

1. El progreso científico alcanzado en el ámbito de las terapias infantiles ha permitido, entre otros logros: (a) aceptar la concepción de los niños como adultos en miniatura; (b) resaltar el funcionamiento psicológico similar de niños y adultos; (c) hacer hincapié en el funcionamiento psicológico y conductual propio de los menores que reciben tratamiento.
2. Según la propuesta de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) las intervenciones que carecen de evidencia científica son las que se clasifican en el Nivel: (a) 0; (b) 1; (c) 5.
3. En la evaluación de los menores debe tenerse en cuenta que de los 7 a los 11 años el niño se encuentra en el estadio de las operaciones concretas por lo que: (a) todavía no aparece el razonamiento lógico; (b) ya puede asumir múltiples perspectivas; (c) todavía no puede razonar simultáneamente sobre conceptos relacionados.
4. Al estudiar los aspectos más relevantes del desarrollo de los conceptos temporales que afectan a la evaluación, se comprueba que el niño entiende el concepto de futuro hacia los: (a) 5 años; (b) 8 años; (c) 14 años.
5. La aparición y persistencia de las fobias específicas infantiles, en términos de procesos de condicionamiento, dependen en última instancia de: (a) la preparatoriedad de la especie humana; (b) la predisposición del niño; (c) las experiencias directas e indirectas con el estímulo fóbico.
6. La práctica reforzada, técnica frecuentemente utilizada en el tratamiento de los miedos y fobias infantiles, tiene como componentes: (a) instrucciones y práctica de la conducta de aproximación al estímulo fóbico; (b) reforzamiento de las conductas de aproximación; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
7. En el trastorno de ansiedad por separación la: (a) prevalencia está en torno al 24% en niños y adolescentes jóvenes; (b) incidencia es mayor en el sexo masculino; (c) edad media de los niños que padecen este trastorno es de aproximadamente 9 años.
8. En el tratamiento de la ansiedad infantil, al realizar la reestructuración cognitiva de miedos graves, como el miedo al abandono, la discusión se basa en la pregunta: (a) *¿qué es lo más probable que podría suceder?*; (b) *¿qué es lo peor que podría suceder?*; (c) *¿y si...?*
9. El programa Fortius: (a) se centra básicamente en el tratamiento de la depresión; (b) tiene como objetivo prevenir las dificultades emocionales; (c) está dirigido únicamente a población adolescente.
10. En la evaluación de la ansiedad social infanto-juvenil, las medidas psicofisiológicas: (a) son de uso común en la práctica clínica; (b) tienen una elevada capacidad predictiva; (c) aportan datos objetivos en la investigación.
11. En el tratamiento de la fobia social infantil, la exposición: (a) virtual no se utiliza por resultar poco atractiva para el menor; (b) es la estrategia más utilizada en este ámbito; (c) es siempre el componente inicial de la intervención.
12. En los menores deprimidos: (a) el riesgo de suicidio es mucho mayor en los niños más pequeños que en los adolescentes; (b) sólo un pequeño porcentaje, inferior al 27%, tiene ideas de suicidio; (c) el riesgo de suicidio es mayor en los niños que presenta niveles elevados de ira.
13. En niños que aún no han llegado a la pubertad una alternativa terapéutica de primera de elección para la depresión es: (a) la terapia cognitivo-conductual; (b) la terapia interpersonal; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
14. En el "kit de afrontamiento" del programa de tratamiento de la depresión infantil ACCIÓN de Stark se incluyen tarjetas con afirmaciones como: *"si te sientes mal y no sabes por qué: (a) utiliza la solución de problemas"; (b) cambia el pensamiento"; (c) utiliza las habilidades de afrontamiento"*.
15. En la intervención en el maltrato infantil la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma se centra, entre otros aspectos, en: (a) los propios recuerdos traumáticos pero no en sus recordatorios actuales; (b) el significado que tienen los recuerdos para el niño; (c) los problemas no concurrentes con la experiencia traumática.
16. En el tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil se puede utilizar: (a) la relajación savasana que sólo requiere la tensión voluntaria de los músculos; (b) la relajación autógena por su facilidad y menor requerimiento de tiempo que la relajación muscular; (c) el yoga para contactar con las emociones, pero no para generar una respuesta de relajación.

17. Algunas investigaciones en población española demuestran que: (a) a los 3 años el 75% de los niños controlan su vejiga tanto de día como de noche; (b) a los 5 años el control de la vejiga es significativamente superior en los niños que en las niñas; (c) la prevalencia de la enuresis nocturna en niños de 5 a 10 años puede cifrarse en un 3%.
18. En el tratamiento de la enuresis nocturna, la alarma urinaria puede considerarse como un tratamiento con un nivel: (a) 1 de evidencia y grado A de recomendación; (b) 2 de evidencia y grado B de recomendación; (c) 3 de evidencia y grado C de recomendación.
19. La prevalencia de la encopresis: (a) es muy superior en las niñas que en los varones; (b) va disminuyendo con la edad; (c) es mayor que la de la enuresis.
20. En el tratamiento de la encopresis: (a) la combinación de tratamiento médico y conductual ha demostrado ser más eficaz que cualquiera de los anteriores por separado; (b) el tratamiento conductual está muy sistematizado; (c) el tratamiento médico suele ser innecesario.
21. Las investigaciones sobre el origen de las pesadillas: (a) han demostrado que no existe una clara relación entre su ocurrencia y el nivel de ansiedad de los niños; (b) parecen señalar la existencia de una fuerte influencia genética; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
22. En el tratamiento de las dificultades para dormir en niños menores de 5 años la extinción con presencia de los padres requiere que: (a) uno de los padres se acueste en la misma cama del niño; (b) uno de los padres se acueste en la misma habitación, pero no en la misma cama del niño; (c) los padres atiendan las quejas del niño desde su inicio.
23. Cuando se comprueba que la lentitud al comer de un menor es una forma de reclamar la atención de la madre y que ésta, para finalizar el problema, acaba dando la comida al niño: (a) el comportamiento del niño queda reforzado positivamente; (b) el comportamiento de la madre queda reforzado negativamente; (c) las dos respuestas anteriores son verdaderas.
24. En los problemas de negación y rechazo de alimentos cuando el reforzamiento y la extinción resultan insuficientes para vencer la resistencia a alimentarse del niño: (a) pueden utilizarse estrategias más invasivas como la prevención de la respuesta de escape; (b) debe insistirse con esas estrategias y nunca utilizar procedimientos invasivos; (c) sólo sirve el principio de Premack.
25. Señale cuál de los siguientes estilos educativos puede ser comparado con patrones de comportamiento negligentes: (a) autoritario; (b) permisivo; (c) indiferente.
26. Las investigaciones (estudios de eficacia) sobre los programas de educación a padres han demostrado: (a) su eficacia a corto plazo pero no a largo plazo; (b) su falta de eficacia para mejorar la comunicación entre padres e hijos; (c) que son un acercamiento rápido y eficiente a los problemas del comportamiento infantil.
27. El programa de educación positiva "Triple P" de Sanders: (a) tiene como principal objetivo conseguir que los padres adopten un estilo educativo democrático; (b) es un programa multinivel; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
28. El programa "Piensa en Voz Alta" de entrenamiento cognitivo para niños con trastornos del comportamiento perturbador: (a) va dirigido a niños de entre 8 y 12 años; (b) es adecuado para niños con problemas de impulsividad; (c) tiene como principal objetivo el incremento de la atención y la reflexividad.
29. *Caso práctico:* Según refiere la madre de Mario (niño de 7 años con terrores nocturnos), cuando éste se despierta con los ojos en blanco y como si estuviera ido, tiene un aspecto muy alarmante, por lo que dice tener miedo de que sea algo grave. Cuál sería en este caso la primera actuación del psicólogo: (a) recomendarle que despierte al niño en cada episodio para que no sufran ninguno de los dos; (b) informar a la madre de la naturaleza del trastorno y de su remisión espontánea; (c) las dos alternativas anteriores son correctas.
30. *Caso práctico:* Cuál de las siguientes técnicas resultaría más adecuada para motivar a Mario (niño de 7 años con terrores nocturnos) a cumplir el programa de exposición gradual a la conducta de dormirse solo en su habitación: (a) psicoeducación; (b) exposición gradual en imaginación a dormirse solo; (c) economía de fichas.