

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren
19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución 111/2018 de 7 de febrero
de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de
febrero de 2018)

KATEGORIA:

**FAK. ESP. HAURRENTZAKO PSIKIATRIAKO
MEDIKUA**

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO PSIQUIATRÍA INFANTIL

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 20a**
Fecha prueba: **20 de mayo de 2018**

4. ariketa / 4ªejercicio

EUSKARAZ

1. KASU KLINIKOA

12 urteko mutikoa, bere psikiatrarenera joan da jarraipen-kontsulta batera.

Betidanik izan da mutil inpultsiboa, arreta bideratzeko zailtasun nabarmenarekin, ezinegon psikomotorra, eta zailtasunak harreman sozialetan, taldean jolastean ez dituelako txandak errespetatzen. 7 urte zituenean, Arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua diagnostikatu zioten, eta handik urtebetera, Metilfenidato tratamenduarekin hasi zen, eta gaur egun ere tratamendu horrekin dago.

Sintoma horiez gain, duela zenbait urtetik, umeak eskrupulositate seinaleak ditu (etxean edalontzi bat erabili behar duenean, garbitu egiten du garbi badago ere), eta horregatik ez du eskolako jantokian bazkaldu nahi. Gutxi gorabehera azken hiru urteotan eskuak askotan garbitzen ditu zerbait ukitzen duen bakoitzean, noizbait eskoriazioak eragin arte ere; beste batzuetan, zapiak erabiltzen ditu gauzak hartzerakoan “ez zikintzeko”, eta ateak ukondoekin irekitzen ditu. Joera du gauza batzuk aldi-kopuru jakin batean egiteko (adibidez, motxila ireki eta ixtea, bere logelako argia piztea, edo bere logelara sartzean behin baino gehiagotan sartu eta irten behar izatea), eta bere logelan gauza batzuk ondo lerrokatuz “ordenatu” behar ditu, eta horrek guztiak denbora asko hartzen dio. Umearen gurasoek diote haserretu egiten dela ez baditu gauza horiek egiten, eta noizbait bultzatzen ere egin izan die gauza horiek egiten utz diezaioten. 9 urte zituenean, psikiatrak tratamendu farmakologikoa gomendatu zien sintoma horiek tratatzeko, baina gurasoek nahiago izan zuten medikazio gehiago ez eman, Metilfenidatoa hartzen ari zelako jada. Halere, jokabide horiei espezifikoki bideratutako tratamendu psikoterapeutiko indibiduala hasteko gomendioa jarraitzea erabaki zuten.

Duela bi urte, begiak kliskatzen eta lepoa mugitzen hasi zen, eta gero sorbaldak eta besoak ere mugitzen hasi zen. Geroago, soinu guturalak egiten eta eztarria behin eta berriro garbitzen hasi zen; bere ikaskideek bromak egin izan dizkiote horregatik, eta ikasgelan borroak ere izan ditu.

Gaurko kontsultan, mutikoaren amak psikiatrari esan dio azken urtean umearen inpultsibitateak okerrera egin duela, baita haren arreta-gaitasunak ere, eta umearen jokabideak larriagotu egin direla dio. Garbitasunari, ordenari eta gauzak hainbat aldiz egiteari lotutako jokabideekin tematzen da. Halaber, amari bitxiak iruditzen zaizkion jokabideak ditu: batzuetan, gorputza batabatean bihurritzen du gorputz-enborra, besoak eta sorbaldak mugitzen dituen bitartean; eta beste batzuetan, ibiltzen ari dela makurtu egiten da, lurra eskuaz ukitzen du, gero esku hori miazkatu egiten du, kirrinka moduko bat egiten du, eta salto batekin, ibiltzen jarraitzen du.

1.- Ondorengo nahasmendu hauetako zein du ume honek?

- a) Autismoaren espektroko nahasmendua.
- b) Nahasmendu bipolarra, episodio maniakoa.
- c) Nahasmendu obsesibo-kompulsiboa.
- d) Mugimendu estereotipatuen nahasmendua.

2.- Ondorengo hauen artetik, zein dago indikatuta umeak duen nahasmendu horren tratamendu farmakologikorako?

- a) Sertralina.
- b) Guanfazina.
- c) Aripiprazola.
- d) Azido balproikoa.

3.- Kasu kliniko honetako umeak badu hirugarren nahasmendu psikiatriko komorbido bat, Arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmenduaz gain eta 1. galderan adierazitako nahasmenduaz gain?

- a) Nahasmendu eskizofreniformea.
- b) Tourette-ren nahasmendua.
- c) Nahasmendu disruptiboa.
- d) Ez du beste nahasmendu komorbidorik.

4.- Kasu kliniko honi dagokionez, zein da OKERREKO erantzuna?

- a) Predisposizio genetikoa kasu hauen bereizgarri bat dela kontuan hartuz, litekeena da aurrekariak izatea lehen mailako senideen artean umeak duen nahasmenduren bati dagokionez.
- b) 9 urte zituenean aholkatu zioten tratamendu farmakologikoak, gurasoek baztertu zutenak, kontsulta honetan antzeman zaizkion novo sintomak agertzea ekidindo zukeen.
- c) Ume honen lobulu frontalaren, sistema linbikoaren eta oinarriko gongoilen disfuntzioak eragin ditu dauzkan nahasmenduak.
- d) 9 urte zituenean kontsultan gomendatu zioten tratamendu psikoterapeutikoa, ziurrenik, terapia kognitibo konduktualen bat izango zen.

5.- Kontuan hartuz umea tratamendu psikoterapeutiko indibidualean dagoela, eta umearen klinika, eboluzioa eta komorbilitatea ikusita, psikiatrak hainbat aukera ditu, kontsulta honetan gomendatuko duen tratamendu farmakologikoari dagokionez. Adieraz ezazu zuzena.

- a) Metilfenidatoaren ordez Lisdexanfetamina har dezala gomendatzea.
- b) Metilfenidato dosia jaitea eta ez gomendatzea beste farmakorik.
- c) Metilfenidatoaz gain Klomipramina har dezala gomendatzea.
- d) Metilfenidatoaren ordez Risperidona har dezala gomendatzea.

ERRESERBAKO GALDERA

6.- Farmako hauen arteko zein izan liteke umeak 9 urte zituenean psikiatrak gomendatu zuena eta gurasoek ez ematea erabaki zutena?

- a) Klorazepato dipotasikoa.
- b) Risperidona.
- c) Fluboxamina.

d) Topiramatoa.

2. KASU KLINIKOA

15 urteko mutila. Gazte-justiziako Heziketa Zentro erdi-ireki batean sartu zuten, Gurasoen kontrako indarkeria episodio errepikatuen eta salaketaren ondoriozko epai judizial baten ondorioz (Adingabeen Epaitegia), eta zentro horren ekimenez, kontsultara etorri da lehenengoz. Gurasoek salaketa jarri zuten, gazteak amari berriro ere eraso eta mehatxu (arma zuri batekin) egin ziolako eta etxeko altzari gehienak suntsitu zituelako (sukaldeko altzariak, leihoak eta atea). Psikologo forentseak ohartarazi duenez, “erakutsi duen indarkeria errepikakorra, aldeztu aurretik pentsatua izan da, harrapatze-jokabidea”. Harrerako elkarrizketan, gurasoek esan dute haurdunaldia eta mutilaren garapen psikomotorra normalak izan zirela. Seme bakarra da. Diotenez, beti izan zen oso segurua eta autonomoa, eta txiki-txikitatik elkartu izan da bera baino kide helduagoekin. Ez da ezohikoa mutilak gaua etxetik kanpo igarotzea. Onartu egin dute mutilaren heziketan nolabaiteko inkoherentziaz jokatu dela, “izaera desberdinak dituztelako”, eta bereziki lehen haurtzaroan “diziplina handia” erabiliz konpontzea erabaki zutela azaldu dute. Mutilaren errendimendu akademikoa onargarria izan zen 13 urte bete zituen arte. Garai hartan hasi zen gurasoekin, irakasleekin eta ikaskideekin gatazka garrantzitsuak izaten eta eskolara askotan ez joaten. Kannabisaren ohiko kontsumoa objektibatu arren, gurasoek beti sinetsi zituzten “esaten zizkigun gezurrak”, eta orain badakite “zigorrek ekiditeko” erabiltzen zituela.

7.- Goiko deskripzio klinikoa kontuan hartuz, zein da pazientearen funtzionamendua hobekien azaltzen duen DSM-5 diagnostikoa?

- a) Ezezko nahasmendu desafiatazaila.
- b) Aldizkako nahasmendu leherkorra.
- c) Jokabidearen nahasmendua.
- d) Nortasunaren nahasmendu antisoziala.

8.- Aurkezpen klinikoaren arabera, nolakoa dela zehaztu genezake?

- a) Haurtzaroan hasitakoa.
- b) Hasiera goiztiarrekoa.
- c) Nerabezaroan hasitakoa.
- d) Hasiera zehaztugabekoa.

9.- Diagnostiko honen irizpide diagnostikoen artean daude:

- a) Pertsona eta animalien kontrako eraso-historia, baina kalte larriarik edo/eta sexu-erasorik gabe.
- b) Jabetzaren suntsiketa episodioak (ez dio inoiz surik eman etxebizitza bati pertsonak edo animaliak barruan izanik).
- c) Borroka ugari.
- d) Guztiak.

10.- Baieztapen hauetako bat EZ dator bat pazientearen diagnostikoarekin:

- a) Hiperatibitatearen edo/eta arreta-defizitaren sintomekin erlazionatuta egotea eboluzio txarragoa izango duen seinale dela ematen du.
- b) Legez kontrako substantzien kontsumoarekiko lotura argia dago, baina oso gutxitan egoten da erlazionatuta sexu-jokabideen hasiera goiztiarrekin.
- c) Espero baino ehuneko handiagoan gerta liteke bere buruaz beste egiteko ideiak izatea eta bere buruaz beste egiten saiatzea edo lortzea.
- d) Batez bestekoaren azpiko adimena izatea arrisku-faktore izan daiteke nahasmenduaren garapenerako.

11.- Baieztapen hauetako zein da diagnostiko honekin erlazionatu ahalko litzatekeena eta, ondorioz, gurasoekiko itzultze-elkarrizketan aipatuko litzatekeena?

- a) Ziurrenik, eta familiak esandakoa gorabehera, baliteke sintomak haurtzaro erditik nerabegarora bitarteko aldiari hasi izana.
- b) Ezohikoa da nahasmendua helduaroan arintzea.
- c) Diagnostiko hau ezin zaie egin 18 urtetik gorako pertsonari.
- d) Diagnostiko hau duten gazteek gutxitan lortzen dute gizartean eta lan-munduan behar bezala egokitzea helduaroan.

ERRESERBAKO GALDERA

12.- Mutilaren heziketa-proiektuan hauek sartuko ditugu:

- a) Orientaziorako eta laguntzeko familia-elkarrizketak.
- b) Talde-psikoterapia edo/eta terapia indibiduala mutilarentzat.
- c) Heziketa arloko eragileekiko koordinazioa.
- d) Guztiak.

3. KASU KLINIKOA

5 urte eta bi hilabeteko mutikoa, harremanetarako zailtasunak ditu, oso lotsatia da eta hizkuntza arloan baliabide gutxi ditu. Hiru urte eta erdi zituenean, autismoaren arloko erakunde aditu batek baloratu zuen, eta autismoaren espektroko nahasmendua baztertu zuen: balorazio-txostena ekarri dute. Garai hartan gutxi hitz egiten zuen, eta gutxiegi begiratzeko aurpegira. Jaiotzerakoan mekonioa irentsi zuen, eta ordubete inguru egon behar izan zuen oxigenoarekin. Haurdunaldiko azken hilabetean amak behazun-kolikoak izan zituen, ezin izan zion bularrik eman, eta aita izan zen lehen biberioia eman ziona ama ondoezik zegoelako. Handik hilabete eta erdira, amari ebakuntza bat egin zioten. Jaioberri lasaia, ona, bestelako zailtasunik gabea. Urte eta erdi inguru zituenean, esaten zitzaiona ez zuela ulertzen iruditzen zitzaion. Neuropediatriara bideratu zuten hiru urte eta erdirekin: esplorazio neurologikoa normala.

Gure esplorazioan ikusten dugu bere motrizitate fina nahiko traketsa dela, hizkuntzan nolabaiteko atzerapena duela, eta ez duela inolako harridurarik adierazten ebaluatzailearekiko. Kostatzen zaizkion gauzak egiteari uko egiten dio, eta frustratzen bada, erabat blokeatzen da "(hori egiten) txarra naiz" esanez. Tratamenduan zehar enkopresia aldiak agertzen dira, batzuetan desagertu egiten dira eta aldiro-aldi itzultzen dira.

Bender-ean ikusmen eta pertzepzio heldugabetasuna ageri da. EMAVEan normaltasunean dago eta WISC-V-an 99ko KI homogenea du.

Sei urte eta erdirekin, terapeuta aldatu du, eta bakarrik geratutakoan lurrean dagoen puzzlea desegin eta zatiak edonora bota ditu, terapeuta berriari pieza batekin eraso txiki bat eginez. Terapeutak espazioaren mugak gogorarazi behar izan dizkio: "ezin dira gauzak hautsi, ezta elkarri minik eman". Mutikoak terapeutari galdetu dio ea beldur den, unibertsoa hautsi dezaketene meteoritoei eta dinosauroen suntsipenari buruz hitz eginez. Jarraian, lasaitu eta mugak onartu ditu, eta segituan eskatu du barkamena.

Ama oso urduri dago, semeari laguntzeko ahal duen guztia egingo ez balu bezala. Aitak, berriz, ez die halako garrantzirik ematen semearen zailtasunei, pasako direlakoan dago, eta nahiz eta presente egon, amaren esku uzten du semearen heziketa, eta amak eskatzen duela-eta kontsultaz kontsulta ibili behar delako kexatzen da.

13.- ENKOPRESIari dagokionez, ondorengo baieztapen hauen artetik, zein da ZUZENA?

- a) Heldutasun fisiologikoaren atzerapenak ez du eraginik euste-kanporatze motako gatazka afektiboan.
- b) Enkopresi sekundario baten aurrean, lehenengo proposamen terapeutikoa tratamendu sintomatiko bat izango litzateke, enema edo supositorio bat, adibidez.
- c) Eginkariak zama afektibo handiko bide bat dira, beti gorputzaren edukiari lotuta.
- d) Harremanaren dimentsioak erlazio txikia du enkopresiarekin, amak kontrol exigentzia oso goiztiarra badu izan ezik.

- 14.- Sintoma hauetako zein da tratamenduaren bilakaeran pronostiko ona iradoki lezakeena?
- a) Ulermen-hizkuntza bereganatzeko prozesuaren atzerapena.
 - b) Psikomotrizitate finari lotutako atzerapena.
 - c) Profesional berri baten aurrean larritasuna sentitzea.
 - d) Enkopresia.
- 15.- Terapeuta berriarekin izan zuen banan-banako lehenengo saioko indarkeriari dagokionez:
- a) Hitzeko hizkuntza erabiltzerakoan dituen mugen ondorioz, bere larritasuna indarkeriaren bitartez adierazten du.
 - b) Banantzearen larritasunak eragin zuen.
 - c) Ziurrenik umeak jaso duen tratua indarkeriaren isla da.
 - d) Bere desantolamendu mental larriaren seinale da.
- 16.- Familiaren funtzionamenduari dagokionez:
- a) Amak bere semearen garapenaren harira duen antsietatea izango da umea sendatzeko motorra.
 - b) Amaren antsietatea amaren kezka primarioaren arrasto bat da, eta umeak bere gaitasunak ongi gara ditzan, nahitaezkoa da kezka hori pixkanaka desagertzen joatea, baina badirudi ezin izan dela behar bezala egin.
 - c) Ama errudun sentitzen da ez dela ama ona izan uste duelako, eta umearen bilakaerari dagokionez adierazten duen antsietatea erruduntasun horrekin dago erlazionatuta, eta umearen disfuntzioak eragiten ditu.
 - d) Umeak frustrazioarekiko dituen zailtasunak islatzen du bere familian oso permisiboak direla eta zailtasunak dituztela mugak jartzeko.
- 17.- GNS-10 gaixotasunen nazioarteko sailkapeneko kategoria diagnostiko desberdinen artean, zein izango litzateke probabilitaterik altueneko diagnostikoa?
- a) Mintzamenaren nahasmendu espezifiko F80
 - b) Nahasmendu hiperzinetikoa F90
 - c) Garapen-nahasmendu orokortu zehaztugabea F84.9
 - d) Garapen-nahasmendu espezifiko mistoa F83

ERRESERBAKO GALDERA

- 18.- Nolako tratamendua izango litzateke egokiena?
- a) Harremanetarako psikomotrizitatea eta logopedia
 - b) Harremanetarako psikomotrizitatea eta familia-terapia
 - c) Tratamendu farmakologikoa eta familia-terapia
 - d) Logopedia, harremanetarako psikomotrizitatea, psikoterapia indibiduala eta familia-lana

4. KASU PRAKTIKOA

Anak 24 hilabete ditu. Erdialdeko Amerikakoa da jatorriz. Bere gurasoek umea jai baino 3 urte lehenago emigratu zuten Espainiara. Zailtasun ekonomikoen eta bikote-arazoaren ondorioz, amak (Anaz haurdun zegoela) bere herrialdera itzultzea eta alaba han izatea erabaki zuen. Amaren aldeko amona hurbil zeukan arren (eta amarentzat laguntza handia omen zen), Anaren ama oso bakarrik sentitzen zen alabaren jaiotza ondoren, eta Anarekin oso hurbileko harremana izan zuela dio, “depresio batean ez erortzen” lagundu omen ziona. Hala ere, ama oso errudun sentitzen zen alaba aitarik gabe izateagatik. Aita behin baino ez zen joan Ana ikustera, alabak urtebete zuenean.

Anak 14 hilabete zituenean, egun batetik bestera, amak Espainiara itzultzea erabaki zuen, aitarekiko egoera konpontzeko asmoz. Bidaia egin eta 15 egunera, amaren aldeko amona, Anarentzat erreferentea zena, bat-batean hil zen, eta Ana urrutiko izeba baten ardurapean geratu zen. Ama ezin izan zen Anaren bila joan 5 hilabete igaro ziren arte. “Familiaren ezagun batek” deitu ziolako joan zen Anaren bila, Ana gaizki zegoela eta medikuarenera eraman behar zutela esan ziolako. Anak, ordurako 19 hilabete zituela, jolasteari eta gauzekiko interesa agertzeari utzi zion. Goibel zegoen, joanda, ez zuen inorekin egon nahi, ez zuen irribarre egiten eta oso gaizki egiten zuen lo. Asko tematu behar ziren jan zezan. Pureak besterik ez zuen jaten, lehenago ongi mastekatzen zuen arren. Ibiltzeari ere utzi zion, eta horrek ama asko harritu zuen, Anarengandik aldendu zenean lehenengo urratsak egiten hasia zelako. Ama asko atsekabetu zen Anak ez zuela ezagutu ikustean, eta beraz ahaztu zela ere pentsatu zuen. Bere herrialdean esan zioten Anak garapen-atzerapen bat zuela, eta ama ez zen sentitzen alaba berak bakarrik hezteko gai. Aitak alaba Espainiara ekar zezan konbentzitu zuen, ordurako 24 hilabete zituela.

Pediatrak egiaztatu zuen Anak beherakoak dituela eta bere egoera fisikoa desnutrizioaren mugan dagoela, eta horregatik, osasun-zentroan kontsulta bidezko esku-hartze intentsiboa planteatu zuen erizainarekin batera. Baina kezkarriena da badirudiela Ana bere baitan itxita dagoela, ez du negarrik egiten eta ez da kexatzen. Bere tonu motorra hipotonikoa da, eta elkarrekintzetan, medikuari ia ez dio erantzuten. Aitak jaioberri bat balitz bezala hartzen du besotan. Behin baino gehiagotan errepikatu behar dio bere izena, badirudi ez duela entzuten eta bere herrialdean otitis bat baino gehiago izan zituen. Nolanahi ere, entzumena ongi dauka. Medikua beste kezka bat da amak amonaren heriotzaren ostean izan duen gogo-aldartearen, uste du zabarkeria-arriskua dagoela, eta presazko kontsulta eskatu du dagokion ume eta nerabeen Osasun Mentaleko Zentroarekin.

19.- KASU HONETAN ONDORENGO DIAGNOSTIKO GUZTIAK PLANTEA LITEZKE BAT IZAN EZIK, ZEIN DA SALBUESPEN HORI?

- a) Garapen-nahasmendu orokortu zehaztugabea.
- b) Lotura-nahasmendu erreaktiboa.
- c) Mututasun selektiboa.
- d) Depresio anaklitikoa.

20.- KASU HONETAN ZEIN IZANGO LITZATEKE UMEAREN EGOERA MENTALA EBALUATU ETA AZTERTZEKO PLANIK EGOKIENA?

- a) Bakarkako jolas-esplorazioa umearekin, amarengandik banantzean zer erantzun duen ere aztertzeke.
- b) Garapen-proba azkarrak pasatzea, atzerapenaren larritasuna ebaluatzeke.
- c) Guraso-alaba elkarrizketa, loturaren kalitatea behatzeko.
- d) Hasierako elkarrizketa gurasoekin bakarrik, haien gaitasunak eta psikopatologia potentziala baloratzeko.

21.- UME HONEK 24 HILABETE DITUELA KONTUAN IZANIK, ZEIN DIRA GAINDITUTA IZATEA ESPERO LIRATEKEEN 3 GARAPEN-MUGARRIAK?

- a) Ezezagunen aurrean larritasunezko erantzuna izatea, "Ez" a bereganatzea eta 3 hitzetik gorako esaldidun hizkuntza-jarioa.
- b) 8. hilabeteko larritasunezko erantzuna, 3 hitzetik gorako esaldidun hizkuntza-jarioa, eta bakarrik ibiltzea.
- c) "Ez" a bereganatzea, objektu pertzeptiboa mantentzea (Piaget) eta 3 hitzetik gorako esaldidun hizkuntza-jarioa.
- d) Bakarrik ibiltzea, ezezagunen aurrean larritasunezko erantzuna izatea eta objektu pertzeptiboa mantentzea (Piaget).

22.- PROBA HAUETAKO BAT EZ DAGOKIO 24 HILABETEKO NESKATXO BATEN BALORAZIO DIAGNOSTIKOAREN BARRUKO GARAPEN-MAILAREN EBALUAZIOARI:

- a) Bayley-III eskalak.
- b) Umeen Wechsler eskala WISC-V.
- c) Merrill-Palmer eskala berrikusiak.
- d) Brunet-Lezine eskala.

23.- NOLAKO ESKU-HARTZE TERAPEUTIKOA IZANGO LITZATEKE EGOKIENA?

- a) Estimulazio psikomotorrean eta hizkuntzaren estimulazioan oinarritutako Arreta Goiztiarreko esku-hartzea.
- b) Ama-alaba kontsultak eta laguntzeko esku-hartze bat familia-hezitzaile batekin etxean.
- c) Ospitalizazioa, umea bere familiarengandik aldentzeko eta arrisku medikoko egoera tratatzeko.

d) Umea harrera-familia baten esku uztea, guraso biologikoen gutxiegitasun-arriskuagatik.

ERRESERBAKO GALDERA

24.- FASE HAUETAKO BAT BOWLBY-K EZ ZUEN DESKRIBATU 8 HILABETETIK GORAKO UME BATEK BERE ZAINZAILE NAGUSIARENGANDIK ALDENTZEAN DUEN ERANTZUNAREN BARRUAN:

- a) Urruntze-fasea.
- b) Atxikimendu sinbiotikoko fasea.
- c) Etsipen-fasea.
- d) Protesta-fasea.

5. KASU PRAKTIKOA

KONTSULTAREN ARRAZOIA

Jokin 13 urteko nerabe bat da. Bere pediatriak bideratu du gugana, sabelaldean min zehaztugabeko episodio bat baino gehiago izan dituelako eta azken urte eta erdian min hori Jokin eskolara ez joateko justifikazio gisa erabili delako. Zailtasun horien ondorioz, lehen hezkuntzako 6. maila “nahiko” batekin gaingitu du, bere errendimenduak behera egin duen arren dauzkan gaitasunengatik.

Jokin bigarren semea da, eta arreba bat du. Bere arrebak 6 urte gehiago ditu, Filologia ikasten ari da Gasteizen, etxetik kanpo, duela urtebetetik.

OHARRA

Lehenengo kontsultan, pazientea jada eskolan DBHko bigarren hiruhilekoan dago. Deigarria iruditu zaigu zein gutxi hitz egiten duen eta nolako zailtasunak dituen bere egoera argi eta garbi adierazteko. Burumakur esan digu harreman ona duela bere ikaskideekin, baina ez du preferentziarik aipatu, denak omen direlako bere lagunak. Oso zaila da guretzat informazioa lortzea, Jokinek guri laguntzeko jarrera duen arren, bere erantzunak hauek direlako batik bat: “ez dakit”, “batzuetan” eta “besterik gabe”. Interesatzen zaionari eta nahi duenari buruz galdetzen diogunean ere badirudi bere nahiak eta interesak beste batzuei lotuta daudela. Adibidez: Nahiak: 1) bere familiak osasun ona izan dezala, 2) munduan ez dadila egon gatazka armaturik, 3) ikasketetan hobetzea. Arlo horretan, Jokin ez da gai aukera profesional posibleren bat adierazteko, eta nahiago du bere adina mantendu, hazteak zailtasunak ekarriko dizkiolakoan... “dena izango da zailagoa”.

Gurasoekin hitz egitean, elkarrizketaren bereizgarri bat da garrantzi handiegia ematen dietela alderdi akademikoei. Era berean, erantzukizunei dagokienez semeak utzikeriaz jokatzeko duela azpimarratzen dute. Esan digute eskolarako laguntza asko jarri dizkiotela, Jokin motela dela, arreta galduta dabilela, eta azken urte eta erdian izaera-aldaketa bat izan duela; hau da, izatez, mutil atsegina, zuhurra eta arduratsua zen, eta suminkor bihurtzen hasi zen, eta eskolarekiko interesa galtzen, beti dago nekatuta eta gehiegi egiten du lo. Denbora-tarte horretan ez dute aldaketarik edo arintze-aldirik nabaritu Jokinen egoerari dagokionez. Semearen okerragotze orokorraren aurrean izan dituzten justifikazio-edo zorrotasun-jarreraren harira desadostasunak eta gatazkak izan dituztela onartzen dute. “Nerabearoa zela uste genuen”. Aitak onartzen du bera zorrotzagoa dela eta pazientzia gutxiago duela; semea patxadazalea eta geldia dela dio, eta ezaugarri horiek azpimarratzeko, hainbat kirol eta jarduera fisiko egiteko saioak bertan behera utzi dituela azaldu du. Amak ere esan du Jokinek ez duela interesik kirolari eta lehiatzeari dagokienez, baina super heroien komikien zale porrokatua omen da, eta zaletasun hori kide batekin komunean zeukan. “Beti egoten ziren elkarrekin”, baina lehen hezkuntzako 5. mailan banandu egin ziren, bere laguna hiriz aldatu zenean.

FAMILIA-AURREKARIAK ETA AURREKARI PERTSONALAK

Amak esan duenez, Jokin jaio baino 3 urte lehenago seme bat galdu zuen, jaio eta 2 hilabetera, bihotzeko malformazio baten ondorioz. Jokinen lehenengo urtean izan zituen kezka deskribatu ditu, eta mutilak ez zuela lo lasaia eta haserrekorra zela ere azaldu du. “Beti nahi izaten zuen besotan egon”. Bularra eman zion 9 hilabete izan zituen arte, eta kostatu egin zitzaion janari solidoetara pasatzea. Ezezagunekin larritu egiten zen, eta horregatik, amak eszedentzia eskatu zuen bere kutxazain-lanpostuan, Jokinek 3 urte eta erdi izan zituen arte. Zailtasunak izan zituen eskolaurrean hastean, 3 urte eta erdirekin; 4 urte inguru zituela, argi hitz egiten zuen. 3 urte zituenerako, esfinterra kontrolatzen zuen, baina erretentzio-enkopresi episodioak izan zituen 5 urterekin. Hainbat fobia (iluntasuna, olatuak eta hondamendiak) eta amesgaiztoak; gurasoekin egin zuen lo 9 urte izan zituen arte. Amesgaiztoei dagokienez, pazienteak amesgaizto errepikakor bat gogoratzen du: “tsunami batek bere itsasontziari buelta ematen dio, bera igerian doa kostalderantz, baina ezin da bazterreraino iritsi, olatuek itsasoan barnatzen dutelako berriro”.

- 25.- Koadro kliniko honek diagnostiko hauetako zeinetara bideratzen gaitu?**
- a) Aldentze-antsietatearen nahasmendua.
 - b) Antsietate-nahasmendu orokortua (TAG).
 - c) Arreta-defizitaren eta hiperaktibitatearen nahasmendua, forma ez-arretatsua.
 - d) Distimia.
- 26.- Jarrera terapeutiko desberdinen artean, zure ustez, zein da desegokiena kasu honetarako?**
- a) Laguntza pedagogikoa eta estimulatzailerak.
 - b) Esku-hartze psikoterapeutiko mistoa familiarekin eta umearekin.
 - c) Harremanera eta sozializaziora bideratutako talde-tratamendua.
 - d) ISRSrekin tratatzea eta psikoterapia indibiduala.
- 27.- Mutilak dituen adierazpen-zailtasunak ikusita, zer proba ez lirateke izango erabilgarriak diagnostiko zehatzagoa lortzeko?**
- a) TAT eta giza irudiaren testa.
 - b) BECKen edo KOVACSen depresio-inbentarioa.
 - c) EMAY eta REYren testa.
 - d) WISC eta MACI.
- 28.- Enkopresiari dagokionez, ondorengo baieztapen hauetako zein da gezurra?**
- a) Enkopresien % 50-60 artean izaten dira enkopresi sekundarioa idorrieriarekin eta gainezkatzearekin.
 - b) Enkopresi funtzionala duten ume gehienek kasuan, ez dirudi jokabide-arazo larriarik dutenik.
 - c) Enkopresi sekundarioa sarritan agertzen da 8 urteko adinetik aurrera.
 - d) Erretentzioa gurasoek hesteen entrenamenduaren inguruan izandako gatazken ondoriozkoa izan daiteke, edo komuna beldurragatik ekiditearen ondoriozkoa.
- 29.- Antsietate-nahasmenduei dagokienez, ondorengo baieztapen hauetako zein da gezurra?**
- a) Hautzaroko antsietate-nahasmenduak dituzten umeen alterazio funtzionala aurreikusteko baliabiderik onena da amak umearen jokabide-zailtasunei buruz ematen duen informazioa.
 - b) TAG duten 7 eta 18 urte arteko pazienteen inguruko ikerlan batzuetan, erdiak baino gehiagok zuen depresio-nahasmendu komorbido bat.
 - c) Kendall-ek (2001) zioenez, antsietate-nahasmendu bat diagnostikatuta izanik aldi berean nahasmendu komorbido bat zuten pertsonen sintoma barneratu arinagoak zituzten antsietate-nahasmendu bat bakarrik zutenek baino.
 - d) Aldentze-antsietatearen nahasmendua duten ume-taldeekin egindako hainbat ikerketatan, sexuen arteko proportzioa parekoa da, eta nerabezaroarean pixka bat handiagoa da nesken artean.

ERRESERBAKO GALDERA

- 30.- Sintoma somatikodun nahasmenduen kasuan, baieztapen hauetako zein ez da egia?**
- a) Somatizazio-nahasmenduak dituzten umeeek arrisku handiagoa dute nahasmendu psikiatrikoak izateko.
 - b) Gaixotasun kronikoak dituzten umeeek disfuntzio-gradu baxua izan dezakete beren garapen emozionalean.
 - c) Nahasmendu funtzionalek ez dute sintomen iraunkortasunean eta errejidiban eragina duen osagai psikologikorik.
 - d) Bi urteko adinean asma agertzea amaren guraso-gaitasunari eta aurre-egiteari lotutako azaroekin erlazionatu izan da.

6. KASU PRAKTIKOA

Amak 40 urte ditu, eta aitak 37. 10 urtetik gora daramate elkarrekin, eta ez zuten seme-alabak izateko aukera aintzat hartu, arazo ginekologikoen ondorioz (miomak eta metrorragiak). Amak 39 urte zituela, ginekologoak histerektomia bat proposatu zion, lehenago egin zizkioten miomektomiak ez zirelako izan eraginkorrak. Antisorgailuak erabiltzeari utzi zioten, eta handik hilabete gutxira haurdun geratu zen, baina abortu espontaneo bat izan zuen 10. astean. Hilabete batzuk geroago, berriro geratu zen haurdun. Haurdunaldi ona, umea bere garaian jaio zen, zesarea bidez, fetua zeharka jarrita zegoelako.

Pisua: 3200, APGAR 8/10. Tortikolisa eskuineko aldean, plagiozefalia txikia eta oin ekinoak. Ume lasaia, itxuraz serioa, kostatzen zitzaion bera bakarrik lokartzea; bularra ematen zioten unean uneko beharraren arabera, eta bularra hartu eta minutu gutxira lokartzen zen, baina tarte txiki batez bakarrik, amaren besotan geratuz, eta gurasoek inguruko isiltasuna zaintzen zuten, umea ez esnatzeko. Beti egiten du lo gurasoetako batekin. Errehabilitazio-zerbitzura bideratu zituzten (asteroko saioak, 10 hilabetez), eta umearen tortikolisa eta oinen kokapen okerra konpondu ziren. Sarri joaten ziren larrialdietara (bularreko haurraren asma). Amak bajan jarraitu zuen amatasun-baimena bukatu ondoren.

Mugarriak: hilabeterekin, irribarre egiten hasi zen, eta bera bakarrik ibiltzen hasi zen urte eta erdi zituenean. Bi urterekin, hizkuntza ulergarria eta komunikatiboa du. Pardelean egiten du txiza eta kaka, txizontzian esertzea eskatzen duen arren.

Bi urte inguru zituela, umeak modu bitxian egiten zuela korrika ikusi zuten, lepoa bat-batean alboratzen zuen, tonua galduko balu bezala, sarritan nekearen ondorioz; kezkatu egin ziren eta horregatik eskatu zuten hitzordua berriro. Tortikolisaren errezidiba baztertuta, traumatologoak RMN bat eskatu zuen; bertan ikusten da erdiko herenean gorputz kailukararen meheagotze bat dagoela, bolumen txikiko hipofisiari lotutako zela turkiar zabaldu batekin. Neuropediatriara bideratu zituzten, eta handik arreta goiztiarrera.

31. Gorputz kailukararen hipoplasiari dagokionez, hauetako zein EZ da erantzun zuzena?

- a. Baliteke aurkikuntza kasuala izatea.
- b. Sarritan egoten da atzerapen psikomotorrarekin erlazionatuta.
- c. Sarritan egoten da hizkuntzaren alterazioekin erlazionatuta.
- d. Gorputz kailosoaren agenesia dagoenean, adierazpen klinikoa berbera da ezkerti nahiz eskuinen kasuan.

26 hilabete zituenean, Arreta Goiztiarreko balorazioan, Brunet-Lèzineren garapen-eskala eta Garapen Motorraren Peabody eskala pasatu ostean ondorioztatu zen zailtasunak dituela arlo guztietan (arlo motorrean eta sozialean bereziki).

32. Ondorengo proba hauetakoen artean, zein EZ da erabilgarria paziente honen ikuspegi diagnostikorako?

- a. Rivière-ren I.D.E.A inbentarioa.
- b. M-CHAT.
- c. CMAS-R eskala.
- d. Merrill-Palmer.

Txostenaren arabera, arlo kognitiboan arreta-zailtasunak ikusten dituzte, baita inpultsibitate handia ere, eta horregatik egoten da denbora laburra jarduera batean. Askotan, arreta falta horrek ekintza komunikatiboak eta sozialak zailago egiten ditu.

33. Adierazi zein den baieztapen ZUZENA:

- a. Arreta faltak eta gorputz kailosoaren hipoplasiak ez dute zerikusirik.
- b. Probabilitaterik handieneko diagnostikoa: TDAH konbinatua eta garapenaren nahasmendua.
- c. Gurasoen antsietateak eta gehiegi babestu izanak eragin dituzte arreta falta eta inpultsibitatea.
- d. Amaren depresioak ez du sistematikoki eta linealki eragiten umeak patologia bat izatea, eta ez du eragiten elkarrekintzen arloko eskasia bat.

Umeak begi-kontaktu eskasa egiten du elkarrekintza bat hasi, mantendu edo bukatzeko, eta areagotu egiten da "jolas zirkular"etan eta antzeko jardueretan. Jarduerekin edo berarekin elkarrekintzan diharduten pertsonekin gozaten ari dela edo ez duela nahi adierazteko gauza da (negar edo irribarre eginez, keinuekin edo hitzez eskatuz jarduerarekin jarraitu nahi duela). Agindu errazak ulertzen ditu, eta "zer", "nor" eta "non" partikulak dituzten galderei erantzuten die. Tarteka, esaldi batzuk ezohiko moduren batean erabiltzen ditu, edo testuingurutik kanpo. Zenbaki guztiak ezagutzen ditu 99ra arte, letra guztiak dakizki, bere kideen izen idatziak bereizten ditu (eta bere kideak ere bai) eta koloreak bereizten ditu. Ia ez du parte hartzen bere kideekin jolastean, eta ez dago jolas sinbolikorik.

34. Ume honi TEA diagnostikatuko bagenio, DSM-V diagnostikoen sailkapeneko irizpideen arabera, OKERREKO baieztapena izango litzateke:

- a. Larritasunaren adierazleak aldatu egin daitezke testuinguruaren arabera, baita denbora joan ahala ere.

- b. Komunikazio sozialari lotutako zailtasunen larritasuna, eta jokabide mugatu eta errepikakorrena, bereizirik ebaluatu behar dira.
- c. Komunikazio sozialaren nahasmenduak (pragmatikoa), TEAk ez bezala, ez du bereizgarri hizkuntzaren mugarren lorpenaren atzerapena, ezta egiturazko hizkuntzaren inguruko arazoak ere.
- d. Aldi berean diagnostikatu ahal dira TEA eta mugimendu estereotipatuen nahasmendua, baldin eta azken horiek autolesioak eragiten badituzte eta tratatzen badira.

35. Umea eskolaratzeari dagokionez, zer izango litzateke egokiena?

- a. TEA duten umeentzako heziketa-zentro berezi batean eskolatzea.
- b. Hezkuntza-premia bereziak dituzten umeentzako baliabideak dituen eskola arrunt batean eskolatzea.
- c. Baliabide espezifikorik gabeko gela arrunt batean eskolatzea, ikaskuntzetan bere adinerako espero denaren gainetik dagoelako jada.
- d. Gaitasun handiekiko sentsiblea den zentro batean eskolatzea, bere gaitasunak osoki gara ditzan.

Erreserbako galdera

36. Nerabezaroan, bere bilakaerari dagokionez, kasu hauetakoren bat FALTSUA da:

- a. Aldi honetako birmoldaketa psikikoek mugatuak izaten jarraitzen dute, eta ez dute ahalbidetzen paziente horiek maila benetan genitalizatu batera iristea beren objektu-harremanean.
- b. Pubertaroko eraldaketak aldaketak eragiten ditu koadro klinikoan.
- c. Jarraitutasuna egongo da, halaberrez, haurtzaroko psikosiaren eta helduarokoaren artean, nerabezarotik igaroz.
- d. Bizitzako gertakariak epigenoma aldatzen dute, eta horregatik, baliteke lehen haurtzaroan isilduta dauden geneak aktibatzea, hau da, fenomeno epigenetiko mesedegarriak gerta daitezke, ekintza terapeutikoak edo ikaskuntzak bizitza ekar lezaketanak.

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren
19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución 111/2018 de 7 de febrero
de 2018 (B.O.P.V. N° 35 de 19 de
febrero de 2018)

KATEGORIA:

**FAK. ESP. HAURRENTZAKO PSIKIATRIAKO
MEDIKUA**

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO PSIQUIATRÍA INFANTIL

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 20a**
Fecha prueba: **20 de mayo de 2018**

2. ariketa / 2º ejercicio

CASO N° 1

Un niño de 12 años, es atendido por su psiquiatra en una consulta de seguimiento.

De siempre ha sido un niño impulsivo, con marcada dificultad para centrar la atención, inquietud psicomotriz y dificultades en las relaciones sociales por no respetar los turnos de juego en grupo. A los 7 años fue diagnosticado de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y un año después comenzó tratamiento con Metilfenidato, el cual mantiene prescrito en la actualidad.

Además de estos síntomas el niño presenta desde hace años rasgos de escrupulosidad, lava el vaso que va a utilizar en casa aunque esté limpio, y por ello se niega a comer en el comedor escolar. Ya lleva unos tres años que se lava las manos muchas veces cada vez que toca algo e incluso ha llegado a provocarse escoriaciones; otras veces coge objetos con pañuelos “para no ensuciarse”, o abre las puertas apoyando los codos en la manilla. Suele tender a hacer algunas cosas un número repetido de veces (como abrir y cerrar la mochila, encender la luz de su habitación o al entrar en su habitación que debe entrar y salir varias veces) o colocar “en orden” los objetos de su dormitorio bien alineados, todo lo cual le consume mucho tiempo. Los padres refieren que si no realiza estos actos se enoja y en alguna ocasión ha llegado incluso a empujarlos para que le dejen hacerlo. El psiquiatra recomendó a los 9 años tratamiento farmacológico para estos síntomas, pero los padres prefirieron no darle más medicaciones dado que tomaba Metilfenidato. No obstante sí siguieron la recomendación de que el niño iniciara tratamiento psicoterapéutico individual dirigido específicamente a esas conductas.

Hace dos años comenzó a presentar movimientos de parpadeo y en cuello, que siguieron de sacudidas de hombros y brazos y más tarde comenzó a emitir repetidamente sonidos guturales y de carraspeo por los que ha recibido bromas de sus compañeros llegando incluso a protagonizar peleas en clase.

En la consulta de hoy la madre del menor comenta al psiquiatra que en el último año el niño ha sufrido un empeoramiento de su impulsividad y de su capacidad de atención, unidos al agravamiento de las conductas que el niño hacía. Persiste llevando a cabo los comportamientos referidos en relación a la limpieza, el orden y a la realización de conductas un número repetido de veces. Pero además presenta conductas que la madre ve como extrañas, las cuales consisten en unas ocasiones en contorsiones del cuerpo súbitas que se acompañan de movimientos del tronco, brazos y hombros; y en otras ocasiones mientras deambula se agacha toca el suelo con la palma de la mano, después lame esa palma de la mano, emite un chirrido y dando un salto continua andando.

1.- ¿Cuál de los siguientes trastornos presenta este niño?

- a) Trastorno del espectro autista.
- b) Trastorno bipolar, episodio maniaco.
- c) Trastorno obsesivo compulsivo.
- d) Trastorno por movimientos estereotipados.

2.- Señale cuál de los siguientes fármacos está indicado para el tratamiento farmacológico del trastorno que presenta el niño referido en la pregunta nº 1.

- a) Sertralina.
- b) Guanfacina.

- c) Aripiprazol.
- d) Acido Valpróico.

3.- Señale si el niño del caso clínico presenta un tercer trastorno psiquiátrico comórbido diferente al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y al señalado en la pregunta nº 1.

- a) Trastorno esquizofreniforme.
- b) Trastorno de la Tourette.
- c) Trastorno disruptivo.
- d) No presenta ningún otro trastorno comórbido.

4.- En relación con este caso clínico, señale la respuesta FALSA.

- a) Son esperables antecedentes en familiares de primer grado de alguno de los trastornos del niño dada la predisposición genética que caracteriza estos casos.
- b) El tratamiento farmacológico indicado a los 9 años, y que no siguieron, habría evitado la aparición de los síntomas de novo que presenta en la consulta actual.
- c) Los trastornos que presenta este niño son el resultado de una disfunción frontal, límbica y de ganglios de la base.
- d) El tratamiento psicoterapéutico más probable que fue indicado en la consulta de los 9 años de edad fue un tipo de Terapia Cognitivo Conductual.

5.- Teniendo en cuenta que el niño sigue tratamiento psicoterapéutico individual, y dada la clínica, evolución y comorbilidad que presenta, el psiquiatra baraja varias opciones respecto al tratamiento farmacológico a indicar en la consulta actual. Señale la correcta.

- a) Sustituir Metilfenidato por Lisdexanfetamina.
- b) Descender dosis de Metilfenidato y no indicar otro fármaco.
- c) Asociar Clomipramina al Metilfenidato
- d) Sustituir Metilfenidato por Risperidona

PREGUNTA DE RESERVA

6.- Señale cuál de los siguientes fármacos pudo ser el que indicó el psiquiatra cuando el niño tenía 9 años de edad y que los padres decidieron no administrárselo.

- a) Cloracepato dipotásico.
- b) Risperidona.

- c) Fluvoxamina.
- d) Topiramato.

Chico de 15 años que acude por primera vez a consulta a iniciativa del Centro Educativo semiabierto de Justicia Juvenil donde es internado tras resolución judicial (Juzgado de menores) por denuncia y episodios recurrentes de violencia filio-parental. La denuncia de los progenitores ocurre tras un nuevo episodio de agresión y amenazas (arma blanca) a la madre y la destrucción de gran parte del mobiliario del hogar (muebles de cocina, ventanas y puerta). La psicóloga forense advierte que “la violencia reiterada mostrada ha sido premeditada y predatoria”. En la entrevista de acogida los progenitores destacan un embarazo y desarrollo psicomotor normales. Hijo único, destacan que siempre se había mostrado muy decidido y autónomo, habiéndose asociado desde pequeño a grupos de compañeros mayores que él. No es infrecuente que pase la noche fuera de casa. Reconocen cierta incoherencia en la crianza motivada por “personalidades diferentes”, que sobre todo en primera infancia trataron combatir con “gran disciplina”. Rendimiento académico aceptable hasta que a la edad de 13 años comienza a presentar conflictos significativos con progenitores, profesores y compañeros del colegio, y a ausentarse de manera recurrente de las clases. A pesar de haberse objetivado el consumo habitual de cannabis, los padres siempre creyeron “las mentiras que nos profesaba” y dicen que ahora saben que eran utilizadas “para evitar castigos”.

7.- ¿En base a la descripción clínica cuál es el diagnóstico DSM-5 que mejor explica el funcionamiento del paciente?

- a) Trastorno negativista desafiante.
- b) Trastorno explosivo intermitente.
- c) Trastorno de la conducta.
- d) Trastorno de la personalidad antisocial.

8.- Atendiendo a la presentación clínica del cuadro podríamos especificar que se trata de:

- a) De inicio infantil.
- b) De inicio precoz.
- c) De inicio adolescente.
- d) De inicio no especificado.

9.- Los criterios diagnósticos del presente diagnóstico incluyen:

- a) Historia de agresión a personas y animales, pero nunca ocasionando daños graves y/o agresiones sexuales.
- b) Episodios de destrucción de la propiedad (nunca prendiendo fuego a una vivienda con personas o animales en su interior).
- c) Peleas frecuentes.
- d) Todos ellos.

10.- Una de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con el diagnóstico del paciente:

- a) La asociación con síntomas de hiperactividad y/o déficit de atención parece predecir una peor evolución.
- b) Existe una asociación marcada con el consumo de sustancias ilegales pero raramente con el inicio de conductas sexuales de manera precoz.
- c) Las ideas y tentativas de suicidio, así como el suicidio consumado, pueden producirse en un porcentaje mayor de lo esperado.
- d) Una inteligencia por debajo de la media puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo del trastorno.

11.-Cuál de las siguientes afirmaciones podría asociarse al diagnóstico en cuestión y, por tanto, formar parte de la entrevista de devolución a los progenitores:

- a) Probablemente, y a pesar de lo que la familia advirtió, los síntomas pudieron iniciarse durante el periodo que va desde la infancia media a la adolescencia.
- b) Es raro que el trastorno remita en la edad adulta.
- c) Se trata de un diagnóstico que no puede llevarse a cabo en personas mayores de 18 años.
- d) Poco frecuentemente los jóvenes con este diagnóstico alcanzan una adaptación social y laboral adecuada en su vida adulta.

PREGUNTA DE RESERVA

12.- En el proyecto educativo del chico en cuestión incluiremos:

- a) Entrevistas familiares de orientación y apoyo.
- b) Psicoterapia grupal y/o individual del joven.
- c) Coordinación con los agentes educativos.
- d) Todas ellas.

caso 3

Niño de 5 años y 2 meses, que consulta por dificultades de relación, es muy vergonzoso y tiene pocos recursos a nivel de lenguaje. Aportan informes de valoración realizados a los tres años y medio por un servicio especializado en autismo, que descarta trastorno del espectro autista. En aquel momento hablaba poco y miraba poco a la cara. Al nacer tragó meconio y estuvo con oxígeno durante una hora. La madre no se sentía bien, tuvo cólicos biliares durante el último mes de embarazo, no lactancia materna, el primer biberón se lo dio el padre por indisposición de la madre, a la que intervinieron quirúrgicamente al mes y medio del parto. Bebé bueno, tranquilo, sin mayores dificultades. Al año y medio tenían la impresión de que no entendía lo que se le decía. Derivado a neuropediatría a los tres años y medio, la exploración neurológica es normal.

A la exploración la motricidad fina es torpe, presenta cierto retraso del lenguaje, no extrañeza ante el evaluador. Rechaza hacer las cosas que le cuestan, si se frustra, se bloquea mucho y dice "soy malo (haciendo eso)". Durante el tratamiento aparecen fases de encopresis que desaparecen y vuelven por periodos.

Se le pasa un Bender que informan de inmadurez visuoperceptiva. EMAV dentro de la normalidad y WISC-V con CI de 99 homogéneo.

Con seis años y medio cambio de terapeuta y cuando se quedan a solas deshace el puzzle del suelo tirando las piezas en todas direcciones, agrediendo ligeramente con una de las piezas a su nuevo terapeuta, teniendo este que recordarle los límites del espacio "no se pueden romper las cosas ni hacernos daño", a lo que pregunta al terapeuta si tiene miedo, hablando de meteoritos que pueden romper el universo y provocar la destrucción de los dinosaurios. Se calma y acepta bien los límites, pidiendo perdón enseguida.

Madre muy ansiosa, con sensación de no hacer todo lo que puede por ayudarle, el padre no da tanta importancia a las dificultades del hijo, piensa que ya se le pasará y aunque presente deja que sea la madre quien se ocupe de la crianza, quejándose de tener que ir de consulta en consulta, a demanda de esta.

13.- Respecto a la ENCOPRESIS, ¿cuál de las siguientes aseveraciones es CORRECTA?

- a) El retraso en la madurez fisiológica no afecta al conflicto afectivo tipo retención-expulsión
- b) La primera propuesta terapéutica ante una encopresis secundaria sería un tratamiento sintomático tipo enema o supositorio
- c) Las materias fecales son vehículo de fuerte carga afectiva siempre ligada al contenido del cuerpo
- d) La dimensión relacional está poco relacionada con la constitución de la encopresis, excepto si la madre tiene una exigencia de control muy precoz

- 14.-** Cuál de los siguientes síntomas sería indicio de buen pronóstico en la evolución del tratamiento:
- a) El retraso en la adquisición del lenguaje comprensivo
 - b) El retraso en la psicomotricidad fina
 - c) La presencia de angustia ante un nuevo profesional
 - d) La encopresis
- 15.-** Respecto a la agresividad que muestra en su primera sesión individual con su nuevo terapeuta:
- a) Sus limitaciones en la utilización del lenguaje verbal le hacen expresar su angustia de una manera agresiva
 - b) Está producida por la angustia de separación
 - c) Probablemente son reflejo de la agresividad con la que ha sido tratado
 - d) Es la muestra de su grave desorganización mental
- 16.-** Respecto al funcionamiento familiar:
- a) La ansiedad de la madre por el desarrollo de su hijo será el motor de su recuperación
 - b) La ansiedad de la madre es un resto de la preocupación maternal primaria y su progresiva retirada necesaria para el buen desarrollo de las competencias del niño no parece haberse podido realizar convenientemente.
 - c) La ansiedad de la madre respecto a la evolución del hijo está relacionada con su culpabilidad de no haber sido buena madre y es la que provoca las disfunciones del niño
 - d) La dificultad de este niño ante la frustración es la muestra de un funcionamiento familiar muy permisivo con dificultad para poner los límites.
- 17.-** Entre las diferentes categorías diagnósticas de la CIE-10, ¿cuál sería el diagnóstico más probable?
- a) Trastorno específico del lenguaje F80
 - b) Trastorno hiperactivo F90
 - c) Trastorno generalizado del desarrollo no especificado F84.9
 - d) Trastorno específico del desarrollo mixto F83

PREGUNTA DE RESERVA

- 18.-** Qué tipo de tratamiento le parecería más adecuado:
- a) Logopedia y psicomotricidad relacional
 - b) psicomotricidad relacional y terapia familiar
 - c) Tratamiento farmacológico y terapia familiar
 - d) Logopedia, psicomotricidad relacional, psicoterapia individual y trabajo familiar

CASO PRÁCTICO 4

Ana es una niña de 24 meses de edad, originaria de Centroamérica. Sus padres emigraron a España 3 años antes de nacer la pequeña. Por dificultades económicas y en la pareja, la madre (ya embarazada de Ana) decide volver a su país y tener a su hija allí. A pesar de tener a la abuela materna cerca (definida como un gran apoyo para la madre), la madre de Ana se sentía muy sola tras el nacimiento de su hija y describe haber tenido una relación muy próxima a la pequeña, que la ayudó a “no caer en una depresión”. Sin embargo, la madre se sentía muy culpabilizada de privar a su hija de la figura paterna. El padre había ido sólo una vez a verla cuando Ana cumplió 1 año.

Teniendo la niña 14 meses de edad, de un día para otro, la madre decide volver a España con la intención de arreglar la situación con el padre. A los 15 días del viaje, la abuela materna y referente para la niña, fallece súbitamente, quedando una tía lejana al cuidado de la pequeña Ana. La madre no puede ir a buscarla hasta pasados 5 meses. Lo hizo al recibir la llamada de “un conocido de la familia” diciendo que Ana estaba mal y había que llevarla al médico. La pequeña, que para entonces tenía ya 19 meses, había dejado de jugar y de interesarse por las cosas. Parecía triste, ida, no quería estar con nadie, ni sonreía, y dormía muy mal. Había que exigirle mucho para conseguir que comiese. Sólo comía purés, a pesar de que antes masticaba bien. Dejó también de caminar, cosa que sorprende mucho a la madre porque ella la dejó dando sus primeros pasos. La madre se vio muy afectada al ver que su hija no la había reconocido, llegando a pensar que se había olvidado de ella. En su país le hablaron de un retraso madurativo y no se sentía capacitada para cuidar a su hija sola. El padre convenció a la madre para traerla de regreso a España, ya con 24 meses.

El pediatra que la ve constata que Ana presenta un cuadro de diarreas y que su estado físico está al borde de la desnutrición, por lo que plantea una intervención intensiva de consultas junto a la enfermera en el centro de salud. Pero lo que más le preocupa es que Ana parece encerrada en sí misma, no llora ni se queja. Su tono motor es hipotónico y casi no le responde cuando el médico interactúa con ella. El padre la coge en brazos como si fuese un bebé. Tiene que repetirle varias veces su nombre, parece que no escucha y en su país tuvo varias otitis. Sin embargo, la audición es correcta. Otra preocupación del médico es la labilidad del estado de ánimo de la madre tras la muerte de la abuela materna, le parece que hay riesgo de negligencia y solicita una consulta urgente con el Centro de Salud Mental de niños y adolescentes que le corresponde.

19.- ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS A PLANTEAR EN ESTE CASO ESTÁN TODOS LOS SIGUIENTES EXCEPTO

- a) Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado
- b) Trastorno Reactivo de la Vinculación
- c) Mutismo selectivo
- d) Depresión anaclítica

20.- CUAL SERIA EL PLAN DE EVALUACIÓN Y EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL MAS INDICADO EN ESTE CASO

- a) Exploración de juego con la niña a solas para observar además la reacción a la separación de la madre
- b) Pasación rápida de pruebas del desarrollo para evaluar la gravedad del retraso
- c) Entrevista padres-hija para observar la calidad del vínculo
- d) Entrevista inicial con los padres solos para valorar sus competencias y potencial psicopatología

21.- QUE 3 HITOS DEL DESARROLLO SE ESPERARÍA QUE HAYA LOGRADO ESTA NIÑA A LOS 24 MESES DE EDAD

- a) Reacción de angustia ante el extraño, adquisición del No y lenguaje fluido con frases de más de 3 palabras
- b) Reacción de angustia del 8º mes, lenguaje fluido con frases de más de 3 palabras, y deambulación a solas
- c) Adquisición del No, permanencia de objeto perceptivo (Piaget) y lenguaje fluido con frases de más de 3 palabras
- d) Deambulación a solas, reacción de angustia ante el extraño y permanencia de objeto perceptivo (Piaget)

22.- UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS NO ESTÁ INDICADA EN LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DESARROLLO DENTRO DE LA VALORACIÓN DIAGNÓSTICA EN UNA NIÑA DE 24 MESES

- a) Escalas Bayley-III
- b) Escala Wechsler para niños WISC-V
- c) Escalas Merrill-Palmer revisadas
- d) Escala Brunet-Lezine

23.- QUE TIPO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SERÍA LA MAS INDICADA

- a) Intervención de Atención Temprana basada en estimulación psicomotora y del lenguaje
- b) Consultas madre-hija e intervención de apoyo por un educador familiar en el hogar
- c) Hospitalización para separar a la niña de su familia y tratar la situación de riesgo médico
- d) Emplazamiento en una familia de acogida dado el riesgo de insuficiencia de los padres biológicos

PREGUNTA DE RESERVA

24.- UNA DE ESTAS FASES NO FUE DESCRITA POR BOWLBY DENTRO DE LA REACCIÓN DE UN NIÑO DE MÁS DE 8 MESES A LA SEPARACIÓN DE SU CUIDADOR PRIMARIO

- a) Fase de distanciamiento
- b) Fase de apego simbiótico
- c) Fase de desesperación
- d) Fase de protesta

CASO PRÁCTICO 5

MOTIVO DE LA CONSULTA

Jokin es un adolescente de 13 años que nos es dirigido por su pediatra por episodios repetidos de dolores abdominales inespecíficos que justifican un absentismo escolar en el último año y medio de su escolaridad. Estas dificultades motivan un final del 6º curso de primaria que el paciente salva por un rendimiento suficiente y por sus capacidades a pesar del bajón de su rendimiento.

Jokin es el segundo de dos hermanos. Su hermana 6 años mayor cursa estudios de filología en Gasteiz, fuera de casa, desde hace un año.

OBSERVACIÓN

En su primera consulta, el paciente cursa ya su segundo trimestre de la ESO. Nos llama la atención por su parquedad y sus dificultades a expresar de forma clara su situación. Cabizbajo nos transmite una buena relación con sus compañeros sin llegar a verbalizar preferencias ya que todos serían sus amigos. Resulta penoso conseguir información de su parte a pesar de una actitud colaborante ya que sus respuestas se caracterizan por el “no sé”, “depende” y “sin más”. Incluso cuando se le cuestiona por sus intereses y deseos, estos parecen asociados a otras personas. Ejemplo: Deseos: 1º que su familia tenga buena salud, 2º que no haya conflictos armados en el mundo, 3º mejorar en sus estudios. En relación a esto, Jokin no puede transmitirnos posibles elecciones profesionales y prefiere conservar su edad, anticipando complicaciones al crecer... “todo será más difícil”.

La entrevista con los padres se caracteriza por la sobreestimación por estos, de los aspectos académicos. Asimismo acentúan la dejación de responsabilidad del hijo. Nos transmiten numerosas ayudas escolares, así como la lentitud de Jokin, su dispersión actual y un cambio de temperamento desde hace un año y medio, momento en el que el paciente, de carácter más bien afable, discreto y responsable, empieza a mostrarse irritable, menos interesado por lo escolar, siempre cansado y durmiendo de forma exagerada. No observan en todo este tiempo variaciones o periodos de remisión de este estado. Reconocen diferencias y conflictos entre ellos sobre las actitudes de justificación o firmeza ante el empeoramiento global del hijo. “Pensábamos que era la adolescencia”. El padre que se reconoce más severo y con menos paciencia, describe a su hijo como un comodón y un parado, acentuando estos rasgos por su abandono de diferentes intentos de deporte y actividades físicas. La madre confirma el desinterés general de Jokin por lo deportivo-competitivo, salvando su obsesión por los cómics de súper-heroes, pasión que compartía con un compañero. “Eran como uña y carne”, se separaron al final de 5º de primaria al cambiar el amigo de ciudad.

ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES

La madre refiere la pérdida de un hijo nato, en el 2º mes de vida por una malformación cardíaca, 3 años antes del nacimiento de Jokin. Describe sus inquietudes durante el 1er año así como el sueño agitado y la irritabilidad de Jokin bebé. “Quería estar siempre en brazos”. Pecho hasta los 9 meses, con dificultades en el paso a sólidos. Angustias ante extraños que motivan que la madre solicite excedencia de su puesto de cajera, hasta los 3 años y medio. Dificultades al inicio del preescolar con 3 años y medio, lenguaje claro hacía los 4 años. Control esfinteriano hacia los 3 años pero episodios de encopresis retentiva con 5 años. Fobias diversas (oscuridad, olas y catástrofes) y pesadillas con colecho hasta los 9 años. Con respecto a las pesadillas el paciente recuerda una repetitiva en la que “un tsunami vuelca su embarcación, él nada hacia la costa pero no consigue llegar porque las olas le devuelven al mar”.

- 25.- El presente cuadro clínico nos orientaría hacia cual de estos diagnósticos:**
- a) Trastorno de ansiedad de separación.
 - b) Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
 - c) TDAH forma inatenta.
 - d) Distimia.
- 26.- De las diferentes actitudes terapéuticas cual considera la menos ajustada:**
- a) Apoyo pedagógico y estimulantes.
 - b) Intervención psicoterapéutica mixta con la familia y el menor.
 - c) Tratamiento grupal orientado a la relación y a la socialización.
 - d) Tratamiento con ISRS y psicoterapia individual.
- 27.- Dadas las dificultades expresivas del menor, qué pruebas no podrían ser útiles para un juicio diagnóstico más afinado:**
- a) TAT y test de figura humana
 - b) Inventario de depresión de BECK o KOVACS
 - c) EMAY y Test de REY
 - d) WISC y MACI
- 28.- Con respecto a la encopresis, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:**
- a) La encopresis secundaria con estreñimiento y rebosamiento puede representar el 50%-60% de los casos de encopresis.
 - b) La mayor parte de los niños con encopresis funcional parecen no tener problemas importantes de comportamiento.
 - c) La encopresis secundaria suele aparecer frecuentemente después de los 8 años.
 - d) La retención puede ser secundaria a los conflictos entre los padres en torno al entrenamiento intestinal, o también a un evitamiento fóbico del baño.
- 29.- Con respecto a los trastornos de ansiedad, cual de estas afirmaciones es falsa:**
- a) El mejor predictor de la alteración funcional en niños con trastornos de ansiedad de la infancia es la información de la madre acerca de las dificultades de comportamiento del hijo.
 - b) En algunos estudios con pacientes entre 7 y 18 años con TAG, más de la mitad de la muestra presentaba un trastorno depresivo comórbido.
 - c) Kendall (2001) señala que los individuos con diagnóstico de trastorno ansioso, con un trastorno comórbido presentaban síntomas interiorizados menos graves que el que presentaba solo un trastorno ansioso.
 - d) En estudios de grupos de niños con trastorno de ansiedad de separación, la proporción entre sexos es equivalente y en preadolescentes ligeramente superior en las chicas.

PREGUNTA DE RESERVA

- 30.- En los trastornos de síntomas somáticos, cual de las afirmaciones no es cierta:**
- a) La población pediátrica con trastornos de somatización tiene un mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos.
 - b) Los niños con enfermedades crónicas pueden tener un desarrollo emocional con grados de disfunción bajos.
 - c) Los trastornos funcionales no presentan componentes psicológicos que influyan en la recidiva y la persistencia de los síntomas.
 - d) La aparición de asma a los dos años se ha asociado con problemas tempranos de afrontamiento y capacidad parental de la madre.

CASO PRÁCTICO NÚMERO 6

Madre 40 y padre de 37 años. Llevan juntos más de 10 años y no se habían planteado tener hijos por problemas ginecológicos (miomas y metrorragias). Al cumplir los 39 el ginecólogo le propone una histerectomía ya que las miomectomías previas no han sido efectivas. Dejan los métodos anticonceptivos y a los pocos meses se queda embarazada con un aborto espontáneo a las 10 semanas. Pasados unos meses se queda embarazada de nuevo. Es un buen embarazo, con un parto a término por cesárea ya que el feto está en transversa .

Peso: 3200, APGAR 8/10. Tortícolis derecha , ligera plagiocefalia y pies en equino. Es un niño tranquilo, de aspecto serio al que le cuesta conciliar el sueño de forma espontánea; lactancia materna a demanda tras de la cual se duerme en pocos minutos por cortos periodos de tiempo, permaneciendo en brazos de la madre, con todo totalmente en silencio para que no se despierte. Siempre duerme con alguno de los progenitores. Son derivados al servicio de rehabilitación(sesiones semanales ,10 meses), solucionando la tortícolis y la malposición de los piés. Acuden a urgencias con frecuencia (asma del lactante). La madre siguió de baja después de la baja maternal.

Hitos: sonrisa al mes, deambulación independiente al año y medio. A los dos años tiene lenguaje inteligible y comunicativo. Hace sus necesidades en el pañal, aunque pide el orinal para sentarse.

Hacia los dos años, observan que el niño corre de una manera extraña, repentinamente ladea el cuello como si perdiera tono frecuentemente con el cansancio; se alarman volviendo a solicitar cita. Se descarta que sea una recidiva del tortícolis y el traumatólogo solicita una RMN, en la que aparece un adelgazamiento del cuerpo calloso en su tercio medio, con una silla turca ensanchada asociada a hipófisis de volumen pequeño. Y son derivados a Neuropediatría y de allí a atención temprana.

31. Señale la respuesta que NO es correcta respecto a la hipoplasia del cuerpo calloso:

- a. puede ser un hallazgo casual
- b. es frecuente que se asocie a retraso psicomotriz
- c. es frecuente que se asocie a alteraciones en el lenguaje
- d. cuando hay agenesia del cuerpo calloso, la expresión clínica es igual en zurdos y diestros.

En la valoración de Atención Temprana a los 26 meses , tras pasar la Escala de Desarrollo de Brunet -Lèzine y la escala Peabody de Desarrollo Motor, se concluye que hay dificultades en todas las áreas, en especial la motora y la social.

32. Una de las siguientes pruebas NO es útil para el enfoque diagnóstico de este paciente:

- a. Inventario I.D.E.A de Rivière

- b. M-CHAT
- c. escala CMAS-R
- d. Merrill-Palmer.

Según el informe, en el área cognitiva observan dificultades de atención y mucha impulsividad, por lo que permanece cortos periodos de tiempo en la misma actividad. En muchas ocasiones esta falta de atención dificulta los actos comunicativos y sociales.

33. Señale la afirmación CORRECTA:

- a. la falta de atención y la hipoplasia del cuerpo calloso no tienen nada que ver.
- b. el diagnóstico más probable es el de TDAH tipo combinado comórbido con trastorno del desarrollo
- c. la ansiedad y sobreprotección de los padres han causado esta falta de atención e impulsividad.
- d. la depresión materna no provoca sistemática y linealmente una patología en el niño ni induce una carencia interactiva.

El niño establece escaso contacto ocular para iniciar, mantener o terminar una interacción, aumentando en actividades como " juegos circulares". Es capaz de mostrar disfrute o rechazo por actividades o personas con las que interactúa, mediante llanto, sonrisas, gestos o demandas verbales de continuar con la actividad. Comprende órdenes sencillas y responde a preguntas con partículas "qué", "quién" "dónde". Ocasionalmente emplea frases de manera inusual o descontextualizada . Reconoce todos los números hasta el 99, todas las letras, los nombres de sus compañeros escritos (y a los compañeros) y los colores . Apenas participa de los juegos con iguales ni hay juego simbólico

34. Si diagnosticáramos de TEA a este niño , según criterios del DSM V ,señalaría como INCORRECTA:

- a. Los indicadores de gravedad pueden variar según el contexto y fluctuar en el tiempo.
- b. La gravedad de las dificultades para la comunicación social y de los comportamientos restringidos y repetitivos se deben evaluar por separado.
- c. El trastorno de la comunicación social (pragmático) a diferencia del TEA ,no se caracteriza por retraso para alcanzar los hitos del lenguaje o problemas con el lenguaje estructural.
- d. Se puede diagnosticar simultáneamente TEA y trastorno de movimientos estereotipados sólo si estos últimos causan autolesiones y son objetivo del tratamiento.

35. Respecto a la escolarización de este menor , lo más adecuado sería:

- a. Escolarizarlo en un centro de educación especial para niños con TEA.
- b. Escolarizarlo en aula ordinaria con recursos de niños incluidos en NEE.
- c. Escolarizarlo en aula ordinaria sin recursos específicos porque en los aprendizajes va por encima de lo esperado para la edad.
- d. Escolarizarlo en un centro sensible a las altas capacidades para que las desarrolle plenamente.

Pregunta de reserva

36. En la adolescencia alguno de los siguientes supuestos respecto a su evolución es FALSO:

- a. Las remodelaciones psíquicas de este periodo siguen siendo limitadas y no posibilitan el acceso de estos pacientes a un nivel auténticamente genitalizado de su relación de objeto.
- b. La transformación puberal provoca modificaciones en el cuadro clínico.
- c. Inevitablemente habrá una continuidad entre la psicosis infantil y la del adulto pasando por la adolescencia.
- d. Los acontecimientos vitales modifican el epigenoma, por lo que genes silenciados en la primera infancia podrían activarse, es decir, fenómenos epigenéticos favorables pueden desencadenarse para experimentar acciones terapéuticas o aprendizajes.