

1. En la evaluación infantil el terapeuta: (a) debe negociar con el niño el grado de confidencialidad sobre la información que se va a compartir con los padres; (b) es el que decide qué información debe darse a los padres; (c) sólo romperá la confidencialidad sobre la información aportada por el niño cuando, al final del tratamiento, entregue a los padres su informe escrito.
2. Entre las ventajas del uso de la entrevista clínica en la evaluación infantil pueden citarse: (a) que consume poco tiempo; (b) el poder adaptar su forma y contenido a la edad del niño; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
3. En los casos en que las alteraciones infantiles han ocasionado frecuentes y reiteradas quejas, reprimendas o castigos, cuando el terapeuta pregunta al niño por el motivo de consulta éste: (a) excepcionalmente responde con argumentos relativos a malestar; (b) normalmente alude a preocupación personal; (c) suele responder que lo ignora.
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 madre de Tomás (5 años) ha intentado a menudo que éste se quede en casa de sus abuelos. Cuando sabe que va a quedarse con ellos Tomás se pone triste y se queja de que le duele la barriga. Finalmente la madre desiste del intento y se muestra muy pendiente de él, dándole efusivas muestras de afecto. En este ejemplo de ansiedad de separación, señale qué factor estaría en el origen y mantenimiento de la ansiedad: (a) reforzamiento operante; (b) experiencias traumáticas; (c) déficit de aprendizaje.
6. Al realizar la relajación con niños una posición adecuada es sentado con: (a) la espalda apoyada y la cabeza sin tensión; (b) las piernas cruzadas y en ángulo de 45 grados con el suelo; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
7. En el tratamiento de las fobias infantiles la DS en vivo se considera un tratamiento: (a) bien establecido; (b) probablemente eficaz; (c) en fase experimental.
8. Desde la perspectiva del análisis topográfico, una de las diferencias entre ansiedad y miedo es que en la ansiedad es más relevante el sistema de respuesta: (a) psicofisiológico; (b) cognitivo; (c) motor.
9. Mediante la revisión de las investigaciones dirigidas a la búsqueda de tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para la depresión infanto-juvenil, se llega a conclusiones con aval empírico como que: (a) está totalmente demostrada la eficacia de los tratamientos farmacológicos; (b) actualmente no existe ningún tratamiento eficaz; (c) la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de primera elección.
10. En la evaluación de la depresión infantil y adolescente, puesto que los síntomas clave en los trastornos depresivos son encubiertos, las técnicas de autoinforme: (a) no pueden ser utilizadas con niños de 3 a 6 años; (b) sólo se pueden aplicar con ciertas garantías a mayores de 7 años; (c) son las menos utilizadas en este ámbito.
11. El programa FORTIUS para el control de la ansiedad infanto-juvenil se ha aplicado en contextos: (a) escolares como prevención; (b) clínicos como tratamiento; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
12. Según los criterios de la "Task Force", los tratamientos cognitivo conductuales para los trastornos de ansiedad en la infancia: (a) no pueden considerarse por el momento como tratamientos bien establecidos; (b) son considerados todos como tratamientos bien establecidos; (c) se consideran tratamientos bien establecido a excepción del programa "Coping Cat" de Kendall.
13. En el niño abusado sexualmente, la culpa: (a) no suele ser muy frecuente; (b) puede surgir por haber sentido placer durante el abuso o por no haber hablado de él; (c) puede hacer que el niño adopte la perspectiva del abusador no sintiéndose responsable y sí víctima de lo ocurrido.
14. Los tics: (a) son más prevalentes en las niñas que en los varones; (b) están presentes en todas las razas, culturas y clases sociales; (c) transitorios en población infantil no suelen remitir de forma espontánea.
15. En el tratamiento de la depresión infantil y adolescente, para que el niño aprenda a identificar los pensamientos negativos y cambiarlos por positivos se puede utilizar el juego de: (a) el planeta de los PSIMON; (b) las Charadas Emocionales; (c) el muñeco-robot de trapo.
16. En el modelo explicativo tentativo del caso de depresión infantil incluido en el apartado de aplicaciones prácticas, y siguiendo el esquema clásico de evaluación en terapia de conducta (A-O-R-C), se consideran respuestas de nivel motor

síntomas de depresión infantil como: (a) la disminución del apetito; (b) el déficit de actividades gratificantes; (c) el decaimiento.

17. En el entrenamiento en retención voluntaria de orina suelen pedirse al niño que mientras está orinando: (a) deje relajado el esfínter de forma voluntaria y sin intentar contraerlo; (b) corte la micción varias veces relajando para ello el esfínter; (c) contraiga el esfínter para cortar la micción y lo relaje para reiniciarla.

18. En el tratamiento de los episodios de ensuciamiento propios de la encopresis se pueden utilizar procedimientos derivados del castigo como: (a) el entrenamiento en limpieza; (b) el coste de respuesta; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

19. Entre los criterios objetivos de mejoría en el tratamiento de la onicofagia pueden considerarse: (a) el crecimiento de las uñas; (b) la disminución del deseo de morderse las uñas; (c) el incremento del grado de control sobre el hábito.

20. El entrenamiento en retención voluntaria de orina: (a) se aplica siempre durante el día; (b) requiere un tiempo inicial de retención de 15 a 20 minutos; (c) requiere la utilización de la alarma urinaria.

21. Según clasificación de los problemas alimentarios en función de sus variables determinantes, la formación de bolos de comida sería un problema de: (a) cantidad; (b) variedad; (c) velocidad.

22. Para instaurar en el niño la conducta de comer solo se debe instruir a los padres para que: (a) inicialmente no ayuden al niño a coger el cubierto y llevárselo a la boca; (b) regañen al niño si se niega a coger el cubierto; (c) refuercen cualquier intento que haga el niño de coger el cubierto y llevárselo a la boca.

23. Uno de los objetivos en el tratamiento del insomnio infantil es regular el ritmo vigilia-sueño del niño de modo que se fortalezca su ritmo circadiano, para ello se recomienda que: (a) los padres levanten al niño a la misma hora aunque haya dormido mal; (b) se limiten las actividades estimulantes que el niño realiza antes de acostarse; (c) no se utilice el dormitorio para jugar.

24. En el tratamiento de las pesadillas la técnica de repaso en imaginación: (a) suele realizarse en grupo; (b) sólo se ha utilizado con adultos; (c) es un tratamiento empíricamente validado en niños.

25. Cuando los padres observan un comportamiento violento en un niño de edad pre-escolar deben considerar ese comportamiento como normal para su edad y: (a) no intervenir; (b) promover comportamientos incompatibles o alternativos; (c) esperar a que se vaya extinguiendo al crecer.

26. En el programa "Piensa en Voz Alta" de entrenamiento cognitivo para niños con trastornos del comportamiento perturbador, el procedimiento *¿Qué pasaría si...?*, se utiliza: (a) para que el niño aprenda a predecir las consecuencias; (b) primero con problemas cotidianos y después con problemas interpersonales; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

27. El programa "EDUCA. Escuela de padres", propuesto para el tratamiento de los problemas cotidianos del comportamiento infantil: (a) consta de 2 únicas sesiones de 4 horas; (b) está destinado a grupos numerosos de 20 ó más padres; (c) ha sido diseñado para los padres de chicos de 2 a 12 años.

28. En la intervención en los trastornos del comportamiento perturbador la economía de fichas: (a) suele utilizarse con niños pequeños; (b) no puede combinarse con el coste de respuesta; (c) debe emplear sólo reforzadores materiales.

29. *Caso Práctico.* Señale qué estrategia considera más adecuada para abordar el tratamiento de los episodios de despertar brusco en el caso de Mario: (a) el control de estímulos; (b) los despertares programados; (c) el repaso en imaginación.

30. *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 tumba 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.