



Autoevaluación y Formación Continuada en



ACREDITADA POR LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Médicos: 6,8 créditos
Enfermería: 6,3 créditos
Farmacéuticos: 7,7 créditos

Volumen 2 - N.º 2 - 2000

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada en Trastornos Adictivos* acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Toxicómanos con los siguientes créditos: médicos 6,8, enfermería 6,3 y farmacéuticos 7,7. Psicólogos y otros profesionales serán acreditados por la Sociedad Española de Toxicómanos. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en este área.

Las personas que deseen participar deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las 30 preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y obtener una puntuación de al menos 5 sobre 10. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref: Formación Continuada. Editorial Garsi. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid. Posteriormente se remitirá un diploma en el que se certificará los créditos obtenidos.

CUESTIONES METODOLÓGICAS EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS

31. El objetivo último de toda evaluación es:
- ☐ A. Ampliar el conocimiento científico.
 - ☐ B. Conocer cómo se desarrolla un procedimiento o las implicaciones de una determinada intervención.
 - ☐ C. Aportar evidencia empírica que sea útil en el proceso de decisiones.
 - ☐ D. Aportar evidencia empírica que permita realizar buenas publicaciones.
 - ☐ E. Conocer cómo estamos realizando nuestra práctica terapéutica.
32. La pregunta: ¿el estudio es sensible para detectar si las variables covarían?, hace referencia a la validez:
- ☐ A. Interna.
 - ☐ B. Estadística.
 - ☐ C. Ecológica.
 - ☐ D. Externa.
 - ☐ E. De constructo.
33. La evaluación de una intervención sanitaria ha de basarse en un adecuado conocimiento:
- ☐ A. Del «estado del arte» de la patología a estudiar y de los métodos de investigación adecuados a las hipótesis de trabajo.
 - ☐ B. De los pacientes asistidos y del funcionamiento del programa o técnica de intervención.
 - ☐ C. Del proceso de investigación y de la aplicación de técnicas estadísticas.
 - ☐ D. Del protocolo de intervención.
 - ☐ E. De la bibliografía científica sobre el tema y del funcionamiento del programa o técnica de intervención.
34. Un valor de $p < 0,001$ nos indica:
- ☐ A. Una fuerte asociación entre variables.
 - ☐ B. Una alta magnitud del efecto.
 - ☐ C. Una diferencia muy significativa.
 - ☐ D. Una pequeña probabilidad de que las diferencias o asociación entre variables sea debida al azar.
 - ☐ E. Una pequeña probabilidad de que las diferencias o asociación entre variables sea debida a la intervención.

35. El control de la validez de un estudio de evaluación/investigación vendrá dado por la utilización de lo(s) siguiente(s) recurso(s):
- ☐ A. A través de la estadística, en primer término, y del diseño, en segundo lugar.
 - ☐ B. A través del proceso de diseño, en primer lugar, y de la aplicación de técnicas estadísticas de forma secundaria.
 - ☐ C. Un diseño adecuado.
 - ☐ D. Adecuada utilización de los métodos estadísticos.
 - ☐ E. A través de un conocimiento exhaustivo del área a investigar/evaluar, una aplicación adecuada del diseño de investigación y la utilización de la estadística como control secundario.
36. Cuando tenemos «p» variables dependientes (VD) de tipo cuantitativo y el objetivo es determinar las diferencias temporales entre esas VDs, la técnica estadística adecuada es:
- ☐ A. El análisis de covarianzas.
 - ☐ B. El MANOVA.
 - ☐ C. El MANOVA intra e intersujetos.
 - ☐ D. El MANOVA de medidas repetidas.
 - ☐ E. La regresión lineal múltiple.

INFLUENCIA DE LA HERENCIA GENÉTICA EN LAS DROGODEPENDENCIAS

37. El origen multifactorial de las drogodependencias implica:
- ☐ A. Que la herencia genética no es importante.
 - ☐ B. Que el ambiente familiar y social son los únicos factores que intervienen en su origen.
 - ☐ C. Que la herencia sigue las leyes mendelianas.
 - ☐ D. Que en su origen intervienen tanto factores ambientales como la herencia genética.
 - ☐ E. Que no se conocen los factores implicados.
38. El sistema dopaminérgico es importante en las drogodependencias porque:
- ☐ A. No está implicado en las drogodependencias.
 - ☐ B. Forma parte de los circuitos de recompensa.
 - ☐ C. Está exclusivamente bajo el control de la dopamina.
 - ☐ D. Las drogas no modifican su actividad.
 - ☐ E. Su activación produce una sensación desagradable.
39. De los estudios entre familiares de drogadictos se puede determinar:
- ☐ A. La importancia de los factores ambientales en su origen.
 - ☐ B. La importancia de los factores genéticos en su origen.
 - ☐ C. La transmisión familiar de la drogodependencia.
 - ☐ D. La posibilidad de hacerse drogadictos los miembros de la familia.
 - ☐ E. La interacción entre los factores ambientales y genéticos en su origen.
40. Los estudios con los marcadores (TaqI Al, B1) de las variantes del gen del receptor para la dopamina D₂ han demostrado:
- ☐ A. Que en todo tipo de drogodependencias están presentes con más frecuencia estos marcadores.
 - ☐ B. Que las variantes de este gen son las responsables de las drogodependencias.
 - ☐ C. Sugieren que las variantes genéticas del receptor para la dopamina D₂ podrían estar implicadas en el desarrollo de las drogodependencias.
 - ☐ D. Que las drogas producirán más efecto en las vías mesolímbicas.
 - ☐ E. Que la herencia genética no influye en la vulnerabilidad a las drogodependencias.
41. En el alcoholismo:
- ☐ A. Sólo intervienen los factores genéticos.
 - ☐ B. En las mujeres no hay indicios de que haya una influencia genética.
 - ☐ C. Los estudios de familias indican que los factores genéticos influyen en su origen.
 - ☐ D. Sólo intervienen los factores perinatales en su origen.
 - ☐ E. No se han realizado estudios en animales.

42. Los estudios en modelos de animales:
- ☐ A. Permiten establecer cuáles son los genes implicados en la vulnerabilidad al alcoholismo.
 - ☐ B. Reproducen exactamente las condiciones que favorecen las drogodependencias en humanos.
 - ☐ C. Han implicado al receptor serotoninérgico-1B en las drogodependencias.
 - ☐ D. Son inexactos porque no permiten controlar al sujeto en estudio.
 - ☐ E. No han demostrado ningún papel para la serotonina en las drogodependencias.

MANEJO DEL PACIENTE CON DEPENDENCIA A LA COCAÍNA

43. La vía de administración de cocaína más frecuente entre los consumidores españoles es:
- ☐ A. Intravenosa mezclada con heroína.
 - ☐ B. Pulmonar en forma de crack.
 - ☐ C. Esnifada.
 - ☐ D. Mezclada con Coca-Cola.
 - ☐ E. Digestiva.
44. La cocaína afecta a todos los siguientes sistemas de neurotransmisión, excepto:
- ☐ A. Dopamina.
 - ☐ B. GABA (ácido gamma aminobutírico).
 - ☐ C. Noradrenalina.
 - ☐ D. Serotonina.
 - ☐ E. Acetilcolina.
45. ¿Cuál de estos fármacos se ha mostrado más útil en el síndrome de abstinencia por cocaína?:
- ☐ A. Naloxona.
 - ☐ B. Naltrexona.
 - ☐ C. Fluoxetina.
 - ☐ D. Amantidina.
 - ☐ E. Haloperidol.
46. ¿Cuál de estos síntomas no es característico de la intoxicación por cocaína?:
- ☐ A. Miosis.
 - ☐ B. Sudoración.
 - ☐ C. Euforia.
 - ☐ D. Convulsiones.
 - ☐ E. Taquicardia.
47. ¿Cuál de entre las siguientes parece la medida más aconsejable en el tratamiento de los pacientes con dependencia por cocaína?:
- ☐ A. Hospitalización.
 - ☐ B. Programas de sustitución con anfetaminas.
 - ☐ C. Descartar rápidamente infección por VIH.
 - ☐ D. Apoyo y aclaración.
 - ☐ E. Abordaje ambulatorio intensivo centrado en la abstinencia.
48. En relación con la cocaína, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:
- ☐ A. El tratamiento farmacológico es preferible al abordaje psicosocial.
 - ☐ B. Freud era heroínómano.
 - ☐ C. La cocaína provoca un síndrome de abstinencia físico muy grave.
 - ☐ D. La butirilcolinesterasa es un tratamiento farmacológico.
 - ☐ E. La vacuna anticocaína dura cerca de un mes.

LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS EN LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	
49.	La Educación para la Salud en el ámbito escolar: ☐ A. Debe abordarse como una asignatura más del currículo establecido. ☐ B. Está integrada en el Proyecto curricular del centro. ☐ C. Es necesario que sea impartida por especialistas. ☐ D. Forma parte de los contenidos del área de Ciencias Naturales. ☐ E. Debe trabajarse en momentos puntuales.
50.	El concepto de salud adoptado por las escuelas promotoras de salud: ☐ A. Hace hincapié en la importancia del bienestar físico. ☐ B. Se asemeja al concepto. ☐ C. Considera que los alumnos son los únicos agentes destinatarios. ☐ D. Está basado en un modelo social de salud. ☐ E. No tiene repercusión en el marco curricular.
51.	Una escuela promotora de salud es aquella que: ☐ A. Se preocupa por el desarrollo social, interpersonal y afectivo de los alumnos. ☐ B. Hace de sus instalaciones un lugar seguro. ☐ C. Pretende facilitar a la comunidad educativa la adopción de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. ☐ D. Realiza revisiones médicas periódicamente. ☐ E. Desarrolla programas de Educación para la Salud.
52.	La prevención de drogodependencias en el ámbito educativo: ☐ A. Es conveniente que sea abordada por especialistas. ☐ B. Debe realizarse de manera específica en unos niveles educativos concretos. ☐ C. Es necesario trabajarla a lo largo de toda la escolaridad. ☐ D. No necesita tener un tratamiento interdisciplinar. ☐ E. Se trabajará exclusivamente en el área de Ciencias Naturales.
53.	Trabajar la prevención de las drogodependencias desde el marco de la Escuela promotora de Salud, tiene como finalidad: ☐ A. Informar a los educandos de la existencia de sustancias nocivas para la salud. ☐ B. Evitar que los alumnos lleguen a experimentar con estas sustancias. ☐ C. Ayudar al desarrollo personal. ☐ D. Capacitar a los jóvenes para la acción y la gestión del riesgo. ☐ E. Instaurar hábitos de vida saludable.
54.	La Red europea de escuelas promotoras de salud: ☐ A. Aglutina a un número de escuelas de semejantes características. ☐ B. Desarrolla programas comunes. ☐ C. Ofrece un modelo de trabajo en el campo de la promoción de la salud. ☐ D. Permite conocer experiencias educativas en el campo de la Educación para la Salud. ☐ E. Trabaja sobre aspectos relacionados con la salud.

LA ESCUELA COMUNITARIA ANTE LA CUESTIÓN DEL ALCOHOL	
55.	En relación a la Carta Europea sobre el Alcohol: ☐ A. Todas las personas tienen derecho a que su familia, comunidad y vida laboral estén protegidas de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol. ☐ B. Todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad. ☐ C. Todas las personas que consuman alcohol de forma peligrosa y dañina y los miembros de sus familias tienen derecho a tratamiento y asistencia. ☐ D. Todas las personas que no quieren beber alcohol o que no puedan hacerlo por motivos de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidos frente a presiones para consumir alcohol y a recibir apoyo en su decisión de no beber alcohol. ☐ E. Todas las afirmaciones anteriores son ciertas.

56.	De entre los siguientes enunciados cuál no es un factor de riesgo que puede contribuir a que aparezca el abuso de alcohol en los adolescentes : ☐ A. Intoxicación alcohólica precoz. ☐ B. Percepción de que los compañeros aprueban el consumo de alcohol. ☐ C. Percepción de que los padres aprueban el consumo. ☐ D. Pobre rendimiento académico. ☐ E. Satisfacción en la vida.
57.	Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de las tareas que puede desarrollar la escuela en la educación sobre el alcohol no es correcta: ☐ A. Ofrecer información objetiva, científica, relacionada con el alcohol y su consumo. ☐ B. Estimular a la gente a buscar información para que pueda determinar ella misma sus sentimientos, actitudes y conductas ante el consumo de alcohol. ☐ C. Evitar informar sobre los recursos de la comunidad para ofrecer respuestas a los problemas de alcohol. ☐ D. Desarrollar el sentido de responsabilidad ante un problema que tiene solución con el compromiso de todos. ☐ E. Implicar en actividades y programas preventivos, terapéuticos y de reinserción social, desde posiciones críticas y comprometidas socialmente.
58.	En relación a la prevención propiamente dicha (educación primaria), cuál de las siguientes actividades no se incluye este ámbito de intervención: ☐ A. La información. ☐ B. La autoexploración. ☐ C. La enseñanza escolar. ☐ D. Las alternativas. ☐ E. El desarrollo social.
59.	Cuál de los siguientes aspectos permite tener una estimación lo más objetiva posible sobre el fenómeno del alcohol: ☐ A. Datos sobre el consumo global de alcohol por la población. ☐ B. Distribución del consumo de alcohol por grupos sociales, sexo, edad, etc. ☐ C. Patrones de consumo en la población en general y en grupos específicos. ☐ D. Recursos específicos para la prevención y tratamiento del alcoholismo. ☐ E. Todas las anteriores son correctas.
60.	Como pistas de un posible problema alcohólico en el adolescente se pueden tener en cuenta los siguientes aspectos, excepto: ☐ A. Creciente interés por el sexo. ☐ B. Creciente preocupación por el alcohol, hasta el punto de abandonar obligaciones y amistades. ☐ C. Accidentes recurrentes bajo los efectos del alcohol. ☐ D. Preocupación de los padres por los cambios de conducta: borracheras, demanda de dinero, irritabilidad, ... ☐ E. Frecuente aliento alcohólico.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 2 – N.º 1 – 2000

COMO ACTÚA EL ALCOHOL EN NUESTRO CEREBRO	
1.	En comparación a otras sustancias adictivas, el alcohol es una droga: Respuesta: b) Poco potente, sus efectos farmacológicos se observan con g etanol/Kg peso corporal. En el caso del alcohol sus efectos farmacológicos se observan tras la ingesta de gramos de etanol, mientras que con otras drogas éstos aparecen con miligramos/peso corporal.
2.	Señale qué afirmación es correcta respecto a la acción del etanol en el cerebro: Respuesta: c) En una sustancia que, hasta el momento, no se ha encontrado receptor específico. De hecho se ha sugerido que el alcohol es una sustancia sin receptor.
3.	La interacción del etanol con los componentes de la membrana se produce: Respuesta: b) A bajos niveles, puede interaccionar con microdominios de la membrana modificando los lugares alostéricos de ciertas proteínas de membrana. El alcohol a bajas concentraciones podría interaccionar con microdominios específicos de membrana, modificando y modulando ciertas interacciones proteína-membrana y proteína-ligando.
4.	El sustrato neurobiológico de los efectos farmacológicos del etanol en la intoxicación aguda está mediado por: Respuesta: c) Por una inhibición de los receptores NMDA y una activación de la acción del receptor GABA_A. El alcohol, tanto a bajas como altas concentraciones inhibe la función del receptor NMDA. Por otra parte produce un efecto estimulante del receptor GABA_A.
5.	En la dependencia al alcohol se producen ciertas adaptaciones en algunos sistemas de neurotransmisión en las que se incluyen: Respuesta: b) Aumento en el número de receptores NMDA y disminución de la actividad GABA_A en ciertas regiones cerebrales. La dependencia al alcohol parece estar asociada con un proceso de adaptación homeostática en el que se producen cambios neuroadaptativos en ciertos sistemas diana del etanol (NMDA, GABA_A).
6.	Los efectos de refuerzo y recompensa del etanol están mediados por: Respuesta: a) Una estimulación de la actividad dopaminérgica mesolímbica. El sistema dopaminérgico mesolímbico está involucrado en la regulación de los mecanismos de recompensa y propiedades de refuerzo del alcohol.

COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS	
7.	Indique qué tipo de trastorno tiene una mayor asociación con el abuso de sustancias psicoactivas: Respuesta: c) Bulimia nerviosa. La bulimia nerviosa es el trastorno de la conducta alimentaria que mayor asociación presenta con el abuso de sustancias. Todos los estudios de comorbilidad encuentran que la bulimia se asocia con más frecuencia que la anorexia restrictiva al consumo de sustancias, mientras que la anorexia purgativa ocupa un lugar intermedio entre ambas.
8.	Las hipótesis sobre la etiología de la asociación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos del consumo de sustancias no incluyen: Respuesta: d) Una alteración en el sistema gabaérgico. Existen diferentes hipótesis sobre la etiología de la asociación entre ambos trastornos. Desde el punto de vista biológico existe la hipótesis de una posible alteración del sistema opioide. Marrazzi elaboró un modelo por el que se liberarían opioides endógenos al inicio de la enfermedad con una adaptación posterior. Entre ambos trastornos hay algunos rasgos comunes de personalidad, como la aparición de baja autoestima, ansiedad y depresión. Según la hipótesis de Laeoy de la existencia de un grupo de pacientes con alteraciones múltiples en el control de los impulsos (trastorno multiimpulsivo), la explicación estaría en que para ambos se produciría una «borrachera» de sedación para anular la ansiedad sobre problemas interpersonales, junto a un sentimiento de degradación y culpa.

9.	La Naltrexona se utiliza para el tratamiento de la bulimia con una dosis habitual: Respuesta: c) 50-100 mg. La Naltrexona es un antagonista opiode que puede ser de utilidad según la teoría expuesta anteriormente, teniendo en cuenta que requiere dosis mayores en la bulimia (50-100 mg/día) que las indicadas en el consumo de opiáceos.
10.	Los criterios diagnósticos DSM-IV para la bulimia nerviosa no incluyen: Respuesta: d) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Ver criterios contenidos en Tabla I, Trastornos Adictivos 2000; 2(1): 27.
11.	Los criterios diagnósticos DSM-IV para la anorexia nerviosa restrictiva no incluyen: Respuesta: d) Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurrir regularmente a atracones o purgas. Ver criterios contenidos en Tabla II, Trastornos Adictivos 2000; 2(1): 27.
12.	Los pacientes con personalidad multiimpulsiva: Respuesta: b) Predice una mala evolución del trastorno. Estos pacientes constituyen un grupo específico dentro de los bulímicos que se diferencian del resto por la dificultad para valorar el riesgo y las consecuencias de sus conductas. Se asocia a historia de tentativas suicidas, abuso de alcohol y otras sustancias, desinhibición sexual o cleptomanía. Sohlberg encontró que la impulsividad es el predictor más importante de mala evolución.

¿ES EFICAZ LA INTERVENCIÓN BREVE EN BEBEDORES A RIESGO EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA? UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS ESPAÑOLES	
13.	La aplicación de modelos de intervención breve en el tratamiento de problemas conductuales, como el consumo excesivo de alcohol, NO: Respuesta: c) Se basa en prohibiciones terapéuticas. Ningún modelo de intervención breve se basa en prohibiciones terapéuticas, ya que el aspecto fundamental de estas intervenciones es el énfasis en la responsabilidad personal del sujeto y la ayuda terapéutica del profesional.
14.	Dados los criterios de exclusión descritos en algunos de los estudios españoles recogidos en la revisión, ¿Cuál de los siguientes sesgos cree que pudiera afectar en mayor medida a los resultados del metaanálisis? Respuesta: e) Sesgo de selección. Se han excluido consumidores a riesgo (altas puntuaciones en pruebas de despistaje) lo que puede sugerir la presencia de un sesgo de selección importante en las muestras estudiadas.
15.	El índice de tamaño del efecto apropiado en los estudios que evalúan tabulaciones 2 x 2 es: Respuesta: b) La odds-ratio. En este caso es la odds ratio. La ji al cuadrado y el test exacto de Fisher son pruebas estadísticas aplicables a esta situación, pero no son índices de tamaño del efecto. Obviamente la diferencia estandarizada de medias y el coeficiente de correlación lineal, que sí son índices de tamaño del efecto, no se aplican en el análisis de tabulaciones 2 por 2.
16.	¿Cuál ha sido el modelo estadístico que se ha utilizado principalmente en el artículo para combinar los resultados individuales de los estudios? Respuesta: a) Modelo de efectos fijos. Tres son los modelos que suelen utilizarse para la combinación ponderada de estimaciones del tamaño del efecto en metaanálisis: modelo de efectos fijos, el modelo de efectos aleatorios, y modelos bayesianos. En el estudio se ha aplicado básicamente el modelo de efectos fijos.
17.	En estudios longitudinales, las pérdidas de sujetos durante el seguimiento pueden ser importantes, y este es el caso de los estudios aquí presentados. ¿Cuál cree que sería la estrategia analítica que minimiza los posibles sesgos de selección al evaluar los resultados finales de dichos estudios? Respuesta: d) Análisis por intención de tratar. Al igual que en ensayos clínicos controlados, el análisis por intención de tratar, lo que incluye a todos los sujetos del estudio desde el momento de su aleatorización a tratamiento.
18.	La evidencia analizada a partir de los estudios españoles sobre eficacia de intervenciones breves en bebedores a riesgo, NO apoya: Respuesta: b) Qué la sensibilidad de sus resultados sea suficientemente robusta a la eliminación de algún estudio. En general los resultados apoyan la eficacia de las intervenciones breves y los estudios son relativamente homogéneos, sin embargo dado su pequeño número, los resultados combinados son muy sensibles a la eliminación de algún estudio, también –aunque no esté señalado en la pregunta– a la posible presencia de sesgos de publicación.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL ALCOHOLISMO	
19.	Cuál de los siguientes fármacos se ha ensayado en el tratamiento de la dependencia de alcohol: Respuesta: e) Todos los anteriores. Realmente todos estos fármacos se han ensayado a lo largo de estos últimos años en el tratamiento de la dependencia/abuso de alcohol, aunque con eficacias distintas.
20.	Los fármacos antagonistas opiáceos como la naltrexona presentan las siguientes cualidades: Respuesta: d) Se utilizan en el tratamiento de la intoxicación aguda o en programas de mantenimiento de dependientes de opiáceos y en la dependencia del alcohol. Inicialmente la naltrexona fue comercializada para el tratamiento de la dependencia de opiáceos en el contexto de los programas de mantenimiento con antagonistas. Posteriormente la FDA, aprobó dicho fármaco para esta nueva indicación que también está aceptada en nuestro país.
21.	¿Cuál es el mecanismo de acción de los interdictores del alcohol? Respuesta: d) 1, 2 y 3 son ciertas. Los fármacos interdictores del alcohol o antidipsotrópicos, actúan bloqueando el metabolismo del alcohol, mediante la inhibición de la enzima aldehído-deshidrogenasa que comporta un acúmulo de acetaldehído que es el responsable de las manifestaciones clínicas observadas en la reacción de interdicción.
22.	El tratamiento con interdictores del alcohol o antidipsotrópicos es: Respuesta: b) No es muy superior a la utilización del placebo. La mayoría de los ensayos clínicos y otros estudios clínicos posteriores se realizaron hace muchos años y adolecen de una serie de defectos metodológicos que han sido corregidos con los estudios clínicos realizados más recientemente. En la mayoría de ellos, se ha puesto en duda su eficacia terapéutica y en la mayoría de estudios se llega a la conclusión de que el tratamiento farmacológico con interdictores no es superior a la utilización de placebo.
23.	Entre los fármacos serotogénicos, cuáles han demostrado una mayor eficacia: Respuesta: e) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Prácticamente se han ensayado todos los fármacos serotoninérgicos desde los precursores hasta los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, estos últimos han sido los que han demostrado una mayor eficacia en este grupo farmacológico.
24.	Respecto al acamprosato las siguientes afirmaciones son ciertas: Respuesta: a) Es más eficaz que el placebo en la prevención de recaídas. El acamprosato es un fármaco eficaz en el tratamiento del alcoholismo, pero presenta una deficiente absorción por vía oral, tiene múltiples mecanismos de acción a nivel farmacológico, debe administrarse tres veces al día a la dosis adecuada y no tiene ningún efecto ansiolítico.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS	
25.	Entre las ventajas que se atribuyen a los Programas de Sustitutivos Opiáceos, ¿cuál no debería incluirse?: Respuesta: c) El asegurar la abstinencia al consumo de sustancias como la cocaína y las benzodiacepinas. En numerosos programas se ha puesto de manifiesto que la dispensación de opiáceos de sustitución se compatibilizan con la existencia de consumos de cocaína (entre un 15 y un 70% de los beneficiarios en función del tipo de programa) y benzodiacepinas (entre un 18 y un 46%).
26.	Todos estos factores de carácter organizativo, menos uno, condicionan la eficacia de los PSO: Respuesta: b) Las características o perfil de los sujetos que acceden al programa y en particular sus niveles de motivación para el logro de la abstinencia. El perfil de los usuarios que acceden a un Programa y sus niveles de motivación, aunque sí se relacionan con la eficacia de los PSO, no pertenecen a la categoría de factores de carácter organizativo.
27.	Los PSO tienen una serie de efectos negativos no deseados, entre los que no se incluyen: Respuesta: d) Alteraciones significativas de los marcadores hepáticos de los usuarios del programa. Tanto la metadona como el IAAM son poco hepatotóxicos, lo que hace posible su utilización en tratamientos prolongados.

28.	Recientes investigaciones realizadas sobre la efectividad de los PSOC coinciden en señalar que los porcentajes de usuarios que mantienen la abstinencia a los opiáceos tras completar el tratamiento son: Respuesta: a) Entre un 10% y un 20%. Este porcentaje, al que se hace referencia en el propio artículo recoge los resultados aportados por diferentes estudios de seguimiento realizados en los Estados Unidos.
29.	¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja de manera más correcta los objetivos generales de los PSO?: Respuesta: d) Los PSO tanto la abstinencia al consumo de opiáceos y otras drogas, como la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas. La respuesta alude a la necesaria complementariedad de objetivos que deben incluir los PSO, o si se prefiere, el reconocimiento de estos programas como una alternativa terapéutica válida, tanto para el tratamiento de la dependencia a opiáceos, como en la reducción de los riesgos y daños asociados al consumo de éstos.
30.	Todos, salvo uno, son indicadores que pueden ser utilizados para verificar el logro de la mejora de la calidad de vida de los usuarios de los PSO: Respuesta: b) El número de detenciones y procedimientos judiciales registrados entre los usuarios del programa. Ese indicador se relaciona con un objetivo diferente como es el de la reducción de los conflictos e incidencias legales.