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

CUADERNO DE EXAMEN

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. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que <u>no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.</u>**

8. Están **prohibidos** el uso de **calculadoras** y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

1.Una de estas fases NO fue descrita por Bowlby, en el marco de su teoría del apego, 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.

2-. En relación con el abuso sexual y al maltrato físico en menores, señale cuál es FALSA:

A) El tipo de apego más frecuente que presentan estos menores es el desorganizado.
B) Los menores que han sufrido abuso sexual presentan a menudo conductas hipersexualizadas.
C) A diferencia del abuso sexual, el maltrato físico no provoca trastornos disociativos secundarios.
D) Los menores que tienen discapacidad cognitiva son más vulnerables a sufrir estas situaciones.

3. ¿Quién describió la llamada "Depresión anaclítica" en bebés hospitalizados o separados de sus cuidadores?

A) John Bowlby.
B) René Spitz.
C) Melanie Klein.
D) Wilfred Bion.

4. Entre los indicadores comportamentales que puede presentar un menor que sufre abuso sexual están los siguientes:

A) Promiscuidad sexual.
B) Conductas autolesivas.
C) Inhibición y bloqueo emocional.
D) Todos los anteriores.

5. **Todas estas características son propias de menores con Trastorno de Apego reactivo, EXCEPTO:**

A) Suelen tener comportamientos que asemejan al Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
B) Está directamente asociado a situaciones de negligencia severa en los cuidados durante los primeros años de vida.
C) Raramente buscan consuelo en situaciones de estrés o malestar.
D) Puede ser difícil diferenciar de un Trastorno del espectro del autismo.

6. Cuál de las siguientes es CIERTA en relación con el maltrato y abuso infantil:

A) En los últimos veinte años se han mantenido estables las cifras de detección de situaciones de violencia contra menores en nuestro país.
B) Es importante la intervención de varios equipos de profesionales que evalúen a estos menores.
C) Uno de los riesgos más importantes es la revictimización por exponer al menor a numerosas evaluaciones.
D) Para la evaluación y atención de estos casos es indispensable la autorización de ambos progenitores, si tienen la patria potestad.

7. Cómo evaluaríamos el consumo de sustancias de un adolescente que consume drogas a diario, de manera creciente, sin experimentar síntomas de tolerancia o abstinencia, siendo el consumo el centro de su vida personal y social, y presentando además importantes problemas a nivel familiar y escolar:

A) Uso perjudicial de sustancias.
B) Etapa de uso experimental o social.
C) Trastorno por dependencia de sustancias.
D) Trastorno por abuso de sustancias.

8. Cuál sería la medida terapéutica MÁS indicada para un adolescente con consumo experimental o social de cannabis:

A) Medidas educativas y de consejo.
B) Contrato de abstinencia.
C) Terapia dialéctico comportamental.
D) Entrevista motivacional.

9. En relación con las denominadas "Adicciones comportamentales o sin sustancia" cuál considera FALSA:

A) El diagnóstico de TDAH se considera un factor de riesgo.
B) En la adicción a Internet no hay una vinculación ansiosa al objeto adictivo.
C) No hay evidencia de la utilidad del tratamiento farmacológico, salvo en caso de comorbilidad.
D) La adolescencia se considera una etapa evolutiva de riesgo.

10. En relación con el uso de alcohol y sustancias psicoactivas en la adolescencia, es CIERTO:

A) Todo consumo en esta etapa es considerado patológico.
B) El abordaje debe ser únicamente psicoterapéutico, incorporando al entorno familiar.
C) La comorbilidad psiquiátrica es uno de los factores de vulnerabilidad más común.
D) La utilización de protocolos de detección temprana de primeros consumos no tiene beneficios.

11. Los Trastornos por uso de sustancias en la adolescencia tienen todas las siguientes características, EXCEPTO:

A) Es un continuum dimensional entre el uso experimental, el consumo de riesgo, el abuso y la dependencia.
B) El consumo en edades precoces no es un factor de riesgo relevante.
C) Siempre deben tenerse en cuenta las características del momento evolutivo.
D) Respecto al tratamiento, hay que centrarse tanto en el patrón de consumo como en la psicopatología asociada.

12. En relación con los Trastornos Mentales inducidos por sustancias, son ciertas todas las siguientes, EXCEPTO:

A) Los síntomas son excesivos respecto a los que aparecen en una intoxicación o abstinencia característica de la sustancia.
B) Los síntomas persisten durante el mes siguiente a la intoxicación o abstinencia de la sustancia.
C) En el DSM 5 los trastornos psicóticos inducidos por cannabis se clasifican dentro del Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
D) Los Trastornos psicóticos inducidos por cannabis no suelen requerir hospitalización.

13. La enuresis MÁS frecuente durante la infancia es:

A) Enuresis diurna primaria.
B) Enuresis nocturna primaria.
C) Enuresis mixta primaria.
D) Enuresis diurna secundaria.

14.Todas las siguientes son ciertas en relación con la Enuresis, EXCEPTO:

A) Según la CIE 10 se diagnostica a partir de 5 años de edad cronológica (o grado de desarrollo equivalente).
B) La duración de los síntomas debe ser al menos 3 meses.
C) En la enuresis secundaria hay que explorar siempre antecedentes de posible abuso sexual.
D) El tratamiento de primera elección en la enuresis primaria es el farmacológico con Desmopresina.

15. En relación con el tratamiento de la Enuresis, cuál de la siguientes es CIERTA:

A) El Sistema de Alarma (Pipi-Stop) no requiere la participación de los padres.
B) La Desmopresina es actualmente el fármaco más utilizado y logra mejoría sintomática en torno al 70%.
C) Los tratamientos conductuales como el entrenamiento en cama seca o en retención voluntaria no se consideran indicados hoy en día.
D) Los antidepresivos tricíclicos son considerados de primera elección, dados los escasos efectos secundarios en menores.

16. Señala la respuesta VERDADERA en relación con la Encopresis:

A) Hay una alta comorbilidad con Trastornos del neurodesarrollo.
B) Ocurre más frecuentemente en el rango de 2 a 4 años.
C) La prevalencia es igual en mujeres que en varones.
D) Es rara su asociación con estreñimiento funcional.

17. Respecto a la Encopresis todas son ciertas, EXCEPTO:

A) La DSM 5 contempla dos subtipos: con y sin estreñimiento.
B) La encopresis se diagnostica solo cuando la emisión de heces es involuntaria.
C) La asociación con enuresis es frecuente.
D) Se considera secundaria cuando ha habido un periodo de continencia fecal de al menos 1 año.

18. En relación con el desarrollo del lenguaje, todas son ciertas EXCEPTO:

A) Las primeras palabras suelen aparecer a los 12 meses.
B) El bebé sano de 6-8 meses es capaz de repetir sílabas.
C) La capacidad de comprensión y de expresión en un bebé se desarrollan al mismo tiempo.
D) En la adolescencia, en la etapa de las operaciones formales, se utiliza una gran variedad de palabras abstractas.

19. Para diferenciar un Trastorno de la comunicación social (pragmático) de un Trastorno del espectro autista, uno de los síntomas que puede guiarnos es:

A) Comportamientos, intereses o actividades restringidos o repetitivos.
B) Mutismo variable en intensidad en diversas situaciones.
C) Antecedentes familiares de alteraciones de la comunicación.
D) Inicio en la primera infancia.

20. Todas las características siguientes son propias del diagnóstico del Trastorno fonológico o del habla en la infancia, EXCEPTO:

A) Las alteraciones no se pueden atribuir a afecciones orgánicas congénitas o adquiridas.
B) El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del desarrollo.
C) Suele ser más frecuente en niñas que en niños.
D) El pronóstico es bueno si la intervención se realiza en el periodo de mayor plasticidad, hacia los 4-6 años.

21. Dentro de la clasificación DSM 5 de los Trastornos de la comunicación se encuentran los siguientes EXCEPTO:

A) Trastorno fonológico.
B) Mutismo selectivo.
C) Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.
D) Trastorno del lenguaje.

22. Cuál de los siguientes fármacos antidepresivos NO ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la Depresión Mayor en niños/as y adolescentes:

A) Fluoxetina.
B) Escitalopran.
C) Mirtazapina.
D) Sertralina.

23. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene recomendación por la Agencia Española de Medicamentos-AEMPS para el tratamiento del Trastorno Depresivo en niños y adolescentes menores de 18 años?:

A) Mirtazapina.
B) Fluoxetina.
C) Venlafaxina.
D) a y b son correctas.

24. Cuál es CIERTA en relación con la Depresión mayor en niños y adolescentes:

A) El DSM-5 especifica que, en menores, el estado de ánimo puede ser irritable y no necesariamente deprimido.
B) No es habitual la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con trastornos de conducta en caso de ánimo irritable,
C) La CIE 10 no hace distinción entre depresión leve, moderada y grave.
D) En menores es raro encontrar ideación autolítica.

25. Cuando a un niño o adolescente se le prescribe un antidepresivo:

A) Debe ser supervisado de forma muy estrecha para vigilar la aparición de activación conductual e ideación suicida.
B) No se recomienda asociar con psicoterapia o psicoeducación.
C) Se puede empezar con las dosis similares al adulto por su rápido metabolismo a estas edades.
D) Si no mejora con la dosis más baja, se debe probar otro antidepresivo.

26. Qué tratamiento está indicado en un adolescente con un TOC grave:

A) Tratamiento farmacológico con benzodiacepinas.
B) Tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
C) Tratamiento cognitivo-conductual.
D) Asociación de b y c.

27. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el TOC de inicio infantil es FALSA:

A) Las obsesiones/compulsiones de contaminación y limpieza son poco frecuentes.
B) Es más prevalente en varones.
C) Es frecuente la asociación con trastornos por tics.
D) Es frecuente la existencia de antecedentes familiares.

28. Todos los fármacos siguientes pueden contemplarse para los Trastornos de conciliación del sueño en niños/as y adolescentes EXCEPTO:

A) Trazodona.
B) Atomoxetina.
C) Melatonina.
D) Antihistamínicos.

29. Entre las Parasomnias se encuentran todas los siguientes EXCEPTO:

A) Narcolepsia.
B) Sonambulismo.
C) Pesadillas nocturnas.
D)Terrores nocturnos.

30. Cuál de estas características define mejor el Trastorno por estrés postraumático en menores de 6 años:

A) Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, seguido de síntomas de intrusión.
B) Duración de los síntomas menor de 1 mes tras la exposición a un suceso traumático grave.
C) Comportamientos en que el niño se acerca a personas extrañas indiscriminadamente.
D) Comportamiento inhibido y emocionalmente retraído frente a cuidadores adultos**.**

31. Todas las siguientes reacciones de angustia o miedos en los 6 primeros años de vida son considerados evolutivos, EXCEPTO:

A) Ansiedad de separación de las figuras de apego.
B) Miedo a los animales grandes.
C) Miedo al atragantamiento por alimentos.
D) Miedo a los fenómenos atmosféricos.

32. En relación con el Mutismo selectivo en la infancia, cuál de las siguientes es VERDADERA:

A) Se da tanto en el entorno familiar como escolar.
B) En el DSM 5 el cuadro debe tener una duración de al menos 1 semana.
C) Comparte un sustrato etiopatogénico común con el Trastorno de ansiedad social.
D) Según el DSM 5 se puede diagnosticar asociado a un Trastorno del espectro del autismo.

33. La Anorexia Nerviosa se caracteriza por todas las siguientes, EXCEPTO:

A) El DSM 5 define dos subtipos: restrictivo y con atracones/purgas.
B) El Índice de Masa Corporal se considera un especificador de gravedad.
C) Los factores socioculturales no son considerados agentes etiopatogénicos fundamentales.
D) La amenorrea secundaria se ha suprimido como criterio diagnostico en el DSM 5.

34. Entre los siguientes cuál NO es un criterio de ingreso urgente de un paciente con Anorexia Nerviosa:

A) Deshidratación grave.
B) Peso corporal <85% del peso corporal ideal.
C) Alteraciones graves del equilibrio electrolítico.
D) Arritmias graves.

35. Cuál de estas complicaciones NO es propia de la Anorexia Nerviosa:

A) Leucopenia.
B) Retraso en el vaciamiento gástrico.
C) Hipertiroidismo.
D) Bradicardia.

36. En relación con el ingreso y tratamiento hospitalario de la Anorexia Nerviosa en adolescentes, cuál de las siguientes es CIERTA:

A) Está indicado en caso de rechazo mantenido e irreductible a alimentarse.
B) Hay que priorizar la atención a los trastornos psicopatológicos por delante de la recuperación nutricional.
C) El abordaje psicofarmacológico es la base fundamental del tratamiento.
D) Está indicado siempre, incluso en formas leves, para separar del entorno familiar.

37. Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la Bulimia Nerviosa:

A) Hay elevados porcentajes de Trastornos depresivos comórbidos.
B) La edad de inicio suele ser más temprana que en los casos de Anorexia Nerviosa.
C) La mayoría de los pacientes con bulimia nerviosa se encuentran en un rango de peso normal.
D) A diferencia de la Anorexia nerviosa es un trastorno egodistónico, mostrando el paciente malestar y minimizando los síntomas.

38. El tratamiento de la Bulimia Nerviosa se caracteriza por:

A) Siempre es necesaria una hospitalización, al menos inicial.
B) La terapia basada en la familia y la cognitivo-conductual son las intervenciones más recomendadas.
C) El fármaco con indicación para las conductas impulsivas es la Olanzapina.
D) La Fluoxetina no es eficaz para reducir los atracones en adolescentes.

39. En relación con los trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos en el lactante y el niño, es CIERTO que:

A) La pica es más frecuente en el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual.
B) El trastorno de rumiación no está recogido en el DSM-5 como una entidad diagnóstica.
C) El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos debe establecerse en casos de anorexia y bulimia nerviosas.
D) La mayor parte de las intervenciones en los Trastornos de Alimentación tratan de evitar la interacción entre la madre y el hijo durante las comidas.

40. El aumento de prevalencia de los casos de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) se debe a CUÁL de los siguientes:

A) Cambios del concepto de TEA en las últimas décadas y mejor detección.
B) Vacunación masiva de los niños para varias enfermedades y trauma obstétrico.
C) Hallazgo de etiología conocida en múltiples casos.
D) Uso de paracetamol durante el embarazo.

41. La triada de algo riesgo de autismo de Baron-Cohen incluye:

A) No decir palabras con significado a los 18 meses.
B) Ausencia a los 18 meses de las capacidades de atención conjunta, señalar protodeclarativamente e inicio de juego simbólico.
C) Ausencia a los 18 meses de las capacidades de atención conjunta, inicio de juego simbólico y lenguaje de frases.
D) Falta de expresiones faciales y gestos a los 12 meses.

42. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a la etiología del autismo:

A) La variación común (herencia poligénica) explica más porcentaje de varianza de la génesis del autismo, a nivel poblacional.
B) Un porcentaje relevante de casos se origina en mutaciones *de novo* en genes importantes para el desarrollo en las primeras etapas del desarrollo embrionario.
C) El análisis genético de elección es el cariotipo.
D) El exoma clínico está indicado a pesar de no haber tratamiento génico para los hallazgos.

43. En los trastornos del neurodesarrollo tipo Trastornos del Espectro Autista, señale lo INCORRECTO:

A) Entre las causas genéticas conocidas más comunes se encuentran distintos tipos de sinaptopatías y canalopatías.
B) Los tratamientos más prometedores para síndromes monogénicos asociados a autismo incluyen las pequeñas moléculas o los antisense oligonucleótidos (ASOs).
C) El nivel de riesgo poligénico es útil para complementar el consejo genético.
D) Entre las utilidades de diagnóstico genético del autismo está la posible información sobre comorbilidades y la asociación con familias con diagnósticos similares.

44. Respecto al tratamiento de los TEA, señale la INCORRECTA:

A) Los fármacos psicótropos se utilizan para tratar, además de síntomas nucleares de autismo, los síntomas asociados: irritabilidad, trastornos del comportamiento, ansiedad, etc.
B) La risperidona y el aripiprazol tienen indicación por las agencias reguladoras para tratar irritabilidad en TEA.
C) Algunos de las nuevas dianas terapéuticas en investigación para el tratamiento de síntomas nucleares de TEA son los factores de crecimiento y moléculas que inciden en el equilibrio GABA/glutamato.
D) Los tratamientos de atención temprana más eficaces son intensivos, de inicio temprano, duraderos, e implican a la familia.

45. Señale la INCORRECTA:

A) La inteligencia incluye la capacidad demostrada en los test estandarizados añadido a la capacidad para funcionar de forma adaptativa en relación con las expectativas propias de la edad.
B) El trastorno del desarrollo de la inteligencia es equivalente a trastornos previamente denominados retraso mental o discapacidad intelectual.
C) Los resultados en las escalas Weschler tienen alta validez, aunque histórica y culturalmente son inestables.
D) Un perfil de capacidades con déficit en comunicación social pero no en manipulación y lenguaje es típico de la discapacidad intelectual.

46. Respecto a la etiología de la esquizofrenia:

A) La heredabilidad en la esquizofrenia se sitúa en el 50 % aproximadamente.
B) La probabilidad de una persona de tener esquizofrenia si su padre tiene esquizofrenia es del 5 % aproximadamente.
C) El riesgo poligénico es útil para determinar el pronóstico de la enfermedad.
D) El síndrome velo-cardio-facial o deleción 22q11 se asocia en al menos un 25% a la presencia de síntomas psicóticos.

47. Entre los factores de mal pronóstico de los primeros episodios psicóticos, se EXCLUYE:

A) El deterioro funcional en los dos años anteriores al primer episodio.
B) Los antecedentes de esquizofrenia en la familia.
C) Presencia de importantes síntomas negativos.
D) Todos los anteriores son factores de mal pronóstico.

48. Respecto al tratamiento de la esquizofrenia:

A) Adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia, síntomas graves y disfuncionales y con falta de respuesta a dos antipsicóticos son candidatos a terapia electroconvulsiva.
B) Hay estudios que sugieren que el cannabidiol podría tener efectos antipsicóticos.
C) Algunos antiinflamatorios se están utilizando en ensayos clínicos como coadyuvantes de tratamientos antipsicóticos.
D) A, B y C son correctos.

49. Respecto al temperamento y personalidad de los niños y adolescentes. Señale la INCORRECTA:

A) Los padres modelan el comportamiento de los hijos, pero también los hijos modelan el comportamiento y prácticas educativas de los padres.
B) La reactividad al estrés a lo largo de la vida es innata, determinada por influencias intra-útero y no parece que los cuidados maternos posteriores tengan una clara influencia.
C) Los niños con rasgos temperamentales de “inhibición” en la infancia temprana tienen más riesgo de depresión que los niños “infracontrolados” (según terminología de Caspi).
D) Las influencias ambientales, incluido el trato de los cuidadores principales, pueden modificar la metilación del genoma.

50. Señale lo INCORRECTO sobre el trastorno del desarrollo de la inteligencia (discapacidad intelectual):

A) Se considera discapacidad intelectual aquella en que los resultados en test psicométricos están 1,5 desviaciones standard por debajo de la media.
B) La independencia personal y la responsabilidad social son aspectos importantes en la consideración de la inteligencia.
C) La causa es desconocida en un amplio porcentaje de los casos.
D) La mayoría se deben a factores prenatales o perinatales específicos.

51. En el síndrome de Down, es INCORRECTO:

A) Es frecuente que haya cambios degenerativos neuronales característicos de Alzheimer.
B) Con frecuencia hay malformaciones típicamente digestivas y en cerebelo.
C) Hay menos tendencia a la depresión.
D) Las manchas de Brushfield, el hipertelorismo y la macroglosia son algunas de las malformaciones/rasgos peculiares más frecuentes.

52. ¿Qué trastorno debe considerarse principalmente en el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia de inicio temprano?
A) Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.
B) Trastorno de personalidad antisocial.
C) Trastorno de ansiedad generalizada.
D) Trastorno de pánico.

53. ¿Cuál de los siguientes patrones de síntomas es MÁS característico en la esquizofrenia de inicio temprano?
A) Duración de psicosis no tratada muy corta.
B) Predominio de síntomas negativos y desorganización.
C) Episodios breves de ansiedad sin psicosis.
D) Alternancia de manía y depresión sin síntomas psicóticos.

54. ¿Qué intervención es de primera línea en la esquizofrenia de inicio temprano?

A) Estabilizadores del ánimo en monoterapia.
B) Antipsicóticos atípicos.
C) Benzodiacepinas de larga duración.
D) Terapia dialéctico-conductual.

55. Según la Ley 26/2015, ¿qué ocurre con el consentimiento en menores de 16 años en el ámbito sanitario?

A) Puede consentir el propio menor en todos los casos.
B) Siempre se requiere consentimiento por representación.
C) Solo uno de los progenitores debe consentir.
D) Solo se requiere consentimiento en intervenciones quirúrgicas.

56. ¿Cuál de los siguientes se considera, según la jurisprudencia, una actuación sanitaria extraordinaria en menores?

A) Vacunación del calendario oficial.
B) Revisión pediátrica rutinaria.
C) Tratamiento psicológico o psiquiátrico.
D) Evaluación inicial no invasiva.

57. En situación de conflicto parental conocido, ¿qué se requiere para iniciar un tratamiento NO urgente?

A) Consentimiento de cualquiera de los progenitores.
B) Solo la decisión del facultativo.
C) Consentimiento de ambos progenitores.
D) Consentimiento exclusivo del menor.

58. ¿Cuál es el principio jurídico que presume que un progenitor actúa con el consentimiento del otro cuando solicita atención sanitaria para el menor?

A) Principio de autonomía del paciente.
B) Principio de confidencialidad.
C) Principio de buena fe.
D) Principio de legalidad estricta.

59. Un niño de 9 años presenta desde los 6 años conductas de agresión física hacia compañeros, destrucción de objetos, robos y mentiras frecuentes. No muestra remordimiento y su rendimiento escolar es bajo. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A) Trastorno negativista desafiante.
B) Trastorno de conducta de inicio en la adolescencia.
C) Trastorno de conducta de inicio en la infancia.
D) Trastorno explosivo intermitente.

60. Adolescente de 15 años con discusiones frecuentes con adultos, actitud desafiante, irritabilidad y tendencia a culpar a otros, pero sin agresiones graves ni violaciones de normas importantes. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A) Trastorno de conducta.
B) Trastorno negativista desafiante.
C) Trastorno límite de la personalidad.
D) Trastorno disruptivo de desregulación emocional.

61. En un adolescente con trastorno de conducta grave y rasgos de insensibilidad emocional (callous-unemotional), ¿cuál de los siguientes aspectos es MÁS característico?

A) Alta reactividad emocional y ansiedad.
B) Búsqueda intensa de aprobación social.
C) Escasa empatía y baja respuesta al castigo.
D) Elevada culpa tras las conductas disruptivas.

62. Un joven de 16 años con trastorno de conducta presenta consumo de sustancias, delitos menores y absentismo escolar. ¿Cuál es el enfoque terapéutico MÁS adecuado según guías clínicas (AEPNYA)?

A) Tratamiento farmacológico como primera línea.
B) Intervención exclusivamente individual.
C) Intervención multimodal con implicación familiar y comunitaria.
D) Ingreso prolongado sin intervención psicosocial.

63. Respecto a los resultados a 14 meses del estudio MTA, ¿qué modalidad fue MÁS eficaz en la reducción de síntomas nucleares del TDAH?

A) Terapia conductual aislada.
B) Tratamiento en la comunidad.
C) Manejo farmacológico (solo o combinado).
D) No hubo diferencias entre tratamientos.

64. ¿Cuál es el principal hallazgo del seguimiento a largo plazo (≥3 años) del estudio MTA?

A) La terapia conductual supera al tratamiento farmacológico.
B) El tratamiento combinado mantiene superioridad clara.
C) Desaparecen las diferencias entre los grupos de tratamiento.
D) La medicación empeora los síntomas de TDAH.

65. Según el estudio MTA, ¿qué afirmación es CORRECTA respecto a los resultados funcionales?

A) La medicación sola es superior en todas las áreas funcionales.
B) El tratamiento combinado mejora variables funcionales (p. ej., ansiedad, habilidades sociales) mejor que la medicación sola.
C) La terapia conductual no tiene efectos funcionales.
D) Ningún tratamiento influye en variables funcionales.

66. En un menor con sospecha de psicopatología cuyo progenitor solicitante afirma explícitamente que no quiere informar al otro ("no quiero que se entere"), pero no existe oposición formal documentada, ¿cuál es la actuación MÁS ajustada al protocolo?

A) Suspender toda actuación hasta tener consentimiento de ambos.
B) Evaluar al menor y tratar sin informar al otro progenitor.
C) Evaluar al menor y, para tratamiento, intentar recabar el consentimiento del otro progenitor.
D) Solicitar directamente autorización judicial.

67. Según la jurisprudencia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a intervenciones en salud mental en menores?

A) La psicoterapia se considera una actuación ordinaria.
B) El tratamiento psiquiátrico se considera generalmente actuación extraordinaria.
C) Solo los tratamientos farmacológicos son extraordinarios.
D) Las intervenciones psicológicas no requieren consentimiento parental.

68. En relación con el criterio del facultativo en la toma de decisiones, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

A) El facultativo debe ajustarse exclusivamente a la normativa sin valorar la situación clínica.
B) El facultativo puede decidir siempre sin necesidad de consentimiento parental.
C) El facultativo es responsable de valorar la trascendencia de la intervención y garantizar el interés superior del menor.
D) El facultativo solo interviene tras resolución judicial.

69. En la población infanto-juvenil, ¿cuál es la forma de presentación MÁS frecuente del trastorno bipolar?

A) Episodios maníacos clásicos con euforia persistente.
B) Episodios depresivos sin síntomas de activación.
C) Irritabilidad crónica con labilidad afectiva y síntomas mixtos.
D) Episodios psicóticos aislados sin cambios afectivos.

70. ¿Cuál de los siguientes elementos es MÁS orientador hacia trastorno bipolar frente a TDAH en la infancia?

A) Distractibilidad mantenida desde edades tempranas.
B) Conducta impulsiva persistente.
C) Curso episódico con cambios claros respecto a nivel basal.
D) Problemas de conducta en el ámbito escolar.

PREGUNTAS DE RESERVA

71. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia con PEOR pronóstico en el trastorno bipolar de inicio temprano?

A) Inicio en la adolescencia tardía.
B) Buena adherencia al tratamiento.
C) Alta comorbilidad (p. ej., TDAH, abuso de sustancias).
D) Episodios exclusivamente depresivos.

72. En el tratamiento del episodio depresivo en un trastorno bipolar en adolescentes, ¿cuál de las siguientes estrategias es la MÁS adecuada?

A) Antidepresivo en monoterapia.
B) Antidepresivo + benzodiacepina.
C) Antipsicótico atípico como quetiapina.
D) Suspensión de todo tratamiento farmacológico.

73. Adolescente de 16 años, varón, con antecedentes de TDAH en la infancia, consulta por irritabilidad intensa, disminución de la necesidad de sueño, verborrea y conductas de riesgo (peleas, gasto excesivo, consumo frecuente de cannabis y alcohol). Refiere episodios previos de ánimo deprimido con anhedonia. La familia describe cambios claros respecto a su funcionamiento basal. En la exploración destaca actitud expansiva, ideación grandiosa y baja conciencia de enfermedad. ¿Cuál es la MEJOR opción terapéutica farmacológica inicial en este caso?

A) Iniciar ISRS en monoterapia.
B) Iniciar metilfenidato para control de impulsividad.
C) Iniciar antipsicótico atípico y abordar consumo de sustancias.
D) Iniciar benzodiacepinas como tratamiento principal.

74. En el tratamiento de las adicciones comportamentales en adolescentes, ¿cuál es la intervención de primera línea?

A) Tratamiento farmacológico en monoterapia.
B) Hospitalización prolongada.
C) Intervenciones psicológicas y familiares.
D) Supresión total del acceso.

75. Entre los Trastornos relacionados con Trauma según la DSM 5, se encuentran todos los siguientes EXCEPTO:

A) Trastorno de estrés agudo.
B) Trastorno por ansiedad de separación.
C) Trastorno de apego reactivo.
D) Trastorno de relación social desinhibida.