



ACTA Nº 2

TRIBUNAL DE LA PRUEBA PRÁCTICA PARA EL ACCESO EXTRAORDINARIO AL TÍTULO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA CONVOCADA POR RESOLUCIÓN DE LA DIRECTORA GENERAL DE ORDENACIÓN PROFESIONAL DEL MINISTERIO DE SANIDAD EL 29 DE MAYO DE 2023.

ASISTENTES:

PRESIDENTA:

D^a. Pilar Carbajo Arias.

VOCALES:

D^a. María José Parellada Redondo.

D^a. Montserrat Graell Berna.

D^a. María Luisa Lázaro García.

SECRETARIA:

D^a. Elisa Álvarez Delgado.

OTROS ASISTENTES:

D^a. Sara Vivas Fernández.

Subdirectora Adjunta de la
Subdirección General de Formación
y Ordenación Profesional.

D^a. María Félix García Martín.

Presidenta suplente.

Siendo las 13:00 horas del día 17 de julio de 2023 se reúnen mediante videoconferencia, las personas que aparecen relacionadas al margen.

Se inicia la reunión para tratar el siguiente orden del día:

1. Impugnaciones en relación con la prueba práctica para el acceso por la vía extraordinaria al título de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
2. Ruegos y preguntas.

1. Impugnaciones en relación con la prueba práctica para el acceso por la vía extraordinaria al título de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Se abre la reunión presentando un resumen de los datos relacionados con las impugnaciones remitidas por los candidatos y se informa de la petición en forma de alegación repetida de proceder a la impugnación del caso tercero en su totalidad.

Los expertos informan que, con anterioridad a esta reunión, han realizado una revisión pormenorizada del total de las impugnaciones/alegaciones y proceden a su exposición. Tras el análisis correspondiente (la justificación a la decisión afirmativa o negativa de su aceptación se incorporan como anexo a la presente acta), el tribunal acuerda lo siguiente:

- Anulación de la pregunta 38.
- Cambio de la respuesta de la pregunta 40, de tal modo que pasa de ser correcta la opción "C" a ser correcta la opción "D".



- Debido a la anulación de la pregunta nº 38, el caso práctico 3 se evaluará en base a las 14 preguntas restantes y para superarlo será necesario obtener una puntuación igual o superior a 7 puntos.
- El resto de preguntas del cuestionario, así como sus correspondientes respuestas consideradas como correctas en la plantilla inicialmente publicada, se mantienen sin modificaciones.

2. Ruegos y preguntas.

Tras comentario de la información que han hecho llegar tanto candidatos como Sociedades Científicas, se concluye que el ejercicio respondía a un nivel de dificultad adecuado para aquellos que ejerzan su actividad en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Sin más asuntos que tratar, se da por terminada la sesión a las 14:30 horas.

Firmado en Madrid a 20 de julio de 2023.

SECRETARIA

D^a. Elisa Álvarez Delgado

V^o B^o LA PRESIDENTA

D^a. Pilar Carbajo Arias



ANEXO
ANÁLISIS DE LAS IMPUGNACIONES PRESENTADAS

CASO PRÁCTICO 1:

Pregunta 1.

Alegan que también podría tener un mutismo selectivo, invalidando como falsa la respuesta C. También alegan como "no al uso" la clasificación 0-3.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

No hay ningún dato en la historia que permita sospechar mutismo selectivo, en cualquier caso, solo se hace referencia a que no habla ni con la madre ni con el evaluador.

La clasificación 0-3 se sigue usando en entornos pediátricos y no ha sido sustituida por subsiguientes versiones.

Pregunta 4.

Alegan que la Merryl-Palmer no está "indicada", que se puede usar en esas edades. Cuestiona el término indicado haciendo referencia a una guía concreta que no la incluye como las escalas que recomienda.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

La prueba Merryl Palmer se puede administrar a los 36 meses (lo que reconoce en su respuesta el alegante), por lo que la respuesta C es correcta. PMID: 30569744.

Pregunta 6.

Alegan que la respuesta B es también falsa ("Los profesionales deben vigilar la presencia de posibles señales de alarma desde al menos los 12 meses")-alegan que el diagnóstico no es fiable hasta los 2 años.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

No se pregunta a partir de qué edad el diagnóstico es fiable sino desde cuándo se pueden ver signos de alarma, que está totalmente entendido que se observe a partir de al menos los 12 meses para detectar signos de riesgo e intervenir.

Pregunta 7.

Alegan que también es falsa la D porque dice que tras el diagnóstico se deben evaluar las necesidades y capacidades, pero que eso es parte del diagnóstico y no a posteriori.

Alegan que también falsa la opción B, que el método ABA se dirige a analizar la conducta no a tratar. Cuestionan que la opción C sea correcta.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

El diagnóstico no implica evaluación de necesidades y capacidades necesariamente. El diagnóstico puede ser TEA por cumplimiento de criterios y no haber hecho valoración de función adaptativa, capacidad cognitiva y otras evaluaciones necesarias para tomar las decisiones educativas y de intervención (de hecho, la guía NICE dice lo mismo que esta respuesta, que como parte del perfil del paciente es necesario hacer esas evaluaciones añadidas, no como parte del diagnóstico).

"Applied Behavior Analysis (ABA) is a therapy based on the science of learning and behavior", según definición de cualquier libro de texto que incluya la misma; ABA es el nombre que se da a la intervención basada en el análisis de conducta.

Nada de lo que se explica en la impugnación invalida la respuesta, sino que la amplía. En la respuesta propuesta no se dice que los sistemas alternativos y aumentativos de



comunicación solo complementen o sustituyan el lenguaje oral, como dice el alegante ni que sean los únicos métodos usados para ello.

Dice que la respuesta es incompleta, porque hay más usos y más métodos. Por supuesto, lo que no invalida la respuesta dada pues se usa para eso.

Pregunta 8.

Alegan que también es verdadera la C: "los estimulantes no deben utilizarse para el TDAH en TEA" alegando que no tienen indicación aprobada por las agencias reguladoras.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

No es cierto que no deban utilizarse. Los psicoestimulantes están indicados en TDAH, no se excluye en las fichas técnicas que los niños tengan TEA, ni ninguna otra patología psiquiátrica. Además, las indicaciones de las reguladoras solo se basan en existencia de ensayos clínicos positivos, no prohíben el uso.

Pregunta 9.

Plantea que al preguntar cuál es la falsa no se puede poner "todas correctas" como verdadera.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

Es una interpretación literal de la pregunta; la pregunta es perfectamente entendible. Es una alegación metalingüística que podría anular casi cualquier pregunta, y que en un examen clínico no puede imponerse pues invalidaría la complejidad y mejor entender del lenguaje como método de comunicación.

Pregunta 11.

Alegan que la B también puede ser correcta respecto al aumento de prevalencia en TEA.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

La B dice "hallazgo de etiología conocida en muchos casos". Esta respuesta no tiene nada que ver con lo que se pregunta, pues el diagnóstico de TEA es clínico, conocer o no la etiología no aumenta ni disminuye la prevalencia.

Pregunta 12.

Alegan que no hay consenso respecto a que los signos que se incluyen como de alarma de autismo sean "sugestivos de autismo" y que no decir palabras con significado a los 18 meses o no juego de ficción a los 24 podrían ser alternativas incorrectas.

También alegan que el término correcto en la clasificación más actual es Trastorno del Espectro Autista y no Autismo.

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA.

No decir palabras con significado a los 18 y no tener juego de ficción a los 24 no son "signos diagnósticos" pero sí son signos de alarma que hacen evaluar en mayor profundidad. Además, todos los alegantes admiten que la respuesta registrada como válida (opción B) es incorrecta, varios alegantes dicen que es consenso que es a los 9 meses y no a los 8 cuando se adquiere la respuesta al nombre; por eso exactamente se da esa respuesta; por lo que no debe haber duda en la respuesta correcta a esta pregunta. El uso del concepto autismo está perfectamente extendido entre profesionales, libros y artículos cuando el contexto hace entender que se habla del término TEA, que es el incluido desde 2013 en la clasificación de enfermedades (igual que depresión en lugar de trastorno depresivo... etc).

Pregunta 14.

Alegan que el aripiprazol no está indicado en España.



Alegan que la B es correcta, dado que el NICHD (instituto Nacional de la Salud infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver) propone que se pueden utilizar medicamentos psicotrópicos para tratar la irritabilidad y los problemas conductuales asociados al autismo.)

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

No se especifica en la pregunta la agencia por lo que la respuesta es válida.

No hay ningún tratamiento aprobado para los síntomas nucleares de autismo. Se contradice en los dos primeros párrafos (persona 35).

Pregunta 15

Alegan que también puede ser verdadera la opción B, sobre el caso.

Alegan que también puede ser cierta la A

SE PROPONE MANTENER LA PREGUNTA

No hay ningún dato en el caso que pueda hacer pensar que es esperable que haya deterioro en lenguaje y cognitivo

Autismo de Kanner no es un diagnóstico actual

CASO PRÁCTICO 2:

Nº18. Respuesta correcta A. Alegación NO aceptada.

La exploración física *imprescindible*, es decir, que no debe en ningún caso obviarse en una primera visita anorexia nerviosa por el riesgo físico que produce la alteración en el IMC y la frecuencia cardíaca.

Practice Guidelines. 4th Edition. APA 2023.

Nº 19 Respuesta correcta B. Alegación NO aceptada.

En la práctica clínica la exploración complementaria más necesaria para una buena evaluación de inicio es el EKG. La analítica hormonal puede realizarse, por supuesto, pero no es la más necesaria para conocer el estado y riesgo físico de una paciente con anorexia nerviosa.

Statement 8: Initial Electrocardiogram. Practice Guidelines. 4th Edition. APA 2023.

Nº20 Respuesta correcta C. Alegación NO aceptada.

En la serie blanca se encuentra en la anorexia nerviosa leucopenia con linfocitosis relativa. En la misma referencia bibliográfica que refiere el examinando, Elegido et al 2017, puede encontrarse dicho hallazgo.

Elegido A, Graell M, Andrés P, Gheorghe A, Marcos A, Nova E. Increased naive CD4⁺ and B lymphocyte subsets are associated with body mass loss and drive relative lymphocytosis in anorexia nervosa patients. Nutr Res. 2017 Mar; 39:43-50. doi: 10.1016/j.nutres.2017.02.006. Epub 2017 Feb 6. PMID: 28385288.

Abstract

..... Leukocyte numbers were lower in AN patients than in controls, and relative lymphocytosis was observed in AN-restricting subtype... In conclusion, increased naive CD4⁺ and B lymphocyte subsets associated with body mass loss drive the relative lymphocytosis observed in AN patients, which reflects an adaptive mechanism to preserve the adaptive immune response.



De Filippo E, Marra M, Alfinito F, Di Guglielmo ML, Majorano P, Cerçiello G, De Caprio C, Contaldo F, Pasanisi F. Hematological complications in anorexia nervosa. Eur J Clin Nutr. 2016 Nov;70(11):1305-1308.

Abstract

Background/objectives: Anemia, *leukopenia* and, although less frequently, thrombocytopenia are possible hematological complications of anorexia nervosa considered strictly secondary to chronic malnutrition.

El aumento de leucocitos *transitorio tras ejercicio anaeróbico* especialmente se ha descrito en niños, adolescents y adultos sanos. Chen

JJ, Gendy E, Leu S, Zaldivar F, Gallasseti P, Nussbaum E, Cooper D, Random-Aizik S. Age, Sex and Weight Effects on Lactate and Leukocyte Response to Exercise in Children and Adolescents. Eur J Sports Exerc Sci. 2018;6(1):1-10.

Nº21 La respuesta correcta es B. Alegación NO aceptada.

Marcador nutricional en el caso presentado.

En respuesta a la impugnación de que creatinina puede ser un marcador en una paciente con AN: *La creatinina no se considera un buen marcador en anorexia nervosa porque puede aparecer en rangos normales a pesar de que haya disminución del Filtrado Glomerular Renal (FGR), conduciendo a no identificar el "verdadero" descenso del FGR en los pacientes con AN.* El aclaramiento de creatinina en orina de 24h puede ser mejor método para detectar el descenso de FGR en pacientes con anorexia, aunque con varias limitaciones relativas a la secreción de creatinina por el túbulo renal además de la secretada en glomérulo y la limitación de las elevadas diferencias intraindividuales (20-40%).

Precisamente la detección y monitorización de la enfermedad renal en los pacientes con anorexia nervosa es un reto, reflejando las inexactitudes de los métodos comúnmente usados para estimar el FGR. En Bouquegneau et al Am J Kidney Dis 2012, 60 (2): 299-307

Nº22 La respuesta correcta es A. Alegación NO aceptada.

En caso de ionograma alterado en una *niña de edad escolar con anorexia nervosa* se recomienda ingreso hospitalario que puede ser en pediatría o psiquiatría (más o menos prolongado según varios factores), dado que se considera una complicación médica grave en relación a comportamientos muy alterados como vómitos, ingesta excesiva de agua. Constituye un criterio de ingreso hospitalario tanto por el propio riesgo medico como por el riesgo psicopatológico que asocia y que se encuentra recogido en las guías y manuales de evaluación y tratamiento de TCA.

Las conductas autolesivas de la paciente son aisladas y leves y no constituyen un criterio de ingreso hospitalario.

JUNIOR MARSIPAN 2016. Royal College of Psychiatrists

Nº23 La respuesta correcta es C. Alegación NO aceptada.

La bradicardia <50 latxmin durante el día en adolescentes y escolares por si sola es un criterio de recomendación de ingreso hospitalario para estabilización médica por el riesgo



cardiovascular que produce. A 40 latxmin se recomienda atención médica urgente en la mayoría de protocolos. (AEPNYA).
La pregunta se refiere a criterios de hospitalización no de atención médica urgente.

JUNIOR MARSIPAN 2016. Royal College of Psychiatrists.

Statement 9: Treatment plan, including level of care. Practice Guidelines. 4th Edition. APA 2023.

Nº24 La respuesta correcta es D. Alegación NO aceptada.

La pregunta hace referencia a tratamiento hospital de día necesario. En contestación a impugnación: En la práctica clínica habitual un paciente de edad escolar con Percentil 15 de IMC (no IMC 15) con adecuado seguimiento de plan de comidas puede realizar un tratamiento ambulatorio intensivo familiar con éxito.

La clasificación de gravedad de la anorexia basada en IMC se refiere a adultos, para usarla en niños y adolescentes debe ajustarse a percentiles de IMC. El IMC en niños debe interpretarse de manera distinta a los adultos. Una niña de 10 años con Percentil 15 IMC está en el rango muy bajo del peso saludable.

Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción (2000). de Salud
<http://www.cdc.gov/growthcharts>
Organización Mundial de la Salud. OMS

Nº26 La respuesta correcta es B. Alegación NO aceptada.

No se refiere en el caso ningún síntoma compatible con disfagia. Por otro lado, se refiere claramente que la patología orgánica ha sido descartada por el pediatra. La inferencia de que las consultas pediátricas hayan sido telemáticas excede al caso planteado.

National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 May. PMID: 28654225

Nº28 La respuesta correcta es D. Alegación NO aceptada.

En la práctica clínica habitual, los *criterios diagnósticos deben adecuarse a la edad y al nivel de desarrollo evolutivo.*

En las diferentes etapas de desarrollo puede haber distintas expresiones de los síntomas. En *edad escolar la relación alterada con la imagen corporal puede expresarse solo a nivel conductual (restricción alimentaria, ejercicio físico para perder peso) o emocional (miedo a verse gordo) y haber dificultades de expresión al carecer del suficiente nivel de abstracción para expresar este complejo concepto de la imagen corporal.* Además, es frecuente que, especialmente en edad escolar, al principio del tratamiento no expresen la alteración de la imagen corporal (tanto en distorsión como en sobrevaloración de la importancia del aspecto físico).

Bryant-Waugh R. Feeding and Eating Disorders in Children. Psychiatr Clin North Am. 2019 Mar; 42(1):157-167.



Nº29 La respuesta correcta es A. Alegación NO aceptada.

En todas las guías clínicas aparece la *terapia basada en la familia (FBT) como de mejor nivel de evidencia para el tratamiento de anorexia nerviosa en niños y adolescentes.*

El manejo conductual individual de los hábitos alimentarios no implica una rehabilitación nutricional dado que no asegura un adecuado abordaje nutricional, además de no ser un abordaje global del trastorno como si lo es la terapia basada en la familia.

National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2017 May. PMID: 28654225.

Statement 9: Treatment plan, including level of care. Practice Guidelines. 4th Edition. APA 2023.

CASO PRÁCTICO 3:

31. Siguiendo la clasificación diagnóstica CIE 10, ¿qué trastorno piensa que tiene el paciente en el eje I, eje III y eje V en el primer ingreso?:

- A. Eje I F19.5; Eje III XX; Eje V Z62.0.
- B. Ninguno, es un problema social.
- C. Eje I F29; Eje III Asma; Eje V Z81.
- D. Eje I F20; Eje III XX; Eje V Z95.2.

Respuesta:

La CIE-10 se lleva utilizando desde hace años. Se utiliza a nivel asistencial de forma generalizada (es decir, se reportan los datos de diagnóstico de pacientes mediante esta clasificación*) además de que el Ministerio de Sanidad la sigue utilizando como forma de documentar la morbilidad. La transición a la CIE-11 aún no se ha realizado. Como recoge la Estrategia de Salud Mental del Ministerio 2022-2026, "en el momento de la redacción, la CIE 11 todavía no está adaptada en España". Por lo tanto, no es una clasificación obsoleta.

*https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf.

Por otra parte, existe un sistema multiaxial de la CIE-10 para niños y adolescentes, publicado por Michael Rutter (padre de la psiquiatría infantil moderna y referente absoluto a nivel internacional) y la OMS, en 1996.

Respecto a la memorización, no se exige. Pero el uso de las clasificaciones en la práctica habitual hace que se reconozcan los códigos generales que corresponden a los grupos de las patologías habituales (F10-19 trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas; F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes).

La pregunta se refiere al primer ingreso. En este ingreso existe una relación temporal entre el consumo de sustancias y los síntomas presentados. Es por ello que el diagnóstico es F19.5

32. ¿Qué factores de vulnerabilidad cree que tiene este paciente?:

- A. Complicaciones obstétricas, consumo de tóxicos
- B. Trastorno del vínculo, consumo de tóxicos



C. Acontecimientos vitales estresantes en la infancia, desarraigo cultural.

D. Migración, antecedentes familiares de psicopatología.

Respuesta:

Con los datos ofrecidos no se puede asegurar que el paciente presente o haya presentado un trastorno del vínculo, lo que descarta la opción B; tampoco consta que haya antecedentes familiares de psicopatología, lo que descarta la D. Se están haciendo inferencias a la hora de considerar la respuesta B y D como correctas, lo cual no se ha de hacer en la práctica clínica; que sea un caso con alto riesgo psicosocial no significa que tenga todos los factores de riesgo posibles y que debamos atribuirselos sin constatarlos. La pregunta exige respuesta sobre lo que se conoce.

33. ¿Cuál es la medida de protección que cree que se tomó ante la situación psicosocial del 2º alta?:

A. Ninguna.

B. Guarda.

C. Negligencia.

D. Acogimiento familiar.

Respuesta:

Se considera una pregunta que recoge aspectos importantes del caso clínico presentado: medidas de protección en un paciente con un trastorno mental de evolución tórpida. Va más allá del conocimiento de los conceptos legislativos que aduce el solicitante que alega, y que son imprescindibles en la práctica clínica.

34. ¿Cuáles de las siguientes leyes han amparado la toma de decisiones respecto a menores?:

A. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

B. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

C. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores D. Todas las anteriores.

Respuesta:

El enunciado pregunta por leyes cuyo contenido pueda influir o determinar decisiones que realizan los clínicos que atienden a menores de edad. El conocimiento de las leyes es importante en la práctica clínica. Entre las Competencias transversales de las especialidades en Ciencias de la Salud se encuentra el Dominio 3: principios legales aplicables al ejercicio de las especialidades en Ciencias de la Salud y entre las Competencias específicas de la especialidad de PIA, el Dominio 1: Principios legales ligados al ejercicio profesional.

Todas las leyes presentadas son específicas para población infantil y adolescente y pueden en uno u otro momento influir o determinar la decisión tomada por el clínico.

35. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado en el primer ingreso que realiza el paciente?:

A. Estabilizante del humor.

B. Agonista de los receptores alfa 2A.



- C. Profármaco de la dextroanfetamina.
D. Agonista parcial de los receptores D2.

Respuesta:

No existe ningún fármaco específicamente indicado para la psicosis tóxica en adolescentes, por lo que la práctica habitual, ante síntomas psicóticos graves (requiere ingreso psiquiátrico) y mantenidos, el tratamiento farmacológico se debe extrapolar de las indicaciones en población adulta y de las indicaciones de otros cuadros psicóticos, por lo que la respuesta es válida.

36. ¿Qué tratamiento le parece el más adecuado tras la presentación psicopatológica final del caso clínico?:

- A. Estabilizante del humor.
B. Estabilizante del humor + Antipsicótico + Antidepresivo.
C. Estabilizante del humor + Antipsicótico.
D. Cualquiera de las anteriores es adecuada.

Respuesta:

Se pregunta el tratamiento más adecuado, por lo que está claro que hay que elegir una respuesta, lo cual no significa que todos los demás sean completamente incorrectos. En la historia clínica presentada y tras una evolución tórpida con recaídas y claros síntomas psicóticos se considera más adecuada la instauración de un estabilizante del humor junto a un fármaco antipsicótico.

37. Si al menor en el primer ingreso se le propone participar en un estudio de investigación y se muestra interesado, ¿qué debe hacer?:

- A. Consentir.
B. Asentir.
C. No puede participar.
D. Debe consentir la administración pública.

Respuesta:

Se pregunta por la posible participación de un menor de 13 años, en un estudio de investigación. Por ley, los menores no pueden dar un consentimiento formal real hasta que cumplan los 18 años de edad. No obstante, se les pide su asentimiento cuando el menor tiene entre 12 y 17 años, lo cual quiere decir que aceptan participar en ese estudio de investigación. Pueden disentir, y no querer participar en el proyecto, por lo que, aunque hubiera consentimiento paterno, el menor no entraría en el estudio. El asentimiento entre los 12-17 años es requerido por los Comités de Ética de Investigación (CEI).

38. Señale la opción falsa con respecto a los trastornos psicóticos en la adolescencia:

- A. La incidencia anual de primer episodio psicótico (PEP) de inicio en la adolescencia, aproximadamente, de 3 por 100.000 habitantes.
B. El riesgo de recaída en los 5 años siguientes a un PEP es mayor del 25%.
C. En muestras específicas de niños/as la prevalencia de los trastornos psicóticos oscila alrededor del 4%.
D. Existe un porcentaje ligeramente mayor en niños que se iguala en niñas al llegar a la adolescencia.



Respuesta:

Tanto las respuestas A como C son falsas. En muestras de niños, específicamente niños y no adolescentes, la prevalencia de trastornos psicóticos está muy lejos del 4% que refiere la respuesta.

La respuesta A, si bien no es exacta, no es tan falsa como la C. No obstante, dado que la incidencia anual de un primer episodio, de inicio en la adolescencia, puede ascender hasta 9/100.000 habitante se opta por considerarla también falsa.

Respecto a la respuesta D, si bien es un tema debatido, existe bibliografía que refiere un porcentaje ligeramente mayor en niños que en niñas que se igualaría al llegar a la adolescencia (Remschmidt H & Theisen F. Early Onset Schizophrenia. Neuropsychobiology, 2012; 66(1). 63-69)

Se acepta la impugnación de esta pregunta.

39. En un paciente menor de 18 años se puede obviar la colaboración de los padres:

- A. Por la ley de autonomía del paciente desde los 16 años en todos los casos.
- B. Por el mayor interés del menor, no debe solicitarse colaboración de los padres en caso de menor maduro.
- C. Siempre se debe contar con los padres independientemente de la edad.
- D. Ninguna es cierta.

Respuesta:

La respuesta correcta es la D. Hay situaciones en las que se puede atender al menor sin la colaboración de los padres (menor maduro y mayores de 16 años que soliciten que no acudan los padres a las visitas ni se les dé información y que por la moderada gravedad de su sintomatología y el no riesgo en primera persona o hacia terceras personas lo haga posible).

Las claves que invalidan las respuestas son; "en todos los casos" (A), "no debe solicitarse" (B) y "siempre se debe contar" (C). La C es claramente falsa, dada la existencia de casos de padres francamente perjudiciales para los menores y casos donde ni siquiera ostentan la tutela.

40. Ante un menor con un trastorno mental grave, con negativa a seguir tratamiento:

- A. Se debe valorar la edad y la competencia para tomar decisiones entre otras variables.
- B. Se debe actuar en base al código civil, artículo 763.
- C. Se debe actuar valorando la urgencia de la situación.
- D. Dependiendo del caso, cualquiera de las anteriores puede ser válida.

Respuesta:

Se considera correcta la opción "D".

41. Según el artículo 35 de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, la figura del coordinador/a de bienestar y protección tiene las siguientes funciones excepto:

- A. Promover medidas que aseguren el máximo bienestar para los niños, niñas y adolescentes; así como la cultura del buen trato a los mismos.
- B. Fomentar entre el personal del centro y el alumnado la utilización de métodos alternativos de resolución pacífica de conflictos.



- C. Facilitar medidas de vigilancia de aquellos alumnos o alumnas que tengan un diagnóstico de trastorno mental mediante la comunicación de su sintomatología y necesidades especiales a los compañeros.
- D. Fomentar el respeto a los alumnos y alumnas con discapacidad o cualquier otra circunstancia de especial vulnerabilidad o diversidad.

Respuesta:

La atención de la salud mental en niños y adolescentes es multidiscipliar y en numerosas ocasiones se trabaja con profesionales no solo clínicos o sanitarios, sino también trabajadores del ámbito social y educativo. Todos los profesionales implicados en la atención del menor han de proteger la confidencialidad sobre su posible patología y los aspectos relacionados con ella. Es por lo que es falso que la Ley de Protección integral a la infancia y a la adolescencia facilite medidas de vigilancia en alumnos/as con un diagnóstico de trastorno mental mediante la comunicación de sus síntomas y necesidades específicas a los compañeros.

42. Según la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2021, la prevalencia mayor de consumo de drogas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en España en 2021, de entre las siguientes ha sido:

- A. Alcohol.
B. Cannabis.
C. Hipnosedantes sin receta.
D. Cocaína.

Respuesta:

En contra de lo que refiere el opositor con alegación nº 44, toda información referente a aspectos relacionados con patología mental, incluido el consumo de sustancias hasta los 18 años forman parte de los conocimientos que ha de tener un profesional dedicado a la PIA.

43. ¿Cuál de los siguientes fármacos podría tener un uso adyuvante en este caso?:

- A. Fármacos dopaminérgicos.
B. Fármacos serotoninérgicos.
C. Fármacos glutamatérgicos.
D. Fármacos noradrenérgicos.

Respuesta:

El enunciado de la pregunta solicita qué fármacos "podrían tener" un uso adyuvante en el paciente del caso clínico. No pregunta si los fármacos presentados tienen evidencia contrastada. Fármacos adyuvantes son los que se administran de manera complementaria después del tratamiento principal. Ante situaciones clínicas de gravedad y de resistencia a tratamientos, y tras haber usado fármacos con mayor evidencia y más habituales, se pueden utilizar otros fármacos con menor evidencia, extrapolando de estudios en adultos o en investigación, si se valora que intentar tratar es mejor que no tratar, dando la información suficiente a quien corresponda (menor, familia) y obteniendo su conformidad.

44. ¿Cuál de estas respuestas con respecto al tratamiento con estabilizantes del humor es falsa?:

- A. Los antiinflamatorios no esteroideos pueden disminuir los niveles séricos del litio.
B. La cafeína puede contribuir a reducir los niveles séricos del litio.



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

- C. El uso de carbamacepina en adolescentes se realiza fuera de indicación ya que no tiene indicación para el trastorno bipolar en la edad pediátrica.
D. No se recomienda administrar valproato sódico en mujeres en edad fértil.

Respuesta:

La respuesta falsa es la A. Este fármaco no se recomienda (no se debe usar, como dice el solicitante de la alegación nº 14) administrar en mujeres en edad fértil, como enuncia la respuesta D.

3

~~Elaborado~~

