

## OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko 1699/2011  
Erabakiaren bidez egindako  
Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA  
216 Zkia. 2011ko azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado  
por Resolución nº 1699/2011 de 28 de  
octubre de 2011 (BOPV Nº 216 de 15  
de noviembre de 2011)

**KATEGORIA: FAK. ESP. HAURRENTZAKO PSIKIATRIAKO MEDIKUA**

**CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO PSIQUIATRÍA INFANTIL**

**Proba eguna / Fecha prueba:**  
**2012ko martxoaren 18a / 18 de marzo de 2012.**

**2. ariketa / 2º ejercicio**

### CASO PRACTICO 1

Varón que a los 16 meses ha sido ingresado es un servicio de pediatría hospitalaria por presentar crisis permanentes de irritabilidad y gritos, y comportamientos autolesivos cada vez que le acuestan para dormir (cabeceos con golpeo de barrotes de la cuna, se araña la cara, se tira del pelo con desesperación y llanto hasta llegar a veces a arrancárselo). El examen pediátrico no revela ninguna anomalía somática, salvo la presencia de equimosis craneo-frontales relacionadas con la persistencia de los golpes que da con su cabeza. El psiquiatra que asiste en interconsulta a la unidad de pediatría observa que reacciona con este comportamiento y también con turbulencia e inquietud extrema ante cualquier frustración. Se decide su derivación al servicio de psiquiatría.

En las primeras entrevistas se muestra participativo, despierto, curioso y muestra placer en las actividades lúdicas que se le proponen. Su desarrollo psicomotor es calificado de normal. Durante varias semanas sigue presentando equimosis frontales y los padres refieren que en casa y en la guardería, sigue "arrollando con la cabeza todo lo que pillá por delante" en cuanto le niegan algo. Se observa, en las sesiones de exploración, que no suele quejarse cuando "embiste" con su cabeza por propia iniciativa pero llora como cualquier niño de su edad, cuando recibe casual e inesperadamente algún golpe débil.

Nacido a término tras embarazo y parto normales, ha sido criado y amamantado en casa por su madre hasta los tres meses en que es enviado a una guardería en la que permanece hasta los 7 meses. A esta edad, y hasta los 12-13 meses, comienza a ser cuidado en casa "por varias chicas jóvenes, hijas de vecinas o amigas, sin experiencia" de las que la madre sospecha que han podido "tratarle mal e incluso pegarle" aunque no tiene pruebas de ello, razón por la que "ha ido echando a todas". Para la madre es en este periodo cuando comenzó su inquietud e irritabilidad "aunque nunca ha dormido ni bien ni tranquilo". El padre y la madre, ambos de 23 años, comparten trabajo en la hostelería con horarios muy prolongados. En numerosas ocasiones, y a diversas horas del día y de la noche, han optado por llevar al niño en la cuna a su lugar de trabajo, propiedad de la familia, ante lo desesperado de su situación. Ambos decidieron dejar sus hogares paternos y comenzar a vivir juntos antes de cumplir los diecinueve años, tras cuatro de noviazgo.

Los padres refieren tras las primeras cinco consultas, realizadas en dos meses, conjunta o alternativamente con niño y padres, que la sintomatología ha remitido notablemente y duerme mejor por la noche, aunque le cuesta coger el sueño. Además han decidido y conseguido que vuelva a la guardería "aunque las monitoras nos tienen que ayudar mucho para conseguir que se quede sin montar la escandalera".

1.- **A FALTA DE MÁS DATOS CLÍNICOS QUE PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA PARECE MÁS PROBABLE:**

- a) Trastorno oposicionista desafiante
- b) Hiperactividad y apego inseguro
- c) Trastorno del espectro autista
- d) Disarmonía evolutiva con predominio de mecanismos neuróticos

2.- **QUE TIPO DE PRUEBA DE EXPLORACIÓN PARECE MENOS INDICADA:**

- a) Exploración del lenguaje
- b) Test-escalas de Bailey
- c) Escala de evaluación de Brazelton
- d) Observación del juego espontáneo

3.- **EN LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CUAL PARECE MÁS FÁCILMENTE DESCARTABLE A LA VISTA DE LOS DATOS CLÍNICOS:**

- a) Psicosis simbiótica
- b) Trastorno de ansiedad por apego inseguro
- c) Trastorno del vínculo y de las interacciones precoces
- d) Hiperactividad

4.- **EN CONDICIONES DE PODER CONTAR CON TODO TIPO DE RECURSOS TERAPÉUTICOS CUAL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES ESTARÍA MÁS INDICADA:**

- a) Psicoterapia intensiva individual del niño
- b) Psicoterapia de la madre
- c) Psicoterapia de pareja
- d) Psicoterapia conjunta padres-niño

5.- **QUÉ DATOS CLÍNICOS COMPLEMENTARIOS SERÍAN MENOS PRIORITARIOS PARA COMPLETAR EL DIAGNÓSTICO:**

- a) Exploración de capacidad de comunicación mímica
- b) Estudio detallado de lenguaje preverbal y verbal
- c) Presencia de ansiedad de separación
- d) Tests/evaluación de capacidades cognitivas

**PREGUNTA DE RESERVA**

6.- **ENTRE LOS DATOS DE ANAMNÉSIS RECOGIDOS CUAL PARECE TENER UNA RELACIÓN ETIOPATOGÉNICA RELEVANTE CON LOS SÍNTOMAS:**

- a) Los traumatismos craneo-encefálicos repetidos
- b) La patología parental
- c) Las condiciones de la crianza
- d) El insomnio

## CASO PRACTICO 2

VARÓN DE 13 AÑOS 10 MESES DE EDAD

MOTIVO DE CONSULTA: ABSENTISMO ESCOLAR

### **PRIMERA ENTREVISTA:**

Acuden los padres solos, habían anulado la cita anterior ante la negativa del chico para acudir a la consulta, se les informa a los padres de la posibilidad de acudir ellos solos para valorar la situación.

Desde las vacaciones navideñas no ha retomado las clases. Al principio salía de casa pero se quedaba dando vueltas solo, desde el centro escolar avisan de las faltas de asistencia.

Antecedentes personales e historia del desarrollo.

Es el segundo de tres hermanos, todos varones de edades comprendidas entre los 15 y los 11 años, vive en el domicilio familiar con los padres, nivel socioeconómico medio alto, padres con formación universitaria, ambos trabajan.

Embarazo y parto sin incidentes, lactancia materna hasta los 27 meses, la madre refiere "me gustaba" y el consejo pediátrico era seguir... para el destete utilizó un "truco" untarse el pecho con un sustancia que sabe mal "así en lugar de quitarle el pecho fue él quien lo dejó". Desarrollo psicomotor y del lenguaje sin incidencias, control de esfínteres con dos años y medio diurno y nocturno, duerme solo desde los dos años y medio, hasta entonces en la habitación de los padres. La madre le daba pecho varias veces durante la noche lo refiere como cansado pero placentero.

Socialización y escolarización: Guardería con 8 meses, lloraba cuando le dejaban, luego se le pasaba, pero no comía nada. Le duró más de un mes. Pasó al aula de dos años y durante meses no hablaba a su profesora, a pesar de tener un desarrollo normal del lenguaje y hablar con compañeros y en casa.

Refieren el comienzo de las dificultades actuales en enero del año pasado, también tras las vacaciones navideñas deja de acudir a clase. Coincidiendo con un cuadro febril de predominio matutino que conllevó varias exploraciones somáticas (ECG, TAC, RX, Cultivos, etc.) y tratamientos, sin llegar a filiar un síndrome orgánico que justificara la sintomatología. Es remitido a consulta de psicología infantil en el mismo hospital presentando una evolución favorable, reanuda sus estudios tras las vacaciones de Semana Santa, termina el curso con buenos resultados. En verano pasa un mes fuera de casa en el extranjero para practicar inglés con buena adaptación. Mantiene consultas de seguimiento hasta octubre de 2011, que es dado de alta.

No relacionan con ningún desencadenante externo. Han investigado posibles causas en el medio escolar sin encontrar motivo aparente, buen rendimiento escolar buenas relaciones sociales, es delegado en su clase, no consumo de tóxicos. Refieren cambios puberales rápidos y quejas sobre la inmadurez de sus compañeros, "que son unos niños".

Actualmente se levanta tarde, se queda en casa viendo la televisión y sale con amigos los fines de semana. Mantiene su actividad deportiva, aunque no muestra el entusiasmo habitual, y comienza a poner excusas (quejas somáticas diversas) para no acudir a los entrenamientos.

Los padres están de acuerdo cuando describen a su hijo como un chico "tímido, más retraído que sus hermanos". Las normas y el orden no van con él "más fácil conseguir las cosas a las buenas, que a las malas es difícil que acceda "si dice que no es que no". Últimamente más caótico en cuanto al orden e higiene, incluso para dormir puede hacerlo en cualquier sitio, tumbado en el suelo, el sofá, debajo de la mesa de su cuarto, la madre le dice que "parece querer estar dentro de una burbuja como refugiado", a lo que él contesta que es cierto, no le cuesta pedir perdón, pero sí acudir a clase con las tareas sin terminar, últimamente dilataba el momento de hacerlas a pesar del recordatorio de los padres, esto se convertía en el argumento para no ir a clase al día siguiente. No refieren comportamientos, ni pensamientos extraños, creen que está sufriendo, aunque no le perciben bajo de ánimo, sueño y apetito conservados. Mantiene relación de confianza con un miembro adulto joven de la familia con quien habla de todo, pero en lo referente al tema escolar está cerrado.

Muestran una actitud entre resignada y pesimista, dicen sentirse impotentes ante la negativa del chico a hacer cualquier cosa, (levantarse por la mañana, acudir a la consulta, temen que deje otras actividades) han bajado sus expectativas con respecto al futuro profesional. Ha tenido un episodio de agresividad con su hermano mayor que intentó levantarlo de la cama para que fuera al instituto, achacando a los padres que ellos no hacen nada, forcejearon, se golpeó la mano, la madre estaba presente, no le llevaron al médico hasta pasados varios días, "no quería ir", tenía una fractura. El padre durante estos últimos meses tiene una ampliación del horario laboral y no está en casa hasta la tarde, se siente incapaz de reconducir la situación, en alguna ocasión le ha presionado y se encerró en el cuarto de baño varias horas, se mantiene en un tono afectivo neutro. La madre aparece preocupada, muy ansiosa y desbordada, sudoración profusa en la entrevista. Han consultado con servicios sociales de base la posibilidad de que un educador acuda al domicilio para ayudarles. Las promesas de retomar su actividad académica son frecuentes pero siempre "para mañana", lleva 2 meses largos sin acudir al centro escolar, con un deterioro progresivo de su comportamiento evitando asumir las responsabilidades propias de su edad

**7.- EN LA PRIMERA ENTREVISTA CON EL CHICO LA ACTITUD DEL CLÍNICO MÁS ADECUADA SERÍA:**

- a) Priorizar el establecimiento de la alianza terapéutica
- b) Indicar una valoración de capacidades cognitivas
- c) Instaurar tratamiento psicofarmacológico para disminuir la ansiedad y favorecer la vuelta al instituto
- d) Proponer que mientras no vaya al centro escolar no realice actividades deportivas

**8.- CON LOS DATOS DE ESTA PRIMERA ENTREVISTA ,QUE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA LE PARECE MÁS ACERTADA:**

- a) Trastorno Disocial
- b) Rechazo ansioso de la escuela ,según la bibliografía médica anglosajona, o Fobia escolar según la literatura francófona
- c) Trastorno Adaptativo a los cambios que supone el paso a la educación secundaria y la entrada en la pubertad
- d) Descompensación psicótica en la adolescencia

**9.- EN TÉRMINOS EPIDEMIOLÓGICOS SEGÚN LA REVISIÓN REALIZADA POR D. MARCELLI Y A. BRACONNIER LA REANUDACIÓN DE LA ESCOLARIDAD SE RELACIONA POSITIVAMENTE CON:**

- a) Ser chica adolescente (16 años o más )
- b) Ser el hermano pequeño
- c) No Haber tenido una experiencia de separación en la infancia
- d) No haber experimentado dificultades de separación en el parvulario y la primaria

**10.- EL ABORDAJE TERAPEÚTICO MÁS ACONSEJABLE SERÍA:**

- a) Tratamiento psicofarmacológico probablemente ISRS para aliviar la ansiedad y el repliegue depresivo
- b) Psicoterapia individual asociada con cambios en el marco de vida
- c) Intervención familiar
- d) Todas ellas

**11.- CON RESPECTO A LA EXPLORACION DEL CASO DEBERÁ TENER EN CUENTA TODO LO SIGUIENTE EXCEPTO:**

- a) Es irrelevante el hecho de haber presentado sintomatología fundamentalmente somática
- b) Durante la adolescencia cuanto más graves son los conflictos psíquicos mayor será la sexualización del pensamiento
- c) Los trastornos de la escolaridad pueden ser los primeros signos de un estado de descompensación psicótica incipiente
- d) Es frecuente la asociación de manifestaciones ansiosas y depresivas en la fobia escolar del adolescente

**PREGUNTA DE RESERVA**

- 12.- **LA HISTORIA DEL DESARROLLO ES SUGESTIVA DE**
- a) Buena gestión de la rebeldía y agresividad propias de la adolescencia
  - b) Debilidad de las funciones parentales
  - c) Ansiedades de separación adecuadas a la edad en la primera infancia
  - d) Fracaso escolar encubierto

### CASO PRACTICO 3

#### Volante del pediatra:

Paciente de 4 años que presenta encopresis, nunca ha hecho deposiciones de manera espontánea, necesitando siempre ayuda. La madre comenta que normalmente hace esfuerzos para no defecar, tiene mucho miedo a sentarse en el inodoro. Ha empeorado desde hace dos meses, tras el nacimiento de un hermano. Tiene dificultades en el colegio, pues es muy movido y le cuesta seguir las normas.

La preocupación de los padres es la de la dificultad para defecar. Se escónde, o sale al jardín y lo hace allí.

#### Historia del desarrollo:

-Embarazo normal. El parto va bien, pero a las pocas horas tiene un vómito marrón, se puso cianótico y hace una apnea, que se recupera tras aspiración de secreciones. Posteriormente, se ha atragantado en dos ocasiones, la primera al meterse un palo en la boca y la segunda por llenar la boca de chuches. La madre lo lleva muy mal. Lloro al recordarlo.

-Desarrollo psicomotor bueno, andar a los 12 meses

-Retraso del lenguaje, se le entiende poco, aunque los padres no le dan importancia. El padre habla todo el rato en euskera durante la entrevista, tanto si se dirige al terapeuta como al niño o a la madre, a pesar de que la madre ha dicho que ella prefiere hablar en castellano. El niño habla en castellano y cuando el padre fuerza, dice alguna palabra en euskera.

#### Exploración:

El niño entra como un torbellino en el despacho, no calla, aunque se le entiende poco. No mira ni una sola vez hasta que le obligan sus padres. Contesta a lo que estos le preguntan, repitiendo las palabras que han dicho sus padres como un papagayo. La madre dice que está asustado, pues le ha preguntado si le iban a cortar la tripiña. Obedece a los padres, pero de manera indiferenciada.

Juega con lo que hay en el despacho, pero no permite la participación en su juego. Encuentra un coche, que debe de ser igual a uno que él tiene y no es capaz de entender que el suyo no lo ha traído.



**13.- ¿QUÉ RESALTARÍA RESPECTO A LA SINTOMATOLOGÍA DEL NIÑO?**

- a) La anamnesis debería de centrarse en la encopresis
- b) El tipo de relación que establece el niño en la primera entrevista no es significativo porque viene asustado, "miedo a que le corten la tripita", y aún no nos conoce.
- c) La encopresis no se considera patológica antes de los cinco años, por lo que este síntoma no es preocupante.
- d) La dificultad de contacto del niño es el signo más preocupante.

**14.- RESPECTO A LAS DIFICULTADES DEL LENGUAJE**

- a) El trastorno del lenguaje es importante en el diagnóstico de este niño, por la manera repetitiva y poco diferenciada en que lo utiliza.
- b) El retraso del lenguaje es poco significativo en este caso, por tratarse de un niño bilingüe, de corta edad.
- c) Debería de ser derivado a logopedia como primera medida.
- d) El lenguaje es la expresión máxima de la capacidad de simbolización, por lo que su dificultad nos tiene que hacer pensar en todos los casos en patología mental grave.

**15.- RESPECTO AL DIAGNÓSTICO**

- a) Es necesario darse más entrevistas antes de concretar un diagnóstico.
- b) El diagnóstico más probable es el de encopresis en un niño con maduración más lenta.
- c) La apnea postparto nos tiene que hacer pensar en daño cerebral, de ahí el retraso madurativo.
- d) Se trata de un trastorno de hiperactividad acompañado de trastorno del lenguaje y encopresis.

**16.- RESPECTO A LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE-10 SE INCLUIRÍA EN:**

- a) Trastorno del lenguaje
- b) Encopresis
- c) Trastorno generalizado del desarrollo
- d) Trastorno de hiperactividad

**17.- RESPECTO AL TRATAMIENTO:**

- a) El tratamiento farmacológico es de primera elección
- b) El trabajo con la familia debe de ser el principal objetivo de la intervención
- c) El pronóstico es bueno con poca intervención, pues madurará con el tiempo
- d) El niño probablemente necesitará tratamiento intensivo tanto familiar como individual

**PREGUNTA DE RESERVA**

**18.- ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS ES DECISIVA PARA EL DIAGNÓSTICO?**

- a) Realizar test de inteligencia para saber si hay retraso mental, pues este diagnóstico invalidaría el resto.
- b) Hay que pensar en una desorganización psíquica bastante generalizada, pues hay varios campos afectados.
- c) Valoración del tipo de retraso del lenguaje.
- d) Interconsulta en digestivo para descartar problemas físicos que expliquen su encopresis.

#### CASO PRACTICO 4

Felipe es un joven de 16 años, ingresa en el hospital por un intento de autólisis. Se había intentado ahorcar. Cuando se le encontró, en un centro de menores, estaba completamente cianótico y semiinconsciente. Aquel mismo día había sido trasladado de otro centro de menores y se le veía muy ausente.

Durante el ingreso, Felipe se mostraba reticente a la hora de hablar, a excepción de explicar que quería matarse y que nadie podía detenerle. Admitió haber tenido a lo largo de las últimas dos semanas un estado de ánimo depresivo, disminución del apetito, disminución del interés por las cosas, sentimientos de culpabilidad e ideación suicida.

Según sus padres, Felipe no había padecido nunca ningún tipo de trastorno emocional hasta que a la edad de 12 años empezó a relacionarse con el mundo de la droga, especialmente con estupefaciente como LSD y marihuana. Sus notas bajaron drásticamente, se escapó de casa en varias ocasiones después de reñir con sus padres, y llevó a cabo un intento de autólisis mediante una sobredosis de paracetamol. Un año después fue expulsado de la escuela como consecuencia de una disputa con su director. A los 14 años acudió a tratamiento a Unidad de Psiquiatría Infantil mejorando en su conducta y en la relación con sus padres. Durante unos meses Felipe realizó una vida normal, acudió al colegio, no se volvió a ver involucrado en ningún tipo de actividad ilegal, incluido el uso de estupefacientes.

Sin embargo, 6 meses antes de su ingreso en el hospital Felipe volvió a consumir drogas, y a lo largo de 2 semanas intentó dejar las drogas en repetidas ocasiones sin conseguirlo, siempre consumía en solitario. Recuerda sentirse deprimido, pero no sabe si el descenso del estado de ánimo fue antes o después de volver a tomar drogas. Se le remitió a tratamiento a un centro hospitalario, donde su conducta fue tan buena que se le dio el alta para volver a su casa a las tres semanas. Un día después de volver a casa, impulsivamente robó un coche y se fugó de su domicilio. Fue detenido e ingresado de nuevo en un centro de menores. La depresión de Felipe empezó poco tiempo después y según él, su sentimiento de culpabilidad por lo que había hecho a sus padres le condujo al intento de suicidio.

19.- **SEGÚN EL DSM-IV TR CUAL ES EL DIAGNÓSTICO MÁS APROPIADO PARA FELIPE**

- a) Trastorno disocial; trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
- b) Trastorno disocial; trastorno depresivo recidivante, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
- c) Trastorno negativista desafiante; trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos
- d) Todos los anteriores

20.- **ATENDIENDO A CRITERIOS DE LA CIE-10, FELIPE DEBERÍA SER DIAGNÓSTICADO DE:**

- a) Trastorno hiperquinético disocial
- b) Trastorno disocial limitado al contexto familiar
- c) Trastorno disocial depresivo
- d) Todos los anteriores

21.- **DE TODAS LAS EXPLORACIONES SIGUIENTES CUAL ESTA MÁS JUSTIFICADA PARA HACER RUTINARIAMENTE EN ESTE PACIENTE**

- a) Determinación de catecolaminas en sangre
- b) Un EEG
- c) Análisis para detectar consumo de drogas en orina
- d) Un TAC craneal

22.- **EL TRASTORNO DISOCIAL PRESENTA UNA IMPORTANTE. COMORBILIDAD. SEÑALE LA RESPUESTA FALSA:**

- a) El trastorno disocial y los trastornos depresivos presentan una comorbilidad sustancial
- b) Puede coexistir con un Trastorno Negativista Desafiante
- c) Los trastornos del aprendizaje también pueden se asociar a un Trastorno disocial
- d) Los trastornos por abuso de sustancias son frecuentes en estos pacientes.

23.- **RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DISOCIALES. SEÑALE LA FALSA:**

- a) Los programas de tratamiento son más eficaces para disminuir los síntomas manifiestos que los encubiertos de este trastorno
- b) La psicoterapia individual de tipo conductual es beneficiosa
- c) El tratamiento en el trastorno disocial debe ir encaminado a corregir la comorbilidad
- d) La carbameceptina es superior al placebo para disminuir la agresividad

**PREGUNTA DE RESERVA**

24.- **CUAL DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO ES MENOS IMPORTANTE PARA QUE UN ADOLESCENTE COMETA UN INTENTO DE SUICIDIO**

- a) Depresión
- b) Consumo de sustancias
- c) Ideas delirantes
- d) Antecedentes de conducta agresiva

## CASO PRACTICO 5

### MOTIVO DE CONSULTA:

Niña de 11 años y 7 meses a quien su madre trae a consulta remitidos por el pediatra porque lleva seis semanas en las que prácticamente no duerme nada de noche. Además presenta cuadros de ansiedad con dificultad respiratoria e importante inquietud que le han impedido ir a clase en los últimos 10 días

### ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

Hija única de madre soltera concebida por Inseminación artificial. Vive en domicilio con su madre y abuela materna. Abuelo paterno fallecido hace 5 meses por hemorragia cerebral. La madre es trabajadora social y ejerce su puesto en un equipo de atención a la infancia de la comunidad. No datos médicos de interés salvo atopia. Desarrollo psicomotor normal. Abuela en tratamiento por depresión de características distímicas desde hace 14 años en Atención Primaria. La madre refiere que el abuelo paterno ha sido un padre para la niña y un gran apoyo para ella misma y aunque todavía le llora todos los días no se ha cogido ni una semana de baja porque es la responsable del equipo y el trabajo le distrae. La niña no habla del abuelo ni siquiera le lloró. No refiere otros antecedentes psiquiátricos familiares. Describe a la niña como inteligente, introvertida, responsable y perfeccionista. Hace año y medio tuvo un problema de acoso escolar en el colegio por el que recibió atención psicológica unos meses. Al parecer la madre notó que estaba más distraída y le costaba conciliar el sueño. Se alarmó porque empezó con incontinencia fecal diurna y negativa a ir al colegio. Una vecina le comentó que su hija contaba como a esta niña la insultaban y escupían a la salida de clase "unas abusonas de 6° curso". Aún hoy a la madre no le ha explicado que ocurrió pero las charlas con el psicólogo escolar mejoraron la sintomatología y volvió a ser la de siempre.

### ENFERMEDAD ACTUAL

En estas últimas semanas presenta además del patrón del sueño alterado, inquietud importante, utilizando vocabulario ofensivo contra su madre y abuela y muy irritable. A veces le han sorprendido llorando en su cuarto a solas sin aclararles el porqué. La profesora ha comentado que ha bajado notablemente el rendimiento y que es probable que lleve varios suspensos este trimestre.

### EXPLORACION:

Consciente, orientada en tiempo y espacio, nerviosa, con aspecto angustiado, parca en respuestas, cabizbaja con el pelo tapándole la cara. En un momento dado y ante la insistencia de la madre en que responda rompe a llorar y sale del despacho. Vuelve poco después más calmada, mostrándose más relajada ante ciertas bromas planteadas para romper la tensión. Refiere cansancio diurno franco, dolores abdominales y cefalea intermitentes y poco específicos. Hiporexia. Insomnio de todas las fases. Principio de realidad conservado. Ideas de muerte (ha fantaseado con la idea de estar muerta a ver si volvía a ver a su abuelo a quien echa mucho de menos) sin ideación autolítica sistematizada. No alteraciones sensorio-perceptivas. Verbaliza sentimientos de culpa (no quiso ir a ver al abuelo horas antes de enterarse de su ingreso hospitalario) y desvalorización (no valgo para nada, estaría mejor muerta y no le daría más guerra a mi madre). No ideación delirante. No fobias. No manías. No tics.

25.- **PLANTEANDO UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ESTA PACIENTE NO INCLUIRÍAMOS DE ENTRADA;**

- a) Duelo complicado
- b) Trastorno depresivo Mayor
- c) Trastorno por estrés posttraumático
- d) T. adaptativo con ánimo deprimido

26.- **TENIENDO EN CUENTA EL CARÁCTER INTROVERTIDO DE LA MENOR Y QUE AL CABO DE DIEZ MINUTOS DE ENTREVISTA SE CERRÓ EN BANDA Y ESTUVO MUTISTA HASTA EL FINAL DE LA INTERVENCIÓN, ¿QUÉ PRUEBA PSICOLÓGICA SERÍA MÁS ADECUADA A UTILIZAR EN PRÓXIMA ENTREVISTA?**

- a) WISC IV
- b) TAT (thematic apperception test)
- c) CAT (Children apperception test)
- d) MMPI (Minnesota multiphasic personality inventory)

27.- **¿QUE ACTITUD TERAPÉUTICA CONSIDERARÍA MENOS PRIORITARIA EN ESTE CASO?**

- a) Ante la pobre contención familiar propondría ingreso hospitalario
- b) Aconsejaría a la madre valorar abandono temporal de su actividad laboral para apoyar a su hija
- c) Sugeriría beneficio de intervención terapéutica familiar una vez estabilizado el cuadro clínico de la menor
- d) Iniciar tratamiento farmacológico con un ISRS y psicoterapia cognitivo conductual

28.- **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES FALSO?**

- a) La presencia de un trastorno afectivo en un adolescente puede estar enmascarada por un abuso de sustancias
- b) La respuesta hipomaniaca a los antidepresivos conlleva el desarrollo de un trastorno bipolar II
- c) Si un adolescente temprano desarrolla un trastorno bipolar y tiene una historia de trastorno de conducta disruptiva preexistente tiene menos probabilidad de responder bien al litio que los que no tienen estos trastornos
- d) Con la utilización de antidepresivos tricíclicos en el trastorno depresivo mayor la respuesta clínica puede estar correlacionada con los niveles plasmáticos del fármaco(140-150 ng/ml)

29.- **EL INSOMNIO QUE PRESENTA LA MENOR NO SUELE SER SÍNTOMA CARACTERÍSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PREPUBERAL SIENDO MÁS FRECUENTE EN LOS ADULTOS. EN LOS NIÑOS PREPÚBERES ES MÁS FRECUENTE:**

- a) La lentificación psicomotora
- b) Las quejas somáticas
- c) Las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo
- d) b y c

**PREGUNTA DE RESERVA**

**30.- EL DUELO ES UN ESTADO DE AFLICCIÓN RELACIONADO CON LA MUERTE DE UN SER QUERIDO QUE PUEDE PRESENTARSE CON SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR. EN EL CASO EXPUESTO Y SEGÚN EL DSM IV QUE CRITERIO SERÍA NECESARIO PARA SU DIAGNÓSTICO?**

- a) El inicio de los síntomas tras el fallecimiento del abuelo y duración mayor a 6 meses
- b) El inicio de los síntomas tras el fallecimiento del abuelo y duración mayor a 2 meses
- c) La presencia de alucinaciones auditivas con la voz del fallecido y duración mayor a tres meses
- d) Ninguna es correcta



## CASO PRÁCTICO 6

Niño de nueve años de edad, vive con sus padres, acaba de terminar cuarto de primaria con clases de apoyo y una adaptación de objetivos educativos.

Motivo de consulta: "Ataques de ira" o episodios explosivos en los que lanza objetos de valor o dice que quiere matarse, ha amenazado con un cuchillo de cocina así mismo y a su madre. Los ataques duran hasta dos horas y se desencadenan ante frustraciones mínimas, cuando se siente criticado, cuando no se atienden sus demandas inmediatamente, cuando malinterpreta o no entiende bien lo que otros dicen.

Tanto la madre como el profesor refieren que a pesar de las medicaciones que toma está extremadamente distraído, desorganizado y olvidadizo, pero no especialmente hiperactivo. Ha presentado síntomas conductuales como mentir, iniciar peleas, pero de forma esporádica. Puede ser extremadamente negativista, sobre todo en casa.

### Antecedentes personales:

Historia del desarrollo: Daniel nació de un parto vaginal a término. Era un bebé exigente, no aguantaba dormido toda la noche y necesitaba biberones de una leche especial.

Presentó retraso en el desarrollo del lenguaje (no se expresó con frases hasta los tres años). Repetía las palabras que oía a otros cuando estaba aprendiendo a hablar, se peleaba con sus compañeros porque no era capaz de compartir o de esperar turnos. No realizaba juego simbólico, el juego consistía en poner en fila los juguetes de una forma peculiar.

El desarrollo psicomotor: ha sido siempre torpe, con tendencia a tener accidentes, acababa con magulladuras y chichones que parecían no importarle demasiado, aguantaba mucho el dolor.

Tratamientos anteriores: Ha recibido varios diagnósticos y tratamientos ( Retraso del Lenguaje, Trastorno de Conducta, TDAH, Trastorno Bipolar). Logopedia, Terapia Ocupacional para las dificultades Viso-Motoras y varios tratamientos farmacológicos (estimulantes, antidepresivos, neurolépticos atípicos y eutimizantes).

En el momento de la consulta la madre le describe como un niño ansioso, cuando está nervioso tiene manierismo en las manos, que parecen estereotipias. Tiene dificultades con los cambios, aunque ha mejorado con la edad. Generalmente se muestra alegre, aunque llora fácilmente si algo no le sale como él quiere. Intenta caer bien a otros niños haciendo tonterías, aunque él no lo reconoce no tiene ningún amigo. Tiene baja autoestima y con frecuencia pregunta si es malo. No presenta conducta sexual inadecuada y no tiene problemas del sueño.

En el WISC obtiene un CI total de 83 (CI verbal de 88 y un CI manipulativo de 81). El rendimiento académico es inferior al esperado por su funcionamiento intelectual, acude frecuentemente a la enfermería con quejas somáticas diversas, y se relaciona mejor con niños más pequeños.

En la exploración presenta un comportamiento infantil juguetón y energético, tiene una marcha y postura un poco raras, está desinhibido y excesivamente simpático. Las expresiones verbales son como las de un niño menor por su simplicidad, no expresa comentarios fuera de tema o inapropiados.

El tratamiento farmacológico actual: Valproato 500mgr/día, Risperidona 0,75mgr/día y Atomoxetina 60mgr/día

31.- **POR LA DESCRIPCIÓN CLÍNICA EL DIAGNÓSTICO QUE EXPLICA MEJOR EL FUNCIONAMIENTO DEL NIÑO ES:**

- a) Psicosis infantil deficitaria.
- b) Trastorno multisistémico del desarrollo - Disarmonía evolutiva
- c) Trastorno afectivo
- d) Trastorno de conducta

32.- **EL CASO ILUSTR A BIEN LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN LA INFANCIA. PARA INCLUIR ESTOS CUADROS CLÍNICOS EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES DSM IV TR Y CIE 10 ¿QUÉ OPCIÓN PARECE LA MÁS ADECUADA?**

- a) TGD no especificado más problemas académicos.
- b) Trastorno del lenguaje más trastorno de la coordinación motora más trastorno de conducta.
- c) TDAH más trastorno del aprendizaje.
- d) Trastorno bipolar más trastorno del aprendizaje.

33.- **PARA LA EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DEL CASO HA TENIDO PRESENTE TODO LO SIGUIENTE EXCEPTO**

- a) Las dificultades precoces en las interacciones sociales
- b) La existencia de ruptura con la realidad
- c) Los trastornos instrumentales ( del lenguaje y la motricidad )
- d) Los síntomas emocionales ( dificultad en la regulación de los sentimientos, ansiedad intensa y labilidad emocional )

34.- **CON RESPECTO AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SEÑALA LA RESPUESTA CORRECTA**

- a) Es importante valorar si es necesario tomar tres medicaciones diferentes, la polifarmacia es aconsejable
- b) La Risperidona ha demostrado ser efectiva para jóvenes con comportamientos explosivos para controlar la agresividad y la impulsividad
- c) El Metilfenidato ha demostrado ser el único fármaco eficaz en estos casos
- d) El tratamiento farmacológico es el pilar más importante para la evolución favorable del caso

35.- **EN EL PROYECTO TERAPEUTICO INCLUIRIA**

- a) Entrevistas familiares de orientación y apoyo para favorecer la comprensión de la valoración diagnóstica y la orientación terapéutica
- b) Psicoterapia individual y/o grupal del niño
- c) Coordinación con los servicios escolares
- d) Todas ellas

**PREGUNTA DE RESERVA**

**36.- CON RESPECTO AL PRONOSTICO SEÑALE LA VERDADERA**

- a) No depende de los recursos terapéuticos disponibles
- b) La evolución de la adaptación escolar es indiferente
- c) El déficit intelectual constituye el mayor riesgo evolutivo de las organizaciones disarmónicas
- d) Todas son falsas