

1. En la evaluación de los problemas infantiles el terapeuta debe tener en cuenta que la edad en la que el niño es capaz de identificar las propias características psicológicas y de diferenciar entre los aspectos físicos y mentales es: (a) 3-4 años; (b) 7-11 años; (c) a partir de los 12 años.
2. Entre las áreas a evaluar en las entrevistas con los niños pueden señalarse: (a) su desarrollo físico e historia médica (b) su percepción de los factores que conducen a la consulta; (c) el cumplimiento de normas y obligaciones.
3. Normalmente los padres deciden consultar con expertos los problemas de sus hijos: (a) desde los primeros síntomas de alteración en su comportamiento; (b) cuando los síntomas suponen una manifestación extrema de una conducta normal; (c) sólo cuando el niño se queja de sus problemas.
4. Según la Asociación Americana de Psicología (APA), la aplicación de tratamientos que no están apoyados empíricamente, en comparación con la práctica basada en la evidencia: (a) conlleva un riesgo más elevado de fracaso terapéutico; (b) se asocia a un curso menos prolongado del trastorno; (c) suele conllevar una disminución en la severidad de los síntomas.
5. El trastorno de ansiedad generalizada: (a) es el trastorno de ansiedad más frecuente en la infancia; (b) se define como la preocupación excesiva no vinculada a situaciones, eventos u objetos específicos; (c) tiene una incidencia superior en las chicas.
6. Al realizar la relajación con niños el terapeuta: (a) puede ayudarse con muñecos que sirvan para señalar las zonas que se están trabajando; (b) no necesita modelar cada uno de los ejercicios; (c) debe trabajar con pequeños grupos musculares.
7. 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.
8. En el tratamiento de las fobias en la infancia cuando los items de una jerarquía se ordenan siguiendo el orden natural de las acciones hablamos de jerarquía: (a) temática; (b) secuencial; (c) espacial.
9. La prevalencia de los trastornos depresivos: (a) disminuye paulatinamente con la edad del menor; (b) en la adolescencia es mayor entre las chicas; (c) en los menores de 12 años es más alta en los varones.
10. En adolescentes las dos alternativas terapéutica de primera de elección para la depresión son: (a) la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal; (b) la terapia interpersonal y la terapia psicoanalítica; (c) la terapia gestáltica y la terapia cognitivo conductual.
11. En el tratamiento de la ansiedad infantil frases como *"noto que estoy nervioso, si me tranquilizo pronto estaré mejor"*, pueden considerarse como un ejemplo de auto-instrucciones de: (a) preparación; (b) afrontamiento en momentos críticos; (c) resolución.
12. En el programa de tratamiento de los trastornos de ansiedad "Coping Cat", la primera parte de la intervención se centra: (a) en la exposición en imaginación a las situaciones que provocan ansiedad en el niño; (b) en el reconocimiento de los síntomas de ansiedad y las reacciones somáticas; (c) exclusivamente en el niño.
13. En el procedimiento de inversión del hábito la relajación se utiliza básicamente para: (a) romper el automatismo al realizar los tics; (b) reducir el impulso a realizar los tics; (c) motivarse para el cambio.
14. 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 asciende al 99%; (c) la prevalencia de la enuresis en niños de 4 a 16 años puede cifrarse en un 3%.
15. En el tratamiento de la depresión infantil se observa que: (a) existe una baja tasa de recaídas; (b) la mayor parte de la investigación se ha centrado en los niños con depresiones leves que no llegan a cumplir los criterios de trastorno depresivo mayor; (c) los adolescentes responden mejor al tratamiento psicológico que los niños más pequeños.
16. La planificación del tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil: (a) está determinada por los problemas específicos del menor y su familia; (b) debe enmarcarse en el estadio de desarrollo evolutivo del menor; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

17. El procedimiento que consiste en regular el horario del sueño del niño y restringir la realización en la cama de actividades incompatibles con la conducta de dormir se llama: (a) control de estímulos; (b) restricción del sueño; (c) intención paradójica.
18. En el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos el ritual debe realizarse siempre: (a) a la misma hora y por el mismo padre; (b) de la misma forma y siguiendo exactamente los mismos pasos; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
19. En el entrenamiento en retención voluntaria de orina: (a) los padres animan al niño a que beba 1 ó 2 vasos de líquido y luego aguante unos minutos cuando tenga ganas de orinar; (b) requiere un tiempo inicial de retención de 15 a 20 minutos; (c) requiere la utilización de la alarma urinaria.
20. Las parasomnias engloban aquellos acontecimientos o comportamientos problemáticos asociados al sueño como: (a) la narcolepsia; (b) el insomnio; (c) las pesadillas.
21. Al estudiar el desarrollo psicológico normal del menor se comprueba que durante los 3 primeros años de vida uno de los “problemas leves” más frecuente se da con: (a) el seguimiento de órdenes verbales; (b) las relaciones entre pares de iguales; (c) las dificultades de adaptación académica.
22. En la evaluación de los problemas de comportamiento en niños y adolescentes la entrevista con el niño o adolescente: (a) no suele ser necesaria; (b) aunque a veces se utilice hay que tener en cuenta que la información aportada por el niño no suele ser fiable; (c) debe tener un especial peso ya que nos aporta la forma que tiene el niño de percibir el problema.
23. Un ejemplo de utilización del principio de Premack en la intervención en los problemas de rechazo de alimentos es: (a) dar al niño el alimento que rechaza nada más ingerir su alimento favorito; (b) mezclar el alimento que rechaza con un alimento del agrado del niño; (c) darle su alimento favorito sólo si previamente ha ingerido el que rechaza.
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 guía física; (b) debe insistirse con esas estrategias y nunca utilizar procedimientos invasivos; (c) puede probarse con procedimientos de estimulación como acercar la cuchara a los labios del menor y retirarla inmediatamente.
25. En el tratamiento de los trastornos del comportamiento perturbador los fracasos de la intervención podrían deberse a motivos como: (a) un entorno familiar y social problemático; (b) la ausencia de una intervención preventiva; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
26. En la intervención en los trastornos del comportamiento perturbador el contrato conductual: (a) suele utilizarse con niños pequeños más que con adolescentes; (b) no requiere que se especifiquen las consecuencias que se derivan de su incumplimiento; (c) requiere que las contingencias sean aplicadas por los adultos que conviven con el niño.
27. En los últimos años se han producido cambios en el tratamiento de los problemas cotidianos del comportamiento infantil, como: (a) comenzar a incluir a niños de corta edad; (b) el incremento de las intervenciones grupales; (c) el abandono de las intervenciones preventivas.
28. En el programa “EDUCA. Escuela de padres”, propuesto para el tratamiento de los problemas cotidianos del comportamiento infantil, la primera sesión se ocupa, entre otros aspectos, de: (a) explicar detenidamente en qué consiste el programa; (b) practicar técnicas como el modelado o el encadenamiento; (c) enseñar a los padres a establecer normas claras y bien definidas.
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) la relajación; (b) los despertares programados; (c) la hipnosis.
30. *Caso práctico.* Según refiere la madre de Mario, cuando éste se despierta tiene un aspecto muy alarmante, “pone los ojos como si estuviera ido y no hay forma de consolarle”. En estos casos lo más adecuado suele ser: (a) despertar al niño para que no siga sufriendo; (b) tranquilizarle y esperar pacientemente a que vuelva a dormirse; (c) no despertarle ya que suele ser peligroso.