MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

**PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.**
**R.D 459/2010, de 16 de abril**

## CASOS PRÁCTICOS

## PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

---

## ADVERTENCIA IMPORTANTE

## ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

## INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

## CASO PRÁCTICO 1

Niño de 15 años remitido a salud mental por su orientador escolar debido a dificultades conductuales y emocionales en el último año, coincidiendo con el inicio de la educación secundaria. Vive con ambos padres, quienes han estado altamente implicados en su desarrollo y han buscado activamente recursos terapéuticos desde la infancia.

Los antecedentes del paciente destacan por un retraso en el desarrollo del lenguaje, con especial afectación en el ámbito semántico-pragmático. A los 5 años fue evaluado por dificultades en la comprensión del lenguaje figurado, uso inadecuado del contexto comunicativo y problemas para mantener conversaciones recíprocas. Se estableció diagnóstico de **trastorno del lenguaje semántico-pragmático (actualmente dentro del trastorno de la comunicación social)**. Desde entonces, ha recibido logopedia intensiva y apoyo educativo, con buena evolución en aspectos formales del lenguaje, aunque persistiendo dificultades en la comunicación social.

Durante la educación primaria, el paciente presentó rendimiento académico adecuado en áreas estructuradas, pero dificultades en tareas que requerían inferencia, comprensión de dobles sentidos o trabajo en grupo. Era descrito como un niño “rígido”, con intereses restringidos (especialmente en temas tecnológicos), pero con buen ajuste conductual global. Mantenía alguna relación social superficial, aunque con escasa reciprocidad.

A partir de los 12-13 años, coincidiendo con el paso a secundaria, comienza a observarse un empeoramiento progresivo en su funcionamiento global. Los profesores describen aislamiento social creciente, dificultad marcada para interpretar normas sociales implícitas, literalidad en la comprensión del lenguaje y episodios de frustración intensa ante cambios en rutinas o exigencias académicas. Presenta, además, dificultades organizativas y empeoramiento del rendimiento escolar.

En el último año, se han añadido problemas conductuales como estallidos de irritabilidad en el entorno escolar, discusiones con profesores y episodios de abandono del aula ante sobrecarga emocional. En casa, los padres refieren aumento de la ansiedad, tendencia al retraimiento, conductas de evitación y episodios de llanto reactivo ante situaciones sociales. No hay consumo de sustancias ni conductas delictivas. Niega ideación autolítica.

Durante la entrevista clínica, el adolescente muestra contacto ocular limitado, dificultades para mantener la reciprocidad conversacional y un estilo comunicativo pedante, que parece aprendido, poco natural y poco ajustado al contexto. Refiere sentirse incomprendido por sus compañeros, dificultad para entender las bromas y elevado malestar en contextos sociales. Expresa ansiedad anticipatoria ante situaciones escolares y sensación de “no encajar”.

Los padres describen un entorno estructurado, con normas claras y una actitud muy colaboradora. Han facilitado intervenciones psicopedagógicas, logopedia y apoyo extracurricular, mostrando alta adherencia a recomendaciones terapéuticas.

Exploración psicopatológica: afecto ansioso-irritable, pensamiento lógico pero con contenido centrado en intereses restringidos, dificultades en cognición social (teoría de la mente), rigidez cognitiva. No síntomas psicóticos ni afectivos mayores. Insight parcial.

**Preguntas:**

1. **Discuta brevemente el diagnóstico diferencial actual.**
2. **Discuta el tipo de ayudas que podrían ser necesarias en esta etapa educativa y de desarrollo.**
3. **¿Tendría sentido plantearse algún tratamiento farmacológico?**

## CASO PRÁCTICO 2

Niña de 7 años remitida a consultas de psiquiatría infantil por su pediatra debido a dificultades emocionales persistentes, problemas de alimentación y aumento de la ansiedad en el último año. Vive con ambos progenitores, ambos profesionales del ámbito sanitario, muy implicados en su crianza y con un estilo educativo estructurado y exigente.

El desarrollo psicomotor ha sido normal, con adecuado rendimiento académico desde el inicio de la escolarización. No existen antecedentes médicos de interés ni historia perinatal relevante. Desde edades tempranas, la niña ha mostrado un temperamento sensible, con tendencia a la preocupación y necesidad de aprobación.

En los últimos 12 meses, coincidiendo con el inicio de actividades deportivas regladas (gimnasia rítmica), se ha observado un aumento progresivo de la ansiedad. La niña verbaliza preocupación excesiva por “hacerlo todo bien”, miedo intenso a equivocarse y necesidad de repetir tareas escolares y deportivas hasta “hacerlas perfectas”. Presenta además elevada autocrítica ante pequeños errores.

En el ámbito alimentario, los padres consultan por cambios en la conducta: ha comenzado a restringir la ingesta de determinados alimentos, especialmente aquellos que percibe como “menos saludables”. Evita dulces y grasas, expresa preocupación por “engordar” y pregunta con frecuencia sobre calorías y composición de los alimentos. Aunque el peso se mantiene en percentiles normales, la familia refiere tensión creciente en torno a las comidas, con episodios de llanto y rechazo.

En el colegio, las profesoras describen a una niña responsable y perfeccionista, pero cada vez más rígida, con dificultad para tolerar la frustración y aumento de la ansiedad ante evaluaciones. Socialmente se relaciona adecuadamente, aunque con tendencia a asumir roles de control en el juego.

Durante la entrevista clínica, la niña se muestra colaboradora pero tensa, con afecto ansioso. Expresa miedo a decepcionar a sus padres y manifiesta que quiere “hacerlo todo perfecto”. Reconoce preocuparse por su cuerpo, aunque sin una distorsión clara de la imagen corporal. No hay ideación autolítica ni síntomas afectivos mayores.

La dinámica familiar revela un contexto de alta exigencia: ambos padres refieren valorar el esfuerzo, el autocuidado físico y el rendimiento deportivo. Dedican tiempo a la supervisión de la dieta y el entrenamiento, con mensajes frecuentes sobre salud, ejercicio, aspecto atractivo y cuidado y disciplina. Aunque muestran preocupación por el bienestar de la hija y buscan ayuda precozmente, se identifican dificultades para flexibilizar expectativas.

Exploración psicopatológica: ansiedad elevada, rasgos perfeccionistas, necesidad de control, conductas de evitación alimentaria parcial. Pensamiento lógico, sin alteraciones formales. No síntomas psicóticos.

**Preguntas:**

1. **Discuta posibles orientaciones terapéuticas iniciales, con factores de buen pronóstico esperables y dificultades previsibles.**

2. **Realice una formulación diagnóstica de un párrafo que sirva para orientar el tratamiento.**

3. **Diagnóstico diferencial.**

## CASO PRÁCTICO 3

Varón de 15 años que acude a consulta a iniciativa del Hogar Funcional del Servicio de Protección a la Infancia donde ha sido ingresado recientemente. El motivo de su ingreso en dicho Hogar fueron varios episodios de violencia (amenazas, empujones) hacia los progenitores y destructividad de muebles y objetos en el domicilio familiar que acabó con intervención policial, denuncia e intervención de la Fiscalía de menores. El informe forense tras aquella denuncia concluye que las "las reacciones violentas reiteradas sugerían que eran premeditadas y predatorias". En estas primeras semanas de convivencia en el Hogar su comportamiento ha sido oscilante entre la adaptación sumisa mezclada con actitudes de seducción, y momentos de ánimo disfórico y enfrentamiento con algunos otros chicos y educadores, sin llegar a la violencia física.

En los antecedentes biográficos recogidos de los progenitores no destacan datos relevantes del embarazo y desarrollo psicomotor, cumpliendo los hitos evolutivos dentro de la normalidad. Hijo único, al que definen desde muy pequeño como un niño muy decidido, sociable y autónomo, siempre lanzado, no veía peligros ni se acobardaba.

El rendimiento académico había sido aceptable hasta los 12 años, coincidiendo con el paso a la Enseñanza Secundaria en que cambió de colegio a un instituto público. Entonces empezó con conflictos significativos con profesores y compañeros del colegio, y a ausentarse con frecuencia de las clases. Seguidamente, a salir con otros chicos más mayores que él, a incumplir horarios de llegada a casa e incluso alguna noche la pasaba fuera, con gran angustia de los padres.

En esa época inició el consumo diario y creciente de cannabis, tanto a solas como en grupo, lo que pasó inadvertido a los padres envueltos en "las mentiras que nos contaba" para evitarse las medidas de castigo que intuía. Estos reconocen cierta incoherencia en la crianza motivada por "visiones diferentes", y creen que, desde su desconcierto, pudieron utilizar medidas disciplinarias excesivas.

**Preguntas:**

1. **Dada la descripción del caso clínico, realice una hipótesis diagnóstica razonada, en base a las clasificaciones al uso (CIE10 y DSM 5).**

2. **Argumente los aspectos evolutivos más relevantes, así como el diagnóstico diferencial que habría que plantear en este caso.**

3. **Señale los factores de mal/buen pronóstico y describa las posibilidades y propuestas terapéuticas a poner en marcha.**