

Plantilla septiembre 2018 tipo B. 2018: CCBBB BBBA ABBBC AABAB AAABB AABAC

1. En la evaluación de los trastornos infantiles los autorregistros: (a) no permiten registrar el comportamiento *a posteriori*; (b) no permiten evaluar el componente fisiológico de la respuesta; (c) son muy útiles para realizar el análisis funcional.
2. Entre las variables que pueden ayudar a predecir la respuesta al tratamiento pueden señalarse: (a) el apoyo social; (b) la resistencia a la intervención terapéutica; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
3. En el estudio de la relación terapéutica, tanto las revisiones cualitativas como los resultados de los meta-análisis ponen de manifiesto que la influencia de dicha relación en los tratamientos infantiles: (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) no ha sido estudiada en ámbito infanto-juvenil.
4. En los primeros años del niño es determinante el control ambiental sobre el comportamiento infantil por lo que son más efectivos los programas basados en: (a) estrategias cognitivas; (b) control de contingencias; (c) entrenamiento en habilidades sociales.
5. Según la valoración cualitativa de la eficacia de los tratamientos de las fobias específicas en la infancia, la exposición gradual en vivo en una única sesión se considera un tratamiento: (a) bien establecido; (b) probablemente eficaz; (c) experimental.
6. En el tratamiento de las fobias infantiles se recomienda que la exposición se realice gradualmente, excepto en: (a) la fobia social; (b) las intervenciones urgentes en niños con fobia a la sangre-inyección-daño; (c) el miedo a la oscuridad.
7. Un instrumento diseñado para evaluar el deterioro funcional del niño es la Children's Global Assessment Scale (CGAS) que: (a) valora el nivel en que los problemas psicológicos del menor alteran su funcionamiento en ocho áreas; (b) sintetiza en una única puntuación el nivel de funcionamiento más bajo de niños y adolescentes; (c) sólo es útil con adolescentes.
8. A partir de los 9 años, la evaluación de las fobias específicas en la infancia se centra en el niño: (a) ya que los adultos tienden a sobreestimar la gravedad de las fobias infantiles; (b) ya que éste ya ha desarrollado habilidades requeridas para la recogida de información; (c) desestimando la aportación de padres, hermanos o compañeros.
9. En el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia, aunque los datos no son concluyentes, algunas características predicen una mejor respuesta a la terapia, como es el caso de: (a) una implementación intensiva, con más de una sesión por semana; (b) no centrar sus estrategias en la familia; (c) una duración inferior a 12 semanas.
10. El tratamiento de elección para la fobia social infantil es: (a) la exposición; (b) el entrenamiento en habilidades sociales; (c) el entrenamiento en relajación.
11. Al realizar la relajación con niños el terapeuta debe procurar que las sesiones sean: (a) frecuentes y cortas, por ejemplo diarias de 15-20 minutos; (b) similares a las de los adultos, por ejemplo semanales de 1 hora; (c) frecuentes pero largas, por ejemplo de 2 horas.
12. 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.
13. Tanto en nuestro país como a nivel internacional, el cuestionario más utilizado para la evaluación de la depresión infantil es: (a) la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes, DICA-R; (b) el Inventario de Depresión Infantil, CDI; (c) el Cuestionario de Depresión para Niños, CDS.
14. Una de las recomendaciones realizadas por la Guía de práctica clínica del NICE es que en niños y adolescentes con depresión: (a) leve la medicación antidepresiva debe ser el tratamiento inicial; (b) moderada a grave se les debe ofrecer como tratamiento de primera línea terapia cognitivo conductual; (c) moderada a grave deberá ofrecerse siempre medicación antidepresiva.
15. Cuando en un caso de ansiedad social infantil predomina el componente cognitivo, para el éxito del tratamiento es fundamental: (a) la terapia cognitiva; (b) la exposición; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

16. La prevalencia de los trastornos depresivos: (a) se incrementa paulatinamente con la edad del menor; (b) en la adolescencia es similar en ambos sexos; (c) en los menores de 12 años es más alta en las chicas.

17. Al estudiar la prevalencia del maltrato mediante autoinforme, los datos señalan que el tipo de maltrato más frecuente es el: (a) emocional; (b) físico; (c) abuso sexual.

18. En la intervención en el maltrato infantil mediante la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma, el componente específico relacionado con el trauma se introduce: (a) desde los primeros momentos; (b) cuando las habilidades regulatorias están ya desarrolladas; (c) de tal forma que tanto el niño como el padre no ofensor sean sobrepasados por la experiencia.

19. En el tratamiento de los niños o adolescentes con depresión la planificación de actividades: (a) supone incorporar en la vida del menor, de forma deliberada, actividades placenteras dirigidas a objetivos; (b) mejora el estado de ánimo sólo porque distrae al menor de sus rumiaciones negativas; (c) no debe incluir actividades de dominio.

20. 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 cognitivo síntomas de depresión infantil como: (a) el déficit de habilidades sociales; (b) las dificultades de concentración; (c) el decaimiento.

21. En el tratamiento de la encopresis la estrategia más utilizada es: (a) el reforzamiento positivo; (b) el entrenamiento en limpieza; (c) el coste de respuesta.

22. En el tratamiento de las dificultades para dormir en niños menores de 5 años las diferentes variantes de la extinción de las quejas y llantos del niño pueden considerarse como tratamientos: (a) bien establecidos; (b) probablemente eficaces; (c) en fase experimental.

23. El funcionamiento de la alarma urinaria fue inicialmente descrito por los Mowrer como un proceso: (a) de condicionamiento clásico; (b) de condicionamiento operante; (c) mixto en el que operan simultáneamente procesos de condicionamiento clásico y operante.

24. En el tratamiento de la enuresis el criterio para dar por finalizado el tratamiento mediante el método de la alarma urinaria es que, en condiciones de sobreaprendizaje, la cama amanezca seca durante: (a) un mes; (b) 14 noches; (c) 7 noches.

25. La investigación sobre estilos educativos ha mostrado que los niños y adolescentes educados con indiferencia muestran: (a) una acusada autonomía al carecer de vínculos emocionales; (b) una escasa capacidad y competencia social; (c) un desarrollo normal.

26. En el "Programa EDUCA. Escuela de padres" se enseña a los padres a disminuir o eliminar las conductas inadecuadas del niño mediante estrategias como: (a) el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles; (b) la economía de fichas; (c) el contrato conductual.

27. En el tratamiento de las pesadillas la técnica de repaso en imaginación requiere que el muchacho: (a) realice una nueva versión de sus pesadillas; (b) escriba sus pesadillas y haga cada día un repaso mental de lo escrito; (c) escriba sus pesadillas y se las lea y comente con los otros miembros del grupo.

28. En la intervención en los problemas de negación y rechazo de alimentos: (a) no suele ser necesario valorar las pautas de alimentación del niño; (b) hay que valorar si el comportamiento está mantenido por ganancias secundarias; (c) no debe darse ningún alimento que enmascare el sabor del alimento que el niño rechaza.

29. 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.

30. 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) muchos años de evolución del trastorno sin haber realizado una intervención preventiva; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.