Autoevaluación y Formación Continuada en

trastornos adictivos
Órgano Oficial de la Sociedad Española de Toxicomanías

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 - N.º 1 - 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 este 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.

LA COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS DE CONTROL DE LOS IMPULSOS, LOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS Y LOS DE LA PERSONALIDAD

1. ¿Qué alteración de los sistemas de neurotransmisores se ha relacionado con los trastornos de la personalidad con alto grado de inestabilidad anímica?
   - ☐ A. Hipersensibilidad noradrenérgica.
   - ☐ B. Hipersensibilidad colinérgica.
   - ☐ C. Hipersensibilidad serotoninérgica.
   - ☐ D. Hiposensibilidad noradrenérgica.
   - ☐ E. Hiposensibilidad colinérgica.

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos biológicos no se ha relacionado con los trastornos del control de los impulsos?
   - ☐ A. Hiposerotonergia.
   - ☐ B. Hipodopaminergia.
   - ☐ C. Modelo de Fogel y Stone.
   - ☐ D. Alteración de la Testosterona.
   - ☐ E. Alteración de la Aldosterona.

3. ¿Cuál de las siguientes posibilidades de comorbilidad no fue descrita por Lyons y Tyrer?
   - ☐ A. Asociación morbosa por azar.
   - ☐ B. Asociación por superposición.
   - ☐ C. Asociación reductiva.
   - ☐ D. Asociación exponencial.
   - ☐ E. Asociación por predisposición.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre aspectos terapéuticos es falsa?

☐ A. En los trastornos relacionados con el uso de sustancias debe hacerse hincapié en los opiáceos.

☐ B. Los programas de mantenimiento con metadona no son recomendables si existe un trastorno antisocial de la personalidad.

☐ C. Los programas de mantenimiento con metadona son recomendables si existe un trastorno límite de la personalidad.

☐ D. La psicoterapia se considera imprescindible si existe un trastorno de la personalidad.

☐ E. La naltrexona puede ser útil si existe un trastorno límite de la personalidad y dependencia de alcohol.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la utilidad de los ISRS es falsa?

☐ A. Son útiles para las dependencias de alcohol con trastorno límite de la personalidad.

☐ B. Modulan las conductas impulsiva y agresiva.

☐ C. No parecen útiles para el tratamiento de la desorganización cognitiva.

☐ D. Pueden contrarrestar la hiposerotonergia encontrada en los trastornos de control de los impulsos.

☐ E. Todas las posibles utilidades terapéuticas de los ISRS han sido estudiadas.

6. Los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad son los de un patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón debe manifestarse en dos (o más) de las dimensiones siguientes, no siendo necesario en una, ¿cuál?:

☐ A. Cognición.

☐ B. Afectividad.

☐ C. Fase onírica.

☐ D. Actividad interpersonal.

☐ E. «Control de los impulsos».

ATENCIÓN A USUARIOS DE COCAÍNA DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES (CAD-4)

7. El tratamiento del abuso/dependencia de cocaína se basa, fundamentalmente:

☐ A. En la utilización de fármacos agonistas.

☐ B. En la utilización conjunta de antagonistas y psicoterapia.

☐ C. En el abordaje psicoterapéutico y el uso de fármacos que reduzcan la sintomatología asociada.

☐ D. En el abordaje psicoterapéutico en formato estrictamente grupal.

☐ E. No se ha encontrado ningún tratamiento efectivo para el tratamiento de estos pacientes.

8. Puede afirmarse, a tenor de los datos disponibles, que:

☐ A. El consumo de cocaína apenas provoca problemas ni al usuario ni a su entorno.

☐ B. Es irrelevante la presencia de patologías de urgencia relacionadas con el consumo de cocaína, a diferencia de las presentadas por consumo de heroína.

☐ C. Está perfectamente justificada la tolerancia social del consumo de cocaína dado que éste es perfectamente controlable por el consumidor.

☐ D. El consumo de cocaína se circunscribe a colectivos profesionales de alta cualificación, a un estatus socioeconómico alto y a niveles culturales elevados.

☐ E. La cocaína puede provocar complicaciones graves a nivel fisiológico, psicológico, sociorrelacional, legal.

9. Los usuarios de cocaína, cuando toman conciencia de que tienen un problema:

☐ A. Tradicionalmente acuden a recursos privados de tratamiento.

☐ B. Suelen enmascarar el consumo tras sintomatología afectiva, la cual es el motivo de consulta en atención primaria.

☐ C. Progresivamente han empezado a utilizar recursos públicos de tratamiento.

☐ D. En la actualidad, crece de forma exponencial el volumen de demandas de tratamiento en los recursos específicos de la red pública.

☐ E. Todas las anteriores son ciertas.

10. La interrupción del consumo de cocaína requiere:

☐ A. Ingreso hospitalario en Unidad de Desintoxicación, en todos los casos.

☐ B. Ingreso hospitalario en Unidad de Psiquiatría de Agudos en todos los casos.

☐ C. Ingreso en Comunidad Terapéutica Profesional en todos los casos.

☐ D. Apoyo farmacológico (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos) en todos los casos.

☐ E. Es precisa una valoración individualizada para determinar la necesidad de utilizar uno u otro recursos, sin descartar, en muchos casos, una interrupción abrupta sin sintomatología de gravedad.

11. En el protocolo de tratamiento que se presenta en el artículo, la intervención psicoterapéutica:

☐ A. Se limita a técnicas de *counseling*, suministro de información y apoyo motivacional.

☐ B. Se utilizan técnicas que han demostrado su eficacia en estudios controlados, al menos en el tratamiento de otras dependencias: Prevención de recaídas y Procesos de cambio.

☐ C. Se limita a una intervención individual con el paciente, manteniendo a su familia al margen del proceso, para evitar provocarles una ansiedad innecesaria.

☐ D. Limita sus objetivos a la interrupción del consumo, confiando la continuación del proceso a intervenciones farmacológicas.

☐ E. Se realiza siempre en un contexto ambulatorio.

12. Según la experiencia expuesta, el tratamiento de abusadores/dependientes de cocaína:

☐ A. Es sustancialmente más costoso económicamente que el de heroinómanos o alcohólicos.

☐ B. Requiere tiempos más largos de tratamiento para proporcionar evidencias de mejora.

☐ C. Presenta un mayor nivel de abandonos en fases avanzadas del proceso.

☐ D. Requiere el despliegue de gran cantidad de recursos adicionales para completar la intervención: servicios sociales generales, servicios específicos de índole sanitaria, talleres laborales, grupos de autoayuda, etc.

☐ E. Ninguna de las anteriores es cierta.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CONDUCTAS ADICTIVAS

13. Señale cuál de las siguientes orientaciones de intervención psicológica es la que posee mayor validación científica en al ámbito de intervención de las conductas adictivas:

☐ A. Enfoque psicodinámico.

☐ B. Terapia gestalt.

☐ C. Enfoque cognitivo-conductual.

☐ D. A y C son verdaderas.

☐ E. Ninguna es verdadera.

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde con el Modelo de Prevención de Recaídas de A. Marlatt?

☐ A. Enfoque que combina estrategias de autoayuda con otras de corte psicodinámico.

☐ B. Intervenciones de tipo cognitivo-conductual que ha sido aplicada con resultados muy positivos en el tratamiento de las conductas adictivas.

☐ C. Enfoque dirigido exclusivamente a adolescentes con problemas de alcoholismo.

☐ D. Conjunto de estrategias de intervención familiar.

☐ E. Modelo de intervención destinado a pacientes en Programas de Metadona.

15. Según los principios de tratamiento efectivo propuestos por el NIDA:

☐ A. La duración del tratamiento no es una variable importante.

☐ B. El consejo psicológico es fundamental para el tratamiento efectivo de la drogodependencia.

☐ C. La medicación es un elemento importante en el tratamiento de muchos pacientes.

☐ D. El tratamiento debe de ser siempre voluntario para que éste sea efectivo.

☐ E. Las respuestas B y C son correctas.

16. El procedimiento que entre sus estrategias utiliza la técnica de Economía de Fichas y los interdictores para el alcohol se denomina:

☐ A. Enfoque existencialista.
☐ B. Terapia multisistémico.
☐ C. Terapia dinámica con interdictores.
☐ D. Enfoque de refuerzo comunitario.
☐ E. Ninguna es correcta.

17. La terapia breve:

☐ A. Nunca está indicada en pacientes con problemas derivados del uso de drogas.
☐ B. Es un procedimiento de intervención útil en conductas adictivas.
☐ C. Es un procedimiento muy adecuado para pacientes con severidad adictiva.
☐ D. B y C son correctas.
☐ E. Ninguna respuesta es correcta.

18. El análisis de cogniciones y creencias involucradas en el comportamiento adictivo es fundamentalmente un abordaje de tipo:

☐ A. Cognitivo-conductual.
☐ B. Existencialista.
☐ C. Multisistémico.
☐ D. Psicodinámico.
☐ E. Estratégico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TABAQUISMO

19. En los tratamientos sustitutivos con nicotina (TSN), es cierto que:

☐ A. Se produce un refuerzo positivo de la misma magnitud que con el tabaco.
☐ B. La absorción de la nicotina es más rápida que con la inhalación del humo del tabaco.
☐ C. Las concentraciones máximas de nicotina que se alcanzan son inferiores a las proporcionadas por la inhalación del humo del tabaco.
☐ D. Se produce un bloqueo de los opiáceos endógenos.
☐ E. La eliminación de la nicotina es más rápida que con el tabaco.

20. El análisis exhaustivo de los datos y resultados obtenidos en los primeros estudios con clonidina para dejar de fumar, revelaron:

☐ A. Que los participantes en el estudio presentaban una historia de depresión mayor similar a la población general.
☐ B. Que los fumadores con una historia de depresión mayor tenían más probabilidades de éxito para dejar de fumar que las que no presentaban tales antecedentes.
☐ C. Que la historia de depresión mayor no influía sobre los episodios de humor depresivo durante el período de abstinencia.
☐ D. Que los antidepresivos no presentaban ninguna utilidad en los tratamientos para dejar de fumar.
☐ E. Que los participantes en el estudio presentaban una historia de depresión mayor muy superior a la población general.

21. Con respecto a las tasas de abstinencia tabáquica logradas con el bupropión SR, podemos decir:

☐ A. A los doce meses de tratamiento son similares a las logradas con los parches de nicotina.
☐ B. A las cuatro semanas son similares a las producidas por la bupropión más parche de nicotina.
☐ C. Tanto a las cuatro semanas como a los doce meses, son muy superiores para la combinación bupropión más parche de nicotina que para el bupropión solo.
☐ D. A las cuatro semanas son similares a las obtenidas con placebo y parche de nicotina.
☐ E. A los doce meses aumentan con respecto a las cuatro semanas.

22. Del bupropión SR podemos decir que:
- ☐ A. Uno de los efectos secundarios más frecuentes es la sequedad de boca.
- ☐ B. Produce una marcada y duradera reducción de peso.
- ☐ C. Presenta los mismos efectos adversos que la forma de liberación inmediata.
- ☐ D. El efecto secundario más frecuente es la somnolencia.
- ☐ E. Aunque la reducción de peso no es muy marcada, continúa aun después de finalizado el tratamiento.

23. Cuál de los siguientes fármacos actúa bloqueando los efectos periféricos y a nivel del SNC de la nicotina.
- ☐ A. Naltrexona.
- ☐ B. Lobelina.
- ☐ C. Bupropión.
- ☐ D. Mecamylamina.
- ☐ E. Acetato de plata.

24. En los fumadores con historia de enfermedad cardiovascular:
- ☐ A. Todos TSN están contraindicados.
- ☐ B. Los parches de nicotina son seguros, aunque deberán evitarse en el postinfarto inmediato o en pacientes con angina inestable o severa.
- ☐ C. Se ha demostrado la seguridad de los chicles de nicotina en el postinfarto de miocardio inmediato.
- ☐ D. Sólo están contraindicados los parches de nicotina.
- ☐ E. Sólo están contraindicados los chicles de nicotina.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES TOXICÓMANOS CON INFECCIÓN POR EL VIH

25. Respecto a los métodos de evaluación de la adhesión:
- ☐ A. La monitorización electrónica es un método basado en el biofeedback.
- ☐ B. El análisis serológico es el método más preciso.
- ☐ C. El autoinforme puede ser válido si se reduce la motivación a mentir y se valoran los últimos días.
- ☐ D. El juicio del clínico suele ser fiable y suficiente.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores.

26. Respecto a las nuevas terapias antirretrovirales combinadas:
- ☐ A. La efectividad es muy similar a la eficacia.
- ☐ B. La efectividad ronda el 80-85%.
- ☐ C. La adhesión es un factor poco relevante.
- ☐ D. Una adhesión del 80% es generalmente suficiente.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores es cierta.

27. La probabilidad de que cepas del VIH resistentes a fármacos antirretrovirales sean seleccionadas:
- ☐ A. Son significativas sólo en casos muy excepcionales.
- ☐ B. Depende de la potencia de la medicación antirretroviral.
- ☐ C. Depende de la adhesión al tratamiento antirretroviral.
- ☐ D. B y C.
- ☐ E. Disminuye si el sujeto tiene antecedentes de consumo de tóxicos.

28. La adhesión al tratamiento antirretroviral:
- ☐ A. Es generalmente menor en sujetos con antecedentes de consumo de tóxicos.
- ☐ B. Depende del nivel socioeconómico del sujeto.
- ☐ C. Se ve dificultada con frecuencia por la participación en un programa de mantenimiento con metadona.
- ☐ D. Es independiente del apoyo social.
- ☐ E. Ninguna de las anteriores.

29. En la combinación de metadona y fármacos antirretrovirales:.

☐ A. Lo mejor es administrar un solo antirretroviral (dos como máximo); de esta manera disminuye el riesgo de interacciones.

☐ B. Disminuye la concentración plasmática de AZT.

☐ C. El uso de Nevirapina o Ritonavir puede desencadenar la aparición de síntomas de abstinencia.

☐ D. En el caso de inhibidores no nucleósidos, son frecuentes los efectos de la metadona sobre la medicación antirretroviral.

☐ E. A y C.

30. Respecto a las intervenciones dirigidas a aumentar la adhesión:

☐ A. Han de ser aplicadas de forma constante a lo largo del tratamiento.

☐ B. Hay que proporcionar información sobre el asunto de la resistencia, pero sin insistir demasiado para evitar que el paciente ponga trabas.

☐ C. Es suficiente con evaluar la adhesión una vez al año.

☐ D. Hay que iniciar cuanto antes el tratamiento.

☐ E. No es importante si el clínico está o no familiarizado con el manejo de pacientes toxicómanos.

Respuestas

Trastornos Adictivos, Volumen 2 - N.º 4 - 2000

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 pache 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 antispicóticos 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 angloamericanas.

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 tesauro.

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 aquéllas que requieren el ordenador para su producción, distribución y lectura).