



Respuestas

Volumen 12-N.º 2-2010

EL ABUSO DE DROGAS EN EL MARCO DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

30. ¿Cuáles son los trastornos de comportamiento perturbador que se relacionan con el trastorno por abuso de sustancias?

La respuesta correcta es la c. Comentario: los trastornos de comportamiento perturbador se definen como aquellos trastornos que aparecen en la infancia y la adolescencia y que se caracterizan por una predisposición hacia la inconformidad, un alto grado de impulsividad, desafío a las figuras de autoridad y a las normas y oposición generalizada. Según la DSM-IV, se incluyen en esta categoría los trastornos negativistas-desafiantes, los trastornos disociales y los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

31. ¿Cuáles son las principales variables que se relacionan con el desarrollo de los comportamientos perturbadores?

La respuesta correcta es la b. Comentario: las variables microambientales que incluyen los contextos específicos donde se desenvuelve el adolescente, es decir, la familia, el instituto, el grupo de iguales, etc.; las macroambientales que constituyen el entorno físico, socioeconómico, político y cultural; las biológicas, basadas en las diferencias psicofisiológicas de los individuos y las psicosociales.

32. ¿Qué estilos parentales no se asocian a comportamientos de riesgo de consumo de estupefacientes en adolescentes?

La respuesta correcta es la b. Comentario: el estilo parental autoritativo, en el que los padres emplean un estilo socializador caracterizado por un alto nivel de

control o exigencia (*demandingness*), unido a un alto nivel de afecto y/o responsividad (*responsiveness*).

33. ¿Qué elementos formarían el triángulo básico de intervención preventiva de los comportamientos disociales y el abuso de drogas?

La respuesta correcta es la a. Comentario: la familia, el grupo de iguales y la escuela. El proceso de socialización va a influir de forma determinante en el desarrollo de un posterior trastorno adictivo. Los principales agentes socializadores son: en primer lugar la familia, seguida de la escuela y el grupo de iguales. Según los estudios, una intervención preventiva que actuara sobre estos tres factores sería idónea para prevenir los trastornos por abuso de sustancias asociados a trastornos de conducta previos.

34. ¿Sobre qué tres fenómenos interviene el proyecto "Alianza Temprana" desarrollado por la Universidad de Columbia?

La respuesta correcta es la c. Comentario: existen tres fenómenos especialmente adversos en la infancia y la adolescencia y que suelen aparecer de forma asociada: los problemas de conducta, el abuso de sustancias y el fracaso escolar, por lo cual una intervención que fuera capaz de reducir el riesgo de cada uno de ellos podría ser eficaz para abordar el abuso de drogas en menores con alteraciones conductuales.

35. En el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido con el trastorno por abuso de sustancias (TAS) ¿qué intervención debería llevarse a cabo?

La respuesta correcta es la d. Comentario: el tratamiento que se debería emplear, dada la problemática que rodea a un TDAH (que requiere habitualmente una farmacoterapia basada en derivados anfetamínicos), a

lo que se suma que el TAS, especialmente cuando es crónico y severo, responde pobremente a la mayoría de tratamientos, es un tratamiento multimodal que debería contar con educación al paciente y a los familiares sobre la enfermedad y, por supuesto, farmacoterapia. En cualquier caso, es prioritario estabilizar el TAS antes de iniciar cualquier tratamiento.

CREENCIAS Y MOTIVOS ASOCIADOS AL CONSUMO Y NO CONSUMO DE COCAÍNA EN POBLACIÓN NO ESCOLARIZADA DE VALENCIA (ESPAÑA)

36. Según los autores del artículo, ¿por qué se considera relevante evaluar las creencias más comunes y con mayor potencial de riesgo para el consumo de cocaína en población escolarizada?

La respuesta correcta es la b. Comentario: determinar qué creencias o percepciones sobre el consumo de cocaína es necesario reforzar o desmitificar en los programas preventivos es de gran importancia a la hora de diseñar mensajes publicitarios o charlas preventivas que tengan mayor relevancia para la prevención del consumo de cocaína en población escolarizada.

37. ¿Qué tipo de creencias tienen un alto potencial protector para evitar el consumo de cocaína?

La respuesta correcta es la e. Comentario: las creencias significativamente asociadas con *no haber consumido la cocaína* fueron: nos lleva a consumir otras drogas (*odds ratio* [OR] = 2,08), responder negativamente “si controlas no pasa nada” (OR = 4,08), provoca muchos accidentes (OR = 2,34), perjudica a las personas de alrededor (OR = 2,45) e induce a cometer delitos (OR = 1,77).

38. ¿Cuáles fueron los motivos para el no consumo de cocaína señalados por más de la mitad de los encuestados?

La respuesta correcta es la d. Comentario: los motivos para no consumir señalados con mayor frecuencia entre los que no han consumido cocaína son: no consumir porque perjudica la salud física y mental (73,3%), por sentirse bien y no hacerle falta consumir (69,6%) y porque sabe divertirse sin consumir drogas (61,1%).

39. ¿Que motivos para el consumo de cocaína fueron significativamente señalados en mayor proporción por los chicos respecto a las chicas?

La respuesta correcta es la c. Comentario: los motivos para mantener relaciones sexuales y “aguantar más”, fueron significativamente señalados en mayor proporción por los chicos respecto a las chicas ($p < 0,05$).

40. ¿Qué motivos para el consumo están potencialmente asociados con el consumo ocasional? (por ejemplo, los fines de semana).

La respuesta correcta es la a. Comentario: para aguantar más (OR = 6,50) y para divertirse (OR = 4,77), fueron los motivos para el consumo significativamente asociados con “consumir de vez en cuando” (por ejemplo, los fines de semana).

41. ¿Qué creencias sobre la cocaína y su consumo están significativamente asociadas con el consumo ocasional?

La respuesta correcta es la e. Comentario: entre los que refieren *consumirla de vez en cuando* (por ejemplo, los fines de semana), las creencias más asociadas con este tipo de consumo son: no nos lleva a consumir otras drogas (OR = 2,65) y señalar que es bueno el consumo para algo (OR = 15,68) (ej. *es bueno para alguna enfermedad, para parecer mayor, quitar la borrachera, relajarse*).

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN PACIENTES ADULTOS CON DEPENDENCIA A LA COCAÍNA: UTILIDAD DE LOS NUEVOS SÍNTOMAS DE FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO DE BARKLEY

42. ¿Cuáles son las principales dificultades a la hora de realizar un diagnóstico de TDAH en la edad adulta en personas con un trastorno por consumo de sustancias (TCS)?

La respuesta correcta es la e. Comentario: el diagnóstico de TDAH entre pacientes con trastornos por TCS no está exento de dificultades. Por un lado, existen algunos síntomas característicos de la intoxicación o abstinencia del consumo de sustancias que pueden confundir al clínico a la hora de realizar el diagnóstico. Por otro lado, el propio consumo de sustancias puede provocar alteraciones de la función ejecutiva y la impulsividad.

43. ¿Por qué es importante considerar en pacientes adultos consumidores de cocaína la posible existencia de un TDAH en la edad adulta?

La respuesta correcta es la d. Comentario: los estudios realizados hasta la fecha en muestras de consumidores de cocaína sitúan la prevalencia de TDAH entre un 12 y un 35%. Asimismo, un número importante de los consumidores de cocaína que son diagnosticados de TDAH en la edad adulta no han sido diagnosticados de este trastorno durante su infancia y, por tanto, no han sido tratados adecuadamente.

44. ¿Qué tipo de instrumentos son útiles para realizar el diagnóstico de TDAH?

La respuesta correcta es la c. Comentario: otra de las dificultades diagnósticas del TDAH en la edad adulta es que los criterios DSM-IV que se emplean en la actualidad se desarrollan a partir de los criterios propuestos para la edad infantil. Sin embargo, las personas de edad adulta son fenomenológicamente diferentes a los niños con este trastorno. Por ello, el instrumento que quiera valorar la existencia de un diagnóstico de TDAH de adulto debe adaptar las preguntas a la edad adulta.

45. ¿Qué subtipo de TDAH fue el más frecuente entre la muestra?

La respuesta correcta es la e. Comentario: la prevalencia observada en esta muestra de casos de TDAH en la edad adulta fue del 14,3% (intervalo de confianza [IC] 95%: 6,1-22,5). De ellos, 4 sujetos (5,7%) fueron diagnosticados de TDAH de subtipo combinado, otros 4 (5,7%) de subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo y 2 (2,9%) de TDAH con predominio de déficit de atención.

46. ¿Qué trastorno psiquiátrico fue el más frecuente entre la muestra de TDAH?

La respuesta correcta es la a. Comentario: la prevalencia del trastorno antisocial de personalidad fue el más prevalente entre la muestra con TDAH. Dentro de este grupo estuvo presente en un 50%.

47. ¿Qué medían los ítems de Barkley con mayor magnitud de diferencia entre el grupo con TDAH y sin TDAH?

La respuesta correcta es la c. Comentario: la magnitud de las diferencias entre el grupo con TDAH y sin TDAH es mayor para los ítems 4 (indicador de atención), 6 (indicador de impulsividad) y 9 (indicador de organización y planificación). Todos para una $p < 0,001$.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDAH) Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: DATOS PRELIMINARES DE SEGUIMIENTO EN UNA POBLACIÓN DE SUJETOS JÓVENES

48. ¿Según los autores del artículo, por qué se considera relevante evaluar la comorbilidad asociada al TDAH?

La respuesta correcta es la b. Comentario: el TDAH presenta elevada comorbilidad. La elevada frecuencia de esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en estudios que analizan prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en adultos con TDAH, como en los que analizan la frecuencia de TDAH en adultos que presentan dependencia de sustancias. Lo más común en adolescentes y adultos son trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, conductas adictivas, trastornos del aprendizaje, trastornos de conducta antisocial y trastorno límite de la personalidad.

49. ¿Qué relación se establece entre el TDAH y el trastorno por uso de sustancias?

La respuesta correcta es la e. Comentario: el TDAH parece aumentar el riesgo de un trastorno por uso de sustancias independientemente de otra comorbilidad psiquiátrica: así los adolescentes con diagnóstico previo de TDAH presentan mayor prevalencia de abuso-dependencia de alcohol y otras drogas. Si además existe un trastorno disocial comórbido o un trastorno bipolar comórbido, se incrementa más el riesgo de abuso o dependencia de sustancias. Algunos estudios señalan que

el 50% de los diagnosticados con TDAH en la infancia presentaron problemas de alcohol y otras drogas a lo largo de la vida, mientras que en la población sin TDAH era el 27%. El TDAH es predictor de un comienzo más precoz del abuso de sustancias en adolescentes y la evolución hacia un abuso o dependencia es más rápida que en las personas que no padecen un TDAH.

50. ¿Cuáles son las sustancias más relacionadas con el TDAH?

La respuesta correcta es la d. Comentario: se calcula que entre el 15 y el 45% de los pacientes en tratamiento por un trastorno por uso de sustancias pueden haber padecido un TDAH en la infancia y adolescencia. La cocaína y el cannabis son las sustancias más relacionadas con el TDAH. Así, entre el 31 y el 75% de los pacientes con dependencia al alcohol, el 35% de pacientes cocainómanos, el 17% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona y un número importante de los dependientes al cannabis, cumplen criterios de TDAH. Estos adictos con TDAH presentan peor evolución en el tratamiento de la dependencia de drogas y tienen más riesgo de recaídas en el consumo de sustancias tras la desintoxicación.

51. ¿Qué porcentaje de los adolescentes del estudio presentan trastorno comórbido con TDAH?

La respuesta correcta es la c. Comentario: Quince adolescentes fueron diagnosticados de trastorno comórbido con TDAH, lo que supone el 6,72% de total de los adolescentes atendidos. Todos los adolescentes con diagnóstico de TDAH eran varones. La edad media de estos pacientes era de 17,43 años. El 73% presenta fracaso escolar crónico, previo al consumo de sustancias. En el momento de la demanda el 93% de ellos había fracasado en los estudios e iba por debajo del nivel correspondiente para su edad.

52. ¿Qué relación cronológica existe en nuestra muestra entre consumo de sustancias y TDAH?

La respuesta correcta es la a. Comentario: de los 15 pacientes diagnosticados con TDAH, 11 había recibido un diagnóstico previo de TDAH (73,3%). De ellos habían recibido tratamiento 9 (81,8%). De esos 9, sólo 3 (33,3%) seguían con tratamiento para el TDAH en el momento de ingresar en el programa (4 lo habían abandonado voluntariamente y a 2 les había sido retirado). Durante el tratamiento por el consumo de sustancias, 14 de ellos (93,3%) realizaron tratamiento farmacológico específico para el TDAH (13 recibieron metilfenidato de liberación prolongada [86,7%], y uno recibió metilfenidato de liberación inmediata [6,7%]).

53. ¿Qué retención en el tratamiento presentan los adolescentes consumidores de sustancias con TDAH comórbido?

La respuesta correcta es la e. Comentario: de los pacientes diagnosticados de TDAH, el 33,3% sigue en el programa de tratamiento por su dependencia a sustan-

cias; el 40,0% recibió el alta terapéutica y el 26,7% abandonó el programa voluntariamente.

Los que abandonaron el programa lo hicieron en los primeros 5 meses. La retención en el tratamiento a los 5 meses es del 70,91%. A partir de ese punto temporal la curva de supervivencia permanece estable (hasta 24 meses). El rango de tiempo en tratamiento de los que reciben el alta terapéutica es de 14 a 24 meses. La mayor parte de ellos estuvieron 18 meses en tratamien-

to (66,6%). De los diversos factores analizados (edad, droga de abuso, cannabis como principal droga de abuso, alcohol como principal droga de abuso, diagnóstico previo de TDAH, situación familiar, situación laboral, grado máximo escolar alcanzado, consumo de sustancias durante el programa) el único que parece predecir el abandono es el hecho de que el paciente consuma durante el programa, lo que aumenta el riesgo casi 12 veces.