día, dentro de los 20-25 g/día españoles, pero eso es un cálculo, no una fuente. No se intercala hasta localizar el origen de la cifra. Refuerzo del 28-9-2026: el documento de la OPS/OMS de 2008 (F46) da umbrales diarios (consumo de riesgo en mujeres, 20-40 g/día) y, para la intervención breve, cortes semanales de 140 g y 210 g en mujeres, no 168 g; en la tabla de recomendaciones de otros países del Ministerio (F19), 168 g/semana solo aparece en cifras de hombres (14 UBE de 12 g, y como límite inferior de un rango de 168-210 g). Una búsqueda web más sin resultado. Sigue sin intercalarse.
- EIR2016-222 (complicaciones del alcoholismo; la opción oficial considerada falsa es la hipernatremia): falta fuente, no hay contradicción documentada. Para que la respuesta se deduzca haría falta una fuente oficial que recoja la hipercalcemia como complicación del alcoholismo, y ninguna consultada lo hace: Socidrogalcohol 2008 cita como alteraciones metabólicas hipoglucemia, cetoacidosis e hiperlipidemia (la edición de 2013 cita en la intoxicación aguda la hipocalcemia, no la hipercalcemia); el Manual MSD, en la cetoacidosis alcohólica, glucemia baja o normal (a veces hiperglucemia leve), hipopotasemia, hipomagnesemia e hipofosfatemia. Tampoco hay fuente que la niegue: la página del Manual MSD sobre hipomagnesemia (<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-electrol%C3%ADticos/hipomagnesemia>) dice que la hipomagnesemia en general coexiste a menudo con hipocalcemia y cita la hipercalcemia como otra causa de hipomagnesemia, no como complicación del alcohol. No se intercala hasta encontrar la fuente. Refuerzo del 28-9-2026: tampoco la recogen la guía de opiáceos de Socidrogalcohol (F37), el documento OPS/OMS 2008 (F46) ni Becoña 2002 (F9), cotejados sobre el texto descargado; no se hizo búsqueda web nueva (búsqueda limitada por cupo). Sigue sin intercalarse.
- EIR2016-091: la expresión «monitorización de parámetros biológicos» no aparece en ninguna fuente oficial; Becoña (2004) incluye el feedback fisiológico del CO dentro de su programa psicológico multicomponente.
- Estrategia sobre adicciones posterior a 2017-2024: no localizada en el portal del PNSD a 25-9-2026. Comprobado de nuevo el 28-9-2026: el portal (<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>) sigue mostrando la 2017-2024 como la última, y el análisis «Plan Nacional sobre Drogas (1985-2025)» (Universidad de Alicante, coordinado por la DGPNSD con la FEMP; cita recomendada de 2024, NIPO de 2025) habla de «la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas» como una tarea por delante.
- Cianamida cálcica (Colme): no figura en CIMA; no hay ficha técnica española consultable. Comprobado el 28-9-2026 en la API pública de CIMA (por nombre «Colme» y «cianamida», también entre los no autorizados): ningún resultado. La teoría la cita ahora como interdicator según Socidrogalcohol 2013 (F47), que aún da su posología; falta una fuente oficial sobre si hoy está comercializada en España.
- Criterios DSM-5 completos del trastorno por consumo de sustancias distintas del alcohol en fuente abierta de la APA (para el alcohol los enumera el NIAAA, F4). Refuerzo del 28-9-2026: NCBI Bookshelf (candidato

para una fuente con la tabla de criterios) devuelve una comprobación reCAPTCHA a curl y no se esquivó; la APA no publica los criterios en abierto.

- EUDA, salas de consumo supervisado: la fuente citada es de 2018; comprobar si hay una versión posterior antes de citar cifras de salas. Refuerzo del 28-9-2026: la web de la EUDA devuelve 403 a curl (páginas del capítulo de reducción de daños del European Drug Report 2025, página temática y ficha de salas) y la consulta de copias existentes en la Wayback Machine devolvió 429 (demasiadas peticiones); no se pudo comprobar. El tema no cita cifras de salas.
- EIR2018-139 (reducción de daños): ninguna fuente consultada recoge que estas estrategias otorguen cierta legitimidad al consumo de drogas (opción 3, que la clave da por correcta). Buscado el 28-9-2026 en la Estrategia 2009-2016 (F12), la de 2017-2024 (F13), el glosario OMS (F1), Becoña 2002 (F9), la guía de opiáceos de Socidrogalcohol (F37) y el análisis «Plan Nacional sobre Drogas (1985-2025)», más una búsqueda web. Sí consta la falta de estudios controlados (opción 4, F37). La pregunta sigue intercalada: la sección responde la opción falsa.