



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 3 - Monográfico 2 - 2001

Trastornos Adictivos inicia un sistema anual de autoevaluación y acreditación dentro de un *Programa de Formación Continuada*. Uno de los objetivos de *Trastornos Adictivos* es que sirva como instrumento educativo y formativo en esta área.

Las personas que deseen que se les acredite una formación continuada por parte de la Sociedad Española de Toxicomanías y del Ministerio de Sanidad y Consumo deberán remitir cumplimentados dentro de los 2 meses siguientes a la aparición de cada número la hoja de respuestas adjunta (no se admiten fotocopias) con las contestaciones a las preguntas que se formulan. Las respuestas aparecerán en el siguiente número. Para obtener la acreditación es preciso enviar los cuestionarios originales, contestar a las preguntas de los 4 números y superar el 50% de las preguntas contestadas. Los cuestionarios deben ser remitidos a *Trastornos Adictivos*. Ref: Formación Continuada. Ediciones Doyma S.L. Juan Bravo, 46. 28006 Madrid.

¿SON ÚTILES LOS NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS EN LOS TRASTORNOS ADICTIVOS?

- | | |
|-----|--|
| 31. | Se denomina Psicofármaco:
☐ A. Aquellos que actúan modificando niveles de prostaglandinas.
☐ B. Aquellos que actúan en el Cerebelo.
☐ C. Aquellos que se utilizan para las alteraciones de la esfera psíquica.
☐ D. Aquellos que actúan mejorando la vascularización cerebral.
☐ E. Aquellos que son capaces de atravesar la barrera hematoencefálica. |
| 32. | Los neurolépticos o Antipsicóticos son aquellos que:
☐ A. Se utilizan para tratar las diversas formas de esquizofrenia, manía y agitación.
☐ B. Se utilizan para las alteraciones de la esfera psíquica.
☐ C. Actúan sobre la esfera afectiva.
☐ D. Producen dependencia física.
☐ E. Actúan principalmente sobre el Locus Coeruleus. |
| 33. | Ante la aparición de un cuadro psicótico en el Síndrome de Abstinencia a Opiáceos, se recomienda como medicación:
☐ A. α 2 agonistas.
☐ B. Metadona.
☐ C. Dextropropoxifeno.
☐ D. Neurolépticos.
☐ E. Metadona + Neuroléptico. |
| 34. | La olanzapina actúa:
☐ A. Sobre la vía nigroestriatal.
☐ B. Únicamente sobre vías serotoninérgicas.
☐ C. Sobre vías Dopaminérgicas y Noradrenérgicas.
☐ D. Recetor μ .
☐ E. Sobre la vía mesolímbica. |

35. Los trastornos psicóticos inducidos por estimulantes:
- ☐ A. Se producen únicamente en seropositivos frente al HIV.
 - ☐ B. Se producen por una depleción de la Acetil-colina.
 - ☐ C. El consumo de estimulantes está relacionado etiológicamente con la alteración.
 - ☐ D. Se caracteriza por la ausencia de alucinaciones y/o ideas delirantes.
 - ☐ E. Únicamente se producen en personas con antecedentes de esquizofrenia.

36. La olanzapina:
- ☐ A. disminuye los niveles plasmáticos de Metadona.
 - ☐ B. Es eficaz únicamente en la sintomatología afectiva.
 - ☐ C. Sólo actúa en la sintomatología positiva de la esquizofrenia.
 - ☐ D. Antagoniza las conductas inducidas por los antagonistas del receptor NMDA.
 - ☐ E. Produce una importante inhibición sexual.

NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS. BASES FARMACOLÓGICAS

37. Las principales vías dopaminérgicas implicadas en los circuitos de recompensa son:
- ☐ A. La vía mesolímbica.
 - ☐ B. La vía mesocortical.
 - ☐ C. La vía nigroestriada.
 - ☐ D. La a y la b.
 - ☐ E. Todas las anteriores.

38. Las propiedades «atípicas» de los nuevos neurolépticos se correlacionan significativamente con la siguiente ratio de afinidades:
- ☐ A. α_2/D_2 .
 - ☐ B. $5-HT_{2A}/D_2$.
 - ☐ C. $5-HT_2/5-HT_3$.
 - ☐ D. H_1/D_2 .
 - ☐ E. α_2/α_1 .

39. ¿Cuál de las siguientes combinaciones entre dos fármacos produce un incremento de los niveles de dopamina y noradrenalina extracelulares significativamente mayor que el de ambos fármacos por separado?:
- ☐ A. Olanzapina y fluoxetina.
 - ☐ B. Haloperidol y fluoxetina.
 - ☐ C. Olanzapina y sertralina.
 - ☐ D. Haloperidol y sertralina.
 - ☐ E. Ninguno de los anteriores.

40. El tratamiento con neurolépticos clásicos es capaz de reducir:
- ☐ A. La euforia y la paranoia producidas por la cocaína.
 - ☐ B. La paranoia pero no la euforia.
 - ☐ C. La euforia pero no la paranoia.
 - ☐ D. Ni la euforia ni la paranoia.
 - ☐ E. Aumentan ambas.

41. ¿Qué neuroléptico atípico parece ser efectivo tanto en el manejo del síndrome de abstinencia en alcohólicos, como en el mantenimiento del paciente en el posterior periodo de rehabilitación?:
- ☐ A. Haloperidol.
 - ☐ B. Clozapina.
 - ☐ C. Tiapride.
 - ☐ D. Todos los anteriores.
 - ☐ E. Ninguno de los anteriores.

42. ¿Cuál de los siguientes neurolépticos se ha descrito que puede desencadenar un síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia a opiáceos?:
- ☐ A. Haloperidol.
 - ☐ B. Clozapina.
 - ☐ C. Risperidona.
 - ☐ D. Tiapride.
 - ☐ E. Ninguno de los anteriores.

ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

43. Entre las siguientes respuestas con respecto a la asociación del consumo de alcohol con los trastornos bipolares señale la respuesta verdadera:
- ☐ A. El abuso de alcohol es más frecuente en las fases depresivas que en las maníacas.
 - ☐ B. La asociación con el abuso de alcohol es muy rara en los cuadros mixtos.
 - ☐ C. En todos los casos existe coincidencia familiar de ambos trastornos.
 - ☐ D. El consumo de alcohol es más frecuente en los varones maníacos que en las mujeres maníacas.
 - ☐ E. Todas ellas son falsas.
44. La comorbilidad con drogas y alcohol en pacientes bipolares es:
- ☐ A. Inferior al 20%.
 - ☐ B. Superior al 80%.
 - ☐ C. Superior en las mujeres.
 - ☐ D. Sólo en los pacientes que ingresan.
 - ☐ E. Todas son falsas.
45. El consumo de estimulantes en el trastorno bipolar:
- ☐ A. Se produce fundamentalmente en fases maníacas.
 - ☐ B. La mayoría de los estudios encuentran que favorece el pronóstico, al mejorar las fases depresivas.
 - ☐ C. Es más frecuente que el consumo de alcohol.
 - ☐ D. Todas ellas son falsas.
 - ☐ E. Todas son verdaderas.
46. La comorbilidad con alcohol y drogas en el trastorno bipolar:
- ☐ A. Favorece el diagnóstico.
 - ☐ B. Es muy frecuente en adolescentes bipolares.
 - ☐ C. Puede favorecer la presencia de síntomas psicóticos.
 - ☐ D. Empeora el pronóstico sólo si se asocia alcohol con cannabis.
 - ☐ E. Sólo son ciertas la B y la C.
47. De entre los siguientes fármacos señale el más adecuado para tratar un paciente bipolar que abusa del alcohol:
- ☐ A. Hidantoinas.
 - ☐ B. Carbonato de litio.
 - ☐ C. Clonacepan.
 - ☐ D. Ácido valproico.
 - ☐ E. Todos ellos tienen una eficacia similar.
48. Señale la respuesta verdadera:
- ☐ A. La comorbilidad con drogas y alcohol aumenta el número de hospitalizaciones en enfermos bipolares.
 - ☐ B. La comorbilidad es más frecuente en los cuadros mixtos.
 - ☐ C. La comorbilidad dificulta el diagnóstico.
 - ☐ D. Todas las anteriores son verdaderas.
 - ☐ E. Todas son falsas.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS Y CAMBIOS DE PERSONALIDAD CONCOMITANTES A UNA ADICCIÓN

49. Sólo uno de los siguientes es un síntoma diana del tratamiento farmacológico de las alteraciones de la personalidad, según Siever y Davis (1991):
- ☐ A. Preocupación por fantasías de éxito ilimitado.
 - ☐ B. Rigidez y obstinación.
 - ☐ C. Escaso interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
 - ☐ D. Inestabilidad afectiva.
 - ☐ E. Sugestionabilidad.
50. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son especialmente útiles para:
- ☐ A. Reducir la impulsividad durante una intoxicación.
 - ☐ B. Reducir la ansiedad a largo plazo.
 - ☐ C. Combatir las distorsiones cognitivas.
 - ☐ D. Suprimir el pensamiento mágico.
 - ☐ E. Tratar los trastornos de personalidad del grupo A del DSM-IV.
51. En el tratamiento farmacológico de los cambios de la personalidad concomitantes a las adicciones, los neurolepticos:
- ☐ A. Pueden reducir la impulsividad.
 - ☐ B. Deben administrarse a dosis elevadas.
 - ☐ C. Conviene instaurar en 24-48 h la dosis de mantenimiento.
 - ☐ D. Es recomendable asociarlos a fármacos anticolinérgicos.
 - ☐ E. Están contraindicados.
52. La carbamacepina:
- ☐ A. Sólo es eficaz para tratar las alteraciones de la personalidad si existe epilepsia.
 - ☐ B. Sólo es eficaz para tratar las alteraciones de la personalidad si existe ciclotimia.
 - ☐ C. Es el eutimizante de elección en las personas que siguen tratamiento con metadona.
 - ☐ D. Se recomienda para tratar la inestabilidad afectiva.
 - ☐ E. Tiene como principal efecto secundario la acatisia.
53. Si tras instaurar un neuroleptico para tratar el déficit de control de impulsos asociado a una adicción se produce un incremento de la ansiedad, la decisión que debe adoptarse es:
- ☐ A. Añadir anticolinérgicos.
 - ☐ B. Subir la dosis del neuroleptico.
 - ☐ C. Descartar acatisia.
 - ☐ D. Interrumpir el tratamiento.
 - ☐ E. Sustituir el neuroleptico por una benzodiacepina.
54. El síntoma más difícil de comentar con el paciente como un objetivo del tratamiento farmacológico de los cambios y trastornos de la personalidad es:
- ☐ A. Las autolesiones sin propósito suicida.
 - ☐ B. El gasto excesivo de dinero.
 - ☐ C. Las distorsiones cognitivas.
 - ☐ D. La ansiedad excesiva.
 - ☐ E. La variabilidad del estado afectivo.

USO DE LA OLANZAPINA EN EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE DROGAS ESTIMULANTES. UNA REVISIÓN

- 55.** ¿Cuál es la principal diferencia entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos en la sintomatología de la esquizofrenia?:
- ☐ A. Ambos controlan la sintomatología productiva y deficitaria.
 - ☐ B. Los antipsicóticos clásicos son más eficaces en la sintomatología productiva que los atípicos.
 - ☐ C. Los antipsicóticos atípicos son más eficaces en la sintomatología productiva que los clásicos.
 - ☐ D. Los atípicos son más eficaces en el control de la sintomatología deficitaria.
 - ☐ E. La B y la D son correctas.
- 56.** ¿Cuáles son las principales ventajas de los antipsicóticos atípicos sobre los clásicos?:
- ☐ A. La acción antipsicótica es corta.
 - ☐ B. Tienen una menor incidencia de sintomatología extrapiramidal.
 - ☐ C. Alta acción sedativa.
 - ☐ D. Mayor riesgo de agranulocitosis.
 - ☐ E. Mayor aceptación por parte del paciente.
- 57.** Desde el punto de vista anatómico existen varias vías dopaminérgicas. ¿Cuál es la que utiliza la cocaína para producir sus efectos?:
- ☐ A. Vía mesolímbica y mesocortical.
 - ☐ B. Vía nigroestriatal.
 - ☐ C. Vía tubero-infundibular.
 - ☐ D. Vía mesolímbica y nigroestriatal.
 - ☐ E. Todas las anteriores son correctas.
- 58.** Señale qué afirmación es correcta respecto al bloqueo de varios receptores por neurotransmisores de la olanzapina:
- ☐ A. Bloqueo de receptores dopaminérgicos D1, D2.
 - ☐ B. Bloqueo de receptores 5HT2, 5HT3, 5HT6, 5HT7.
 - ☐ C. Bloqueo combinado de receptores dopaminérgicos D1, D2 y muscarínicos M1-M4.
 - ☐ D. Bloqueo combinado de receptores dopaminérgicos D1, D2, receptores 5HT2, 5HT3, 5HT6, 5HT7.
 - ☐ E. Bloqueo combinado de receptores dopaminérgicos D1, D2, receptores 5HT2, 5HT3, 5HT6, 5HT7 y muscarínicos M1-M4.
- 59.** Las interacciones farmacocinéticas entre olanzapina y fármacos que se metabolizan a través del citocromo P450 son importantes porque:
- ☐ A. Se produce habitualmente un efecto inductor que disminuye el efecto de la olanzapina y/o fármaco.
 - ☐ B. Se produce habitualmente un efecto inhibidor que aumenta el efecto de la olanzapina.
 - ☐ C. Se produce habitualmente un efecto inhibidor que aumenta el efecto del fármaco.
 - ☐ D. No se producen habitualmente interacciones farmacocinéticas con la olanzapina.
 - ☐ E. Sí se producen habitualmente interacciones farmacocinéticas con la olanzapina.
- 60.** Los antipsicóticos atípicos tal como la olanzapina puede ser útil en el tratamiento de la adicción a drogas estimulantes:
- ☐ A. Porque puede disminuir el consumo de los mismos.
 - ☐ B. Porque puede disminuir el deseo de consumo.
 - ☐ C. Porque puede controlar la aparición de cuadros psicóticos derivado del consumo de drogas de diseño.
 - ☐ D. Todas las respuestas anteriores son correctas.
 - ☐ E. La A y B son correctas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA EN JÓVENES CONSUMIDORES DE DROGAS DE SÍNTESIS

- 61.** ¿A partir de qué cantidad pueden aparecer las intoxicaciones de MDMA?:
- ☐ A. A partir de los 50 mg.
 - ☐ B. A partir de los 60 mg.
 - ☐ C. A partir de los 70 mg.
 - ☐ D. A partir de los 80 mg.
 - ☐ E. A partir de los 100 mg.
- 62.** De estos efectos del MDMA, ¿cuál es el más claramente agudo?:
- ☐ A. Taquicardia.
 - ☐ B. Depresión.
 - ☐ C. Dolor de cabeza.
 - ☐ D. Ansiedad, miedo, temor.
 - ☐ E. Irritabilidad.
- 63.** ¿Qué diferencia existe entre los consumos de los derivados anfetamínicos de los años 80 y de los de mediados de la década de los 90?:
- ☐ A. La mayor extensión se da a finales de los 80.
 - ☐ B. En los 80 el uso se daba en mujeres.
 - ☐ C. En los 90 el uso es en sectores marginales.
 - ☐ D. El desarrollo de una subcultura juvenil favorable a su uso.
 - ☐ E. En los 80 apenas había uso.
- 64.** Señala cuál es la principal innovación en la intervención propuesta:
- ☐ A. El tratamiento clínico de los adolescentes.
 - ☐ B. El apoyo a la familia de los adolescentes.
 - ☐ C. La relación de los educadores con otros recursos.
 - ☐ D. El modelo de dirección del programa.
 - ☐ E. El trabajo directo con jóvenes en su medio abierto.
- 65.** ¿De qué factores depende el consumo de drogas en los jóvenes?
- ☐ A. El consumo depende de factores individuales de riesgo y de factores culturales juveniles.
 - ☐ B. El consumo depende de factores personales y familiares.
 - ☐ C. El consumo depende de factores culturales juveniles.
 - ☐ D. El consumo depende de factores de riesgo asociados a la adolescencia.
 - ☐ E. El consumo depende de las carencias socio-educativas del joven.
- 66.** Dado el estudio presentado ¿en quién son más favorables y duraderos los cambios?
- ☐ A. En todos por igual siempre que haya un compromiso por parte del joven.
 - ☐ B. En aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias y están dispuestos a un compromiso.
 - ☐ C. En aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias en recursos personales.
 - ☐ D. En aquellos jóvenes que no presentan grandes carencias en recursos familiares.
 - ☐ E. En aquellos jóvenes que pertenecen a clases medias.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 3 - Monográfico 2 - 2001

EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE LA NICOTINA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE OTRAS DROGAS

97. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la nicotina es correcta:
Respuesta: b) En fumadores severos el dejar de fumar se caracteriza por un síndrome de abstinencia característico. Tal como se indica en el texto, la nicotina es un agonista de los receptores nicotínicos en el sistema nervioso central y periférico. El consumo de un cigarrillo produce la activación del sistema nervioso simpático, y en sujetos sanos provoca un aumento de la frecuencia cardíaca (10-20 ppm) y de la presión arterial (5-10 mmHg). La nicotina puede producir euforia de modo similar a otras sustancias psicoactivas. En parte, la capacidad adictiva de la nicotina se explica parcialmente en función de la evitación de los síntomas de abstinencia, entre los que se incluyen disminución de la actividad intelectual, aumento de la irritabilidad, nerviosismo, insomnio, aumento del apetito, y cefaleas.

98. Sobre la relación entre fumar y la presencia de trastornos psiquiátricos:
Respuesta: e) La exposición repetida a estímulos estresantes aumenta la susceptibilidad a desarrollar dependencia de nicotina. Los cuadros de ansiedad no parecen influir las tentativas de dejar de fumar, sin embargo se ha sugerido la exposición repetida a estímulos estresantes o aversivos, aumenta la susceptibilidad a desarrollar dependencia de la nicotina. Entre 70-90% de pacientes esquizofrénicos son fumadores de más de un paquete diario. Los fumadores con unos antecedentes de depresión mayor presentan una tasa de recaídas en el tabaquismo el doble de alta que los individuos sin tales antecedentes. Asimismo, el dejar de fumar se ha asociado con una mayor tasa de recaídas en la depresión.

99. Sobre la comorbilidad entre la dependencia de nicotina y de otras sustancias psicoactivas, una de las siguientes afirmaciones no es correcta:
Respuesta: c) Aproximadamente el 20% de pacientes dependientes de alcohol son fumadores habituales. Distintos trabajos han indicado que al menos el 80% de pacientes dependientes de alcohol son fumadores habituales y la mayoría de ellos severos. Por otro lado, entre el 15 y el 20% de sujetos dependientes de nicotina presentan un diagnóstico concomitante de abuso o dependencia del alcohol. Se ha descrito una vulnerabilidad genética común de desarrollar dependencia de nicotina y de alcohol. El consumo de cigarrillos y de alcohol comparten muchos efectos adversos de salud, entre los que se incluye un aumento de la incidencia de ciertos tipos de cáncer y de las patologías cardiovasculares. El consumo de cigarrillos se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar cirrosis alcohólica.

100. ¿Cuál de las siguientes acciones beneficiosas no ha sido relacionada con la nicotina?
Respuesta: d) La nicotina mejora el pronóstico en determinados cánceres de cuello. El consumo de cigarrillos y de alcohol comparten muchos efectos adversos de salud, entre los que se incluye un aumento de la incidencia de ciertos tipos de cáncer, siendo el riesgo sinérgico particularmente importante en el caso de los cánceres de cabeza y cuello. Se ha descrito una acción «anti-estrógeno» de la nicotina. Este efecto podría tener un potencial efecto terapéutico en enfermedades asociadas con una excesiva producción de estrógenos, como es el caso de determinadas patologías ginecológicas como la endometriosis o el cáncer de endometrio. En un estudio en el que se evaluaron los efectos antipresivos del parche transdérmico de nicotina en pacientes no fumadores con depresión mayor, se observó una mejoría de breve duración en los síntomas depresivos con pocos efectos secundarios. Diversos estudios clínicos han sugerido una acción terapéutica de la administración de nicotina en la enfermedad de Parkinson, así como en el síndrome de Gilles de la Tourette y en la enfermedad de Alzheimer.

101. La única entre las terapias sustitutivas de nicotina que hasta la fecha ha sido estudiada en fumadores alcohólicos, es mediante:
Respuesta: c) Parche transdérmico. Tal como queda reflejado en el texto, si bien se ha desarrollado la terapia sustitutiva de nicotina para el tratamiento del tabaquismo mediante parches transdérmicos, chicles, spray nasal, así como a través de un inhalador, la única formulación que hasta la fecha ha sido estudiada en fumadores alcohólicos es el parche transdérmico. Hasta la fecha no se han desarrollado implantes subcutáneos de nicotina.

102. El consumo de nicotina provoca una reducción en los niveles plasmáticos de los siguientes fármacos, con la excepción de:
Respuesta: a) Lorazepam. El consumo de nicotina se ha visto que afecta los niveles plasmáticos de desipramina, clomipramina, oxazepam y clozapina. Sin embargo no parece afectar los niveles plasmáticos de lorazepam.

EFICACIA DE RISPERIDONA EN EL MANEJO DE PROBLEMAS CLÍNICOS EN TOXICOMANÍAS	
103.	¿Qué dosis de risperidona se recomienda para el tratamiento de las conductas agresivas presentes en individuos que abusan de sustancias y tienen además un trastorno límite de la personalidad? Respuesta: b) 2-4 mg/día. La risperidona tiene un amplio margen terapéutico. Las dosis bajas (1-3 mg/día) se utilizan para cuadros confusionales con agitación, las dosis superiores a 6 mg/día para los trastornos esquizofrénicos y las dosis intermedias (2-4 mg/día) para el manejo de las conductas agresivas e impulsivas propias de los trastornos de la personalidad.
104.	¿Qué acciones farmacológicas son las responsables de la eficacia de risperidona en el tratamiento de los trastornos psicóticos en sujetos con abuso de sustancias? Respuesta: c) Sus acciones sobre los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos. Aunque la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia ha sido la más estudiada hasta el momento, se sabe que el sistema serotoninérgico también puede estar involucrado. De hecho los fármacos antipsicóticos con actividad sobre el sistema serotoninérgico tienen menos efectos secundarios y son eficaces en los casos de esquizofrenia resistente.
105.	¿Cuál es la vida media de la risperidona? Respuesta: d) 24 horas La risperidona se absorbe en un 70-85% por el tracto gastrointestinal y es transformada a su paso por el hígado en un metabolito con actividad biológica similar a risperidona. La vida media de ambas sustancias oscila entre 20-24 horas.
106.	¿En cuál de los siguientes trastornos ha sido eficaz la risperidona? Respuesta: d) Todas. La risperidona es un psicofármaco eficaz en un amplio espectro de situaciones clínicas en los que estén implicados los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico. En la esquizofrenia y la dependencia de drogas están implicados los circuitos dopaminérgicos mesolímbicos y mesocorticales. En el caso de las conductas agresivas de los trastornos de personalidad se han implicado la transmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica.
107.	¿Cuál de los siguientes antipsicóticos es el que con menor frecuencia se asocia a sedación y somnolencia? Respuesta: e) Risperidona. Efectos como la sedación y la somnolencia pueden estar relacionados con diferentes acciones (efectos anticolinérgicos, histaminérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos) entre los señalados, el más sedativo es la levomepromazina. La menor interacción de risperidona con receptores histaminérgicos hacen de ella uno de los antipsicóticos menos sedativos.

**LOS CENTROS DE DOCUMENTACIÓN DE DROGODEPENDENCIAS.
ESPECIFICIDADES DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN DE LA DELEGACIÓN
DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (DGPNSD)**

108.	El primer Centro de Documentación especializado en drogodependencias se crea en España: Respuesta: d) En la década de los 80. El primero en constituirse como tal es el de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas —DGPNSD—, en julio de 1986.
109.	El Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas atiende prioritariamente las consultas formuladas por: Respuesta: e) Indistintamente a cualquiera de los colectivos descritos en las anteriores opciones. El Centro de Documentación sitúa a los usuarios, tanto a los profesionales como a los ciudadanos en general, en el lugar central de su actividad.
110.	El Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas atiende prioritariamente las peticiones de documentación formuladas: Respuesta: e) Indistintamente a través de los medios descritos en las anteriores opciones (con excepción del teléfono). Para no primar las consultas de documentación y/o información de aquellas personas que pueden personarse en la sede de la Delegación del Gobierno en Madrid, se opta por permitir realizar éstas indistintamente a través de correo postal, fax o correo electrónico. El teléfono se utiliza exclusivamente para la resolución de aquellas peticiones de información que pueden ser resueltas de forma ágil por este medio, pero no para solicitud de documentación, ya que creemos que es útil para quien formula la solicitud dejar un testimonio físico de ésta.

111. Los fondos bibliográficos del Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas contienen:

Respuesta: b) Documentación sobre todo tipo de sustancias adictivas, tanto las «legales» (tabaco y alcohol) como las «ilegales» (cannabis, opiáceos, cocaína, drogas de síntesis...).

Sus fondos bibliográficos abarcan documentación sobre todo tipo de sustancias adictivas, tanto las «legales como las «ilegales», así como las políticas gubernamentales, tanto de España como de otros países, en relación con la prevención, tratamiento y asistencia, reinserción social, etc. de las drogodependencias y el control y represión del tráfico ilícito de drogas. También cuenta con documentación sobre la actividad desarrollada por los Organismos internacionales competentes en esta materia.

112. La conversión de facto del Centro de Documentación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en un Centro de Información y Documentación se debe a:

Respuesta: d) Dado que tiene encomendada la gestión de contenidos de la página web de la Delegación del Gobierno, así como la atención de todas las consultas recibidas a través de este medio.

El actual Delegado del Gobierno para el PNSD, toma en 1998 la decisión estratégica de encomendar la gestión de contenidos de su página web al Centro de Documentación, así como la atención de todas las consultas recibidas a través de este medio. Dicha opción ha supuesto su conversión de facto en un Centro de Información y Documentación, dado que desde entonces se ha generado una dinámica, hoy plenamente consolidada, de recepción de un elevado número de demandas de información no referidas propiamente a labores específicas de un Centro de Documentación convencional (debido a la posibilidad de formularlas a través del punto de acceso «Consultas y sugerencias» de la página web de la Delegación y de la dirección de correo electrónico).

EL FACTOR DE IMPACTO Y LOS CÓMPUTOS DE CITAS EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA Y LAS REVISTAS MÉDICAS

113. El factor de impacto del *Science Citation Index* es:

Respuesta: c) La relación entre las citas que en un año han recibido los trabajos publicados durante los dos años anteriores, y el total de artículos publicados en ella durante esos dos años.

El factor de impacto del *Science Citation Index* es, por definición y tal y como puede apreciarse en la tabla 1, la relación entre las citas que en un año han recibido los trabajos publicados durante los dos años anteriores, y el total de artículos publicados en ella durante esos dos años.

114. ¿Cuál de las siguientes revistas ha acumulado un mayor factor de impacto en los últimos cinco años?

Respuesta: e) *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*.

Para calcularlo basta con sumar los factores de impacto anuales de cada revista. El máximo valor corresponde a *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, con un factor acumulado de 10.632.

115. El *Science Citation Index*:

Respuesta: e) Presenta una alta selectividad en la elección de las revistas fuente a favor de las revistas anglo-americanas.

El *Science Citation Index*, no recoge todas las revistas médicas de carácter científico de todo el mundo, sino que presenta una alta selectividad en la elección de las revistas fuente a favor de las revistas angloamericanas. De cada revista incluye solamente los artículos originales, de revisión y notas técnicas. Analiza alrededor de 12 millones de referencias anuales y no selecciona las referencias que recoge.

116. Respecto a la función de las citas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

Respuesta: b) Con frecuencia se produce el fenómeno de la obliteración que consiste en no citar trabajos importantes que se dan por conocidos.

En el proceso de citación se produce con frecuencia el fenómeno de la obliteración, que consiste en no citar trabajos importantes ya que se dan por conocidos.

Las revistas de investigación básica se citan más que las de investigación aplicada y los artículos que presentan aplicaciones prácticas se citan más que los trabajos teóricos. Por otra parte, la citación está muy influenciada por las barreras idiomáticas.

117. Respecto al factor de impacto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

Respuesta correcta: a) No permite comparar la calidad de las revistas de diferentes disciplinas.

El factor de impacto es un indicador relativo que no debe aplicarse para comparar disciplinas diferentes. Esto se debe a que cada una tiene costumbres distintas en cuanto a las pautas de citación y uso de referencias. Por lo tanto, no es útil para comparar la calidad de las revistas de diferentes disciplinas. Además, no todos los artículos de una revista tienen la misma calidad. El factor de impacto favorece a las revistas que publican proporcionalmente pocos artículos de gran extensión y favorece a las revistas que se publican en inglés.

118. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

Respuesta: c) El tamaño de una disciplina no influye en el cómputo del factor de impacto.

El tamaño del campo de investigación influye en el número de citas que un artículo es susceptible de recibir, favoreciendo a las áreas con un elevado número de investigadores frente a otras que cuentan con un reducido número de ellos: en una comunidad de 50 investigadores, el impacto, en valores absolutos, debe ser necesariamente más débil que en una comunidad que cuente con un número diez veces mayor.

EL ACCESO A LA INFORMACIÓN CIENTÍFICA ON-LINE: LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN MEDLINE Y EL ACCESO A LAS REVISTAS CIENTÍFICAS EN DROGODEPENDENCIAS

119. En relación a la base de datos MEDLINE:

Respuesta: c) Es actualmente la base de datos más conocida y utilizada en ciencias de la salud.

Actualmente la base de datos MEDLINE es la fuente de información más conocida y utilizada en ciencias de la salud de todo el mundo. A ello contribuye su alta disponibilidad en bibliotecas médicas y en redes locales.

120. En relación a una búsqueda bibliográfica en MEDLINE. ¿Cuál considera más adecuada?

Respuesta: e) Todas son adecuadas.

Todas las afirmaciones señaladas son correctas. MEDLINE permite realizar búsquedas exhaustivas, los artículos están representados por 10-12 encabezamientos, estos se incluyen en dos campos diferentes en los registros de las bases de datos, y MEDLINE ofrece la posibilidad de obtener resultados muy precisos utilizando su tesoro.

121. Las revistas científicas se consideran fuentes de información:

Respuesta: a) Primarias.

Las revistas científicas son las fuentes de información primarias que recogen los resultados de la investigación y del conocimiento científico.

122. ¿Cuál considera que es más adecuado en relación a las revistas científicas?

Respuesta: d) El acceso a la información de las revistas a través de Internet es rápida y accesible.

El acceso a las revistas a través de la red permite que cualquier persona en cualquier lugar del mundo pueda acceder a la información en una revista on-line. Es por ello que el acceso a la información de las revistas a través de Internet es rápida y accesible.

123. ¿Cuál considera más adecuado en relación a las publicaciones online?

Respuesta: b) Incluyen las publicaciones electrónicas y también las publicaciones que las editoriales introducen en servidores web.

Las publicaciones on-line incluyen a las publicaciones que las distintas editoriales incluyen en servidores web, así como a las publicaciones electrónicas (entendidas éstas como aquellas que requieren el ordenador para su producción, distribución y lectura).