

1. En la evaluación de los trastornos infantiles, los autorregistros: (a) sólo permiten registrar el comportamiento en el momento en que se produce; (b) no permiten evaluar el componente cognitivo de la respuesta; (c) son muy útiles para realizar el análisis funcional.
2. Al estudiar la pauta evolutiva de los miedos infantiles se comprueba que: (a) los adolescentes presentan más miedos que los niños; (b) en los primeros años de vida aparece el miedo a personas desconocidas; (c) durante la adolescencia se intensifica el miedo a las tormentas y a la soledad.
3. Según Méndez, Olivares y Sánchez-Meca (2002) un buen número de menores con problemas de salud mental no reciben tratamiento alguno en los servicios especializados, situación que afecta a: (a) 4 de cada 5 niños que necesitan tratamiento; (b) 1 de cada 4 niños que necesitan tratamiento; (c) 2 de cada 10 niños que necesitan tratamiento.
4. 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) todavía no puede pensar simbólicamente; (b) ya puede razonar simultáneamente sobre conceptos relacionados; (c) el pensamiento se centra en contenidos específicos y concretos.
5. El trastorno de ansiedad más prevalente en niños menores de 12 años es el trastorno de: (a) pánico; (b) ansiedad por separación; (c) ansiedad generalizada.
6. En el tratamiento de la ansiedad infantil puede utilizarse entrenamiento en autoinstrucciones: (a) como técnica de desactivación fisiológica; (b) que consiste en sustituir las verbalizaciones negativas por otras más apropiadas para afrontar la ansiedad; (c) las dos alternativas anteriores con falsas.
7. En el tratamiento de las fobias específicas en la infancia la exposición gradual en vivo se considera un tratamiento: (a) bien establecido; (b) probablemente eficaz; (c) en fase experimental.
8. En el cuento “Tío Pies Ligeros”, ejemplo de tratamiento mediante biblioterapia para los padres y juegos para los niños, creado específicamente para la fobia a la oscuridad: (a) el niño protagonista actúa como modelo simbólico de afrontamiento; (b) se incluyen estrategias de relajación; (c) las dos repuestas anteriores son correctas.
9. En población infanto-juvenil, la ansiedad o fobia social: (a) es más prevalente en los chicos que en las chicas; (b) es un trastorno psicológico poco prevalente; (c) suele considerarse como un factor de riesgo para el consumo y abuso de sustancias adictivas.
10. El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: (a) se ha introducido en el DSM-5 para evitar el sobrediagnóstico del trastorno bipolar en niños y adolescentes; (b) no está contemplado en el DSM-5; (c) es una denominación característica de la CIE-10.
11. En el plan TEMOR, dentro del programa de tratamiento de los trastornos de ansiedad “El gato valiente” (Coping Cat), la relajación muscular se utiliza para: (a) desarrollar el autocontrol; (b) identificar las preocupaciones; (c) reconocer las señales de ansiedad (componente psicofisiológico) como la tensión muscular.
12. A diferencia de otras fobias, son signos característicos de la fobia social: (a) el rubor facial y la boca seca; (b) la sensación de ahogo o falta de aire; (c) el aumento de la sudoración en axilas y manos.
13. Entre los componentes de la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma para el tratamiento del maltrato infantil se encuentra: (a) la relajación; (b) las habilidades de afrontamiento cognitivo; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
14. En el tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil la exposición a los recuerdos traumáticos del menor: (a) debe ser muy paulatina; (b) debe comenzar siempre con un grado bajo de malestar; (c) requiere que el menor atiende de forma continua al estímulo traumático impidiendo que se distraiga aunque experimente un grado elevado de malestar.
15. En los niños de entre 6 y 12 años la anhedonia propia de la depresión se manifiesta mediante: (a) disminución del juego; (b) aburrimiento; (c) pasotismo.
16. Una de las recomendaciones realizadas por la Guía de práctica clínica del NICE es que en niños y adolescentes con depresión moderada a grave: (a) la terapia psicológica debe combinarse con medicación antidepressiva; (b) se

debe ofrecer como tratamiento de primera línea una terapia psicológica específica como la terapia cognitivo conductual; (c) deberá ofrecerse siempre medicación antidepresiva.

17. En el tratamiento de la encopresis: (a) retentiva la intervención médica no suele ser necesaria; (b) el tratamiento conductual no está tan sistematizado como en el caso de la enuresis; (c) la estandarización de los protocolos hace innecesario el análisis individualizado del caso.

18. Un niño que suele despertarse sobresaltado al poco de acostarle, con intensa activación fisiológica y agitación, padece: (a) pesadillas; (b) terrores nocturnos; (c) sonambulismo.

19. En el funcionamiento de la alarma urinaria, según el proceso de condicionamiento clásico descrito por los Mowrer, cuando tras varios ensayos de condicionamiento se produce el despertar y la interrupción de la micción, éstos se consideran como: (a) respuestas incondicionadas, RI; (b) estímulos condicionados, EC; (c) respuestas condicionadas, RC.

20. Las investigaciones que estudian la eficacia de la alarma urinaria en el tratamiento de la enuresis demuestran que: (a) el tiempo medio de tratamiento para lograr el criterio de 14 noches de cama seca oscila entre 8 y 10 semanas; (b) las chicas suelen tardar más tiempo en lograr el criterio (14 noches de cama seca) que los chicos; (c) este método no es eficaz con los niños que habían mostrado ser resistentes a los fármacos.

21. En los casos en que el niño tarda mucho tiempo en comer se debe instruir a los padres para que sitúen un reloj con alarma delante del niño y si cuando suena no ha terminado: (a) se le deja más tiempo pero no se le da el reforzador; (b) se le regaña y se vuelve a dejar más tiempo; (c) se retira el plato y no se le da el premio.

22. La investigación sobre estilos educativos ha mostrado que los niños y adolescentes de familias permisivas presentan: (a) mejores habilidades sociales y menores niveles de depresión que los de familias autoritarias; (b) una tendencia a no implicarse en problemas; (c) un mejor rendimiento escolar.

23. En el tratamiento de las dificultades para dormir en menores de 5 años el procedimiento orientado a fijar rutinas que señalen la hora de dormir es: (a) el control de estímulos; (b) la restricción del sueño; (c) la extinción.

24. La prevalencia del trastorno de la ingestión de alimentos en la infancia es: (a) superior al 25%; (b) pequeña en niños sin otro tipo de problemas (3-10%); (c) menor del 25% en niños con retraso mental.

25. Según el DSM-5, “un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan las normas o reglas sociales propias de la edad”, debería diagnosticarse como: (a) trastorno negativista desafiante; (b) trastorno de conducta; (c) trastorno disocial.

26. En la intervención en los trastornos del comportamiento perturbador el contrato conductual: (a) suele utilizarse con adolescentes; (b) no precisa especificar las consecuencias que se derivan del cumplimiento; (c) normalmente no implica a los adultos que conviven con el niño.

27. En el Nivel 4 del programa de educación positiva “Triple P” de Sanders se incluye un programa llamado “Triple P autodirigido”, que consiste en: (a) una campaña informativa dirigida a la población general; (b) una intervención de autoayuda con apoyo telefónico; (c) un seminario breve sobre educación positiva.

28. 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.

29. *Caso práctico.* Para indagar sobre los hábitos de sueño de Mario y sus despertares nocturnos, señale qué tipo de estrategia considera más adecuado utilizar: (a) entrevista sólo con la madre; (b) auto-registros realizados por la madre durante la semana y por el padre el fin de semana; (c) cuestionario de personalidad.

30. *Caso práctico.* Señale cuál de las siguientes técnicas resultaría más adecuada para motivar a Mario, teniendo en cuenta que tiene 7 años, a cumplir el programa de exposición gradual a la conducta de dormirse solo en su habitación: (a) contrato conductual; (b) higiene del sueño; (c) economía de fichas.