

1. En la evaluación de los menores debe tenerse en cuenta que de los 2 a los 7 años el niño se encuentra en el estadio preoperacional del desarrollo cognitivo, por lo que: (a) ya puede pensar simbólicamente; (b) su pensamiento puede centrarse en los diversos aspectos del problema; (c) no puede pensar en contenidos específicos y concretos.
2. Entre las desventajas del uso de la entrevista clínica en la evaluación infantil pueden citarse que: (a) consume mucho tiempo; (b) es el procedimiento de evaluación que más destrezas requiere del clínico; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
3. En el estudio de la relación terapéutica en los tratamientos infantiles tanto las revisiones cualitativas como los resultados de los meta-análisis ponen de manifiesto que dicha relación: (a) es completamente diferente a la encontrada en estudios con pacientes adultos; (b) es comparable a la que se observa en los estudios con pacientes adultos; (c) es diferente si el terapeuta es psicólogo o psiquiatra.
4. Según la propuesta de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) las intervenciones que carecen de evidencia científica son los que se clasifican en el Nivel: (a) 0; (b) 1; (c) 5.
5. En el tratamiento de las fobias infantiles la técnica de imágenes emotivas: (a) requiere el uso de la relajación para inhibir la ansiedad; (b) emplea respuestas emocionales positivas de autoafirmación, orgullo, amor o alegría; (c) no requiere la elaboración de una jerarquía.
6. En el siguiente ejemplo, señale cual sería el principal factor etiológico del trastorno de ansiedad de separación: niña de 7 años, nunca se ha separado de su madre, siempre van juntas a todas partes y en casa sólo está tranquila jugando en la misma habitación donde están sus padres: (a) reforzamiento operante; (b) experiencias traumáticas; (c) déficit de aprendizaje.
7. Desde la perspectiva del análisis funcional, una de las diferencias entre ansiedad y miedo es que el miedo se relaciona más con: (a) malestar y preocupación; (b) estimulación externa; (c) estimulación interna.
8. En el tratamiento de los miedos y fobias infantiles al utilizar la práctica reforzada: (a) sólo se requiere reforzamiento social; (b) sólo se requiere reforzamiento material; (c) se puede utilizar reforzamiento social y opcionalmente material.
9. En el bloque emocional del programa FORTIUS, para disminuir la activación vegetativa característica de los estados de ansiedad se utilizan técnicas como: (a) la relajación muscular progresiva; (b) la resolución de problemas; (c) las autoinstrucciones facilitadoras de reflexión.
10. En los niños menores de 6 años los pensamientos o ideas suicidas se manifiestan por síntomas como: (a) autoagresiones en la cabeza; (b) conductas destructivas; (c) terrores nocturnos.
11. En los niños que no pueden aprender los ejercicios de respiración profunda fácilmente se recomienda hacer ejercicios como: (a) soplar una vela haciendo oscilar la llama pero sin apagarla; (b) hinchar un globo mediante una amplia y prolongada espiración; (c) hacer inspiraciones lentas y espiraciones rápidas.
12. En el tratamiento de la ansiedad infantil pueden utilizarse entrenamientos en autoinstrucciones que: (a) se centra en los componentes cognitivos de la respuesta; (b) consiste en sustituir las verbalizaciones negativas por otras más apropiadas; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
13. En el procedimiento de inversión del hábito la descripción y detección de los tics se utiliza básicamente para: (a) romper el automatismo al realizar este comportamiento e incrementar la conciencia de cómo y cuándo aparecen los tics; (b) motivarse para el cambio; (c) reducir el impulso a realizar los tics.
14. La enuresis nocturna: (a) afecta aproximadamente al 10% de niños mayores de 5 años; (b) primaria es menos frecuente que la secundaria; (c) es siempre menos frecuente en los niños que en las niñas.
15. En el tratamiento de los niños con depresión el entrenamiento en habilidades sociales: (a) sigue un procedimiento muy diferente del empleado con adultos; (b) no está recomendado el uso de la auto-observación; (c) debe utilizar procedimientos y materiales amenos y sencillos.

16. En el tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil la intervención cognitiva se dirige a: (a) corregir los pensamientos y creencias relacionados con el abuso; (b) prevenir la formación de nuevas cogniciones desadaptativas y minimizar la generalización estimular; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
17. Los terrores nocturnos: (a) normalmente se producen en el primer tercio de la noche; (b) sólo se dan en la segunda mitad de la noche; (c) ocurren con igual frecuencia en cualquier momento del sueño del niño.
18. En el tratamiento del insomnio infantil: (a) la relajación no suele utilizarse; (b) la hipnosis se ha mostrado útil aunque su eficacia está poco documentada; (c) la eficacia de la higiene del sueño está ampliamente documentada.
19. En el entrenamiento en cama seca: (a) se introduce en el tratamiento aspectos motivacionales y sociales; (b) no se utiliza entrenamiento en retención; (c) se ha comprobado que la alarma no es un elemento fundamental.
20. En el tratamiento de la encopresis: (a) se utilizan algunos procedimientos derivados del castigo en los episodios de ensuciamiento; (b) siempre se debe reforzar al niño por mantener la muda limpia, sobre todo en el caso de encopresis retentiva; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
21. A lo largo del desarrollo evolutivo la evidencia señala que mantienen una mayor estabilidad los problemas: (a) interiorizados; (b) exteriorizados; (c) educativos.
22. Entre las características comunes que comparten los programas de intervención en los problemas cotidianos del comportamiento infantil pueden citarse que: (a) la relación terapéutica con el menor queda en segundo plano; (b) no se utiliza el castigo; (c) no suele entrenarse en el análisis topográfico de las conductas del niño.
23. Para abordar los problemas de rechazo de alimentos se dan a los padres instrucciones como: (a) combinar el alimento rechazado con otros que enmascaren su sabor; (b) dar al niño su alimento favorito justo antes del que rechaza; (c) cualquier negativa a comer debe acompañarse de un castigo.
24. Para instaurar en el niño la conducta de comer solo se debe instruir a los padres para que: (a) comiencen por ayudar al niño a coger la cuchara y llevársela a la boca; (b) regañen al niño si se niega a coger el cubierto; (c) si se niega a coger el cubierto, pasado un tiempo prudencial los padres le den la comida.
25. En la intervención en los trastornos del comportamiento perturbador la economía de fichas: (a) suele utilizarse con niños pequeños; (b) no debe combinarse con el coste de respuesta; (c) emplea reforzadores materiales que luego se cambian por reforzadores generalizados.
26. En la intervención en los trastornos del comportamiento perturbador, el programa de *Enseñanza de Soluciones Cognitivas para Evitar Problemas Interpersonales*, ESCEPI: (a) va dirigido a chicos de entre 10 y 18 años; (b) se puede aplicar en formato individual o grupal; (c) es un buen ejemplo de un programa no estructurado para el entrenamiento en solución de problemas.
27. El programa de intervención de Herbert para manejar los problemas cotidianos del comportamiento infantil se plantea, entre otros, los siguientes objetivos específicos: (a) establecer límites firmes y equitativos; (b) utilizar sólo las alabanzas con las conductas perfectas; (c) al poner límites, no apoyar las palabras en acciones.
28. Entre los factores de riesgo biológicos para el desarrollo de los trastornos del comportamiento perturbador pueden citarse: (a) la malnutrición durante el embarazo y el bajo peso al nacer; (b) la impulsividad cognitiva y el bajo nivel de aptitud verbal; (c) la falta de supervisión parental.
20. *Caso práctico.* Mario siempre se enfada cuando su madre le indica que es la hora de irse a la cama. La madre, "para no oírle", suele dejarle que se tumben a su lado en el sillón hasta que se queda dormido. Este comportamiento concreto de la madre se mantiene por: (a) reforzamiento positivo; (b) reforzamiento negativo; (c) ambos tipos de reforzamiento.
30. *Caso práctico.* En el caso de Mario (niño de 7 años con terrores nocturnos) se utilizó la estrategia de los despertares programados para abordar el tratamiento de sus episodios de despertar brusco, aunque: (a) esta técnica todavía no se considera un tratamiento bien establecido; (b) no es específica para los terrores nocturnos, sino para el tratamiento de las pesadillas; (c) su principal utilidad es para instaurar y/o fomentar hábitos de sueño adecuados.