



Autoevaluación y Formación Continuada en Trastornos Adictivos

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?
- El trastorno antisocial de personalidad.
 - El trastorno disocial, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno límite de personalidad.
 - El trastorno negativista desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno disocial.
 - El trastorno negativista desafiante y el trastorno histriónico de personalidad.
 - El trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno disocial.
31. ¿Cuáles son las principales variables que se relacionan con el desarrollo de los comportamientos perturbadores?
- Variables microambientales, ecológicas y biológicas.
 - Variables microambientales, macroambientales, biológicas y psicosociales.
 - Variables biológicas, psicológicas y sociales.
 - Variables psicosociales y microambientales exclusivamente.
 - Variables macroambientales, ecológicas y familiares.
32. ¿Qué estilos parentales no se asocian a comportamientos de riesgo de consumo de estupefacientes en adolescentes?
- Estilo autoritario.
 - Estilo autoritativo.
 - Estilo negligente.
 - Estilo indulgente.
 - Estilo permisivo.
33. ¿Qué elementos formarían el triángulo básico de intervención preventiva de los comportamientos disociales y el abuso de drogas?
- La familia, el grupo de iguales y la escuela.
 - La comunidad, los amigos y el vecindario.
 - Los padres, los hermanos y los profesores.
 - La pareja, la escuela y la comunidad.
 - El sistema sanitario, el sistema judicial y los servicios sociales.
34. ¿Sobre qué tres fenómenos interviene el proyecto "Alianza Temprana" desarrollado por la Universidad de Columbia?
- Desestructuración familiar, consumo de alcohol, agresividad/impulsividad.
 - Consumo de alcohol, fracaso escolar, grupos de iguales.
 - Problemas de conducta, abuso de sustancias y fracaso escolar.
 - Todas son verdaderas.
 - Todas son falsas.
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?
- Se debería tratar en primer lugar el TDAH, ya que es el factor responsable del TAS.
 - Lo más aconsejable es estabilizar en primer lugar el TAS ya que en caso contrario es probable que no tenga éxito el tratamiento del TDAH.
 - El tratamiento debería ser un acercamiento multimodal similar al que debería emplearse para tratar el TAS por separado.

- d. Las respuestas b y c son correctas.
- e. Todas son falsas.

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?

- a. Con el fin de tener un registro de las creencias más comunes que se tiene sobre el consumo de cocaína.
- b. Con el objeto de determinar qué creencias o percepciones sobre el consumo de cocaína es necesario reforzar o desmitificar en los programas preventivos para el consumo de cocaína en población escolarizada.
- c. Con el fin de realizar futuros estudios comparativos con otras poblaciones escolares en diversos contextos culturales.
- d. Con el objeto de realizar futuros estudios comparativos con muestras de mayor edad respecto a las creencias más comunes sobre el consumo.
- e. Para poder determinar percepciones de riesgo sobre el consumo.

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

- a. Si controlas no pasa nada; provoca muchos accidentes; induce a cometer delitos.
- b. Perjudica a las personas de alrededor; crea dependencia; provoca problemas familiares.
- c. Crea dependencia.
- d. Pueden ocurrir experiencias adversas en la esfera individual (física y mental) aun cuando se perciba que se controla el consumo.
- e. Aquellas creencias relacionadas con afirmar que pueden ocurrir consecuencias adversas tanto en la esfera individual (física y mental) como a las personas de alrededor, aunque se perciba que se controla el consumo.

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

- a. Porque perjudica su salud física y mental; porque el consumo crea problemas personales y familiares.
- b. Porque perjudica la salud física y mental; porque el consumo crea problemas personales y familiares; porque sus padres no lo aceptarían.
- c. Porque sabe divertirse sin consumir drogas; porque no se fía de sí mismo, ni de su control; porque perjudica su salud física y mental.
- d. Porque se siente bien y no le hace falta consumir; porque le perjudica la salud física y mental; porque sabe divertirse sin consumir drogas.

- e. Porque perjudica la salud física y mental; porque el consumo crea problemas personales y familiares; porque son caras.

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

- a. Para aguantar más, divertirse, y experimentar nuevas sensaciones.
- b. Para mantener relaciones sexuales y divertirse.
- c. Para mantener relaciones sexuales y aguantar más.
- d. Para aguantar más y olvidarse de sus problemas.
- e. Para aguantar más y divertirse.

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

- a. Para aguantar más y para divertirse
- b. Para aguantar más y bailar.
- c. Para olvidarse de sus problemas y divertirse.
- d. Para mantener relaciones sexuales y olvidarse de sus problemas.
- e. Para experimentar nuevas sensaciones y divertirse.

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

- a. No nos lleva a consumir otras drogas.
- b. Nos lleva a consumir otras drogas; “si controlas no pasa nada”; provoca muchos accidentes; perjudica a las personas de alrededor.
- c. No provoca muchos accidentes; induce a cometer delitos.
- d. Provoca muchos accidentes; no sabes de qué está hecho en muchas ocasiones.
- e. No nos lleva a consumir otras drogas y su consumo es bueno para “algo”.

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH) EN PACIENTES ADULTOS CON DEPENDENCIA DE 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)?

- a. El tiempo que se requiere para el diagnóstico.
- b. Que el diagnóstico siempre se debe realizar en presencia de los familiares cercanos del paciente.
- c. Que determinados síntomas de la intoxicación o abstinencia de las sustancias pueden esconder síntomas del TDAH.
- d. Que el consumo de sustancias puede estar relacionado con alteraciones en la función ejecutiva y en la impulsividad.
- e. Las respuestas b y d son correctas.

43. ¿Por qué es importante considerar en pacientes adultos consumidores de cocaína la posible existencia de un TDAH en la edad adulta?
- Porque es interesante conocer al paciente con mayor profundidad.
 - Porque podemos realizar futuros estudios comparativos con otras muestras.
 - Para poder descartar otro tipo de trastornos psiquiátricos comórbidos.
 - Porque entre los pacientes consumidores de cocaína la prevalencia es más alta que en la población general y existe un elevado porcentaje que no ha sido diagnosticado en la edad adulta.
 - Porque a cada paciente se le debe realizar una evaluación psicopatológica completa.
44. ¿Qué tipo de instrumentos son útiles para realizar el diagnóstico de TDAH?
- Cualquier instrumento que valore psicopatología general.
 - Cualquier instrumento de *screening* que valore síntomas del TDAH.
 - Aquellos instrumentos que contengan preguntas relacionadas con los criterios diagnósticos del TDAH adaptados para adultos.
 - Cualquier instrumento que valore TDAH, incluidos aquéllos que valoran sólo el TDAH en edad infantil.
 - Todas son falsas.
45. ¿Qué subtipo de TDAH fue el más frecuente entre la muestra?
- Todos los subtipos fueron igualmente frecuentes.
 - El subtipo combinado.
 - El subtipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
 - El subtipo con predominio de déficit de atención.
 - La respuestas b y c son correctas.
46. ¿Qué trastorno psiquiátrico fue el más frecuente entre la muestra de TDAH?
- El trastorno antisocial de la personalidad.
 - Los trastornos del estado de ánimo.
 - Los trastornos de ansiedad.
 - No existió presencia de otros trastornos mentales comórbidos en los pacientes diagnosticados de TDAH.
 - El trastorno límite de personalidad.
47. ¿Qué medían los ítems de Barkley con mayor magnitud de diferencia entre el grupo con TDAH y sin TDAH?
- La presencia de síntomas depresivos.
 - La presencia de síntomas psicóticos inducidos por el consumo de cocaína.
 - Indicador de alteraciones en la atención, impulsividad, organización y planificación.
 - Rasgos de personalidad negativista desafiante.
 - Ninguna de las respuestas es correcta.

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?
- Porque esta comorbilidad es excepcional aunque muy importante en aquéllos que la presentan.
 - El TDAH presenta elevada comorbilidad, puesta de manifiesto en los estudios que analizan la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en adultos con TDAH.
 - Porque los trastornos psicóticos son muy frecuentes en los adolescentes con TDAH.
 - Porque aunque es elevada la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en adultos con TDAH, no es frecuente el TDAH en aquéllos con dependencia de sustancias.
 - Porque esta comorbilidad es indicativa de otros trastornos asociados.
49. ¿Qué relación se establece entre el TDAH y el trastorno por uso de sustancias?
- El TDAH aumenta el riesgo de padecer un trastorno por uso de sustancias sólo si se acompaña de otro trastorno psiquiátrico.
 - El 20% de los diagnosticados con TDAH en la infancia presentarán problemas de alcohol y otras drogas a lo largo de la vida.
 - El TDAH retrasa la edad de inicio del consumo de sustancias.
 - El consumo de alcohol, pero no el de otras drogas, es más frecuente entre los diagnosticados de TDAH.
 - El TDAH aumenta el riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias en adolescentes, principalmente si existe un trastorno disocial comórbido.
50. ¿Cuáles son las sustancias más relacionadas con el TDAH?
- Todas las sustancias se relacionan por igual, sin que se modifique la evolución del consumo por el TDAH.
 - El alcohol es la sustancia más relacionada. Las otras sustancias tienen una muy baja presentación.
 - Sólo la heroína se relaciona con la presentación de TDAH.
 - La cocaína y el cannabis son las sustancias más relacionadas con el TDAH. Así el 35% de los pacientes cocainómanos y un número importante de los dependientes al cannabis cumplen criterios de TDAH.
 - La cocaína y el cannabis se relacionan con el TDAH, y presentan una mejor evolución en la dependencia de sustancias.
51. ¿Que porcentaje de los adolescentes del estudio presentan trastorno comórbido con TDAH?
- El 6,7% de los varones y el 5% de las mujeres presentan TDAH.
 - El 20% de la muestra lo presenta.

- c. El 6,72% de los adolescentes del estudio presentan TDAH. Son todos varones.
- d. El 6,72% de la muestra que presentaba un 100% de fracaso escolar previo.
- e. El mismo que el señalado en adolescentes sin consumo de sustancias.

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

- a. El diagnóstico de TDAH se realizó de forma previa al consumo de sustancias en la mayoría de ellos.
- b. El diagnóstico de TDAH se realizó en la mayoría de forma posterior al de consumo de sustancias.
- c. En el 50% de los adolescentes el diagnóstico de TDAH se realizó de forma previa al consumo.
- d. El diagnóstico de TDAH se realizó de forma previa al consumo de sustancias y la mayoría recibía tratamiento al llegar al programa.

- e. Sólo el 26,7% había recibido el diagnóstico previo al consumo de sustancias.

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

- a. La retención en el tratamiento a los 5 meses fue del 52%.
- b. La retención se relacionó con diversos factores como edad, droga principal de abuso y escolarización alcanzada.
- c. La retención en el tratamiento fue mayor en aquellos que consumían cannabis y no alcohol.
- d. La retención de los adolescentes con TDAH en el programa es mayor que la de aquellos sin TDAH.
- e. La retención en el tratamiento a los 18 meses fue del 66,6%.