

1. Según la Asociación Americana de Pediatría (AAP) la terapia cognitivo conductual es la opción terapéutica que cuenta con “Mejor apoyo científico” (Nivel 1) en el ámbito infantil, a excepción de los casos de: (a) manía, suicidio y abuso de sustancias; (b) ansiedad y conductas de evitación; (c) atención y conductas hiperactivas.
2. 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.
3. En la evaluación infantil el terapeuta: (a) nunca debe revelar a los padres ninguna información confidencial aportada por el niño; (b) es el que decide qué información debe darse a los padres; (c) sólo romperá la confidencialidad sobre la información aportada por el menor cuando de lo que éste diga se deduzca que alguien pueda estar en peligro.
4. En la evaluación de los problemas infantiles debe adaptarse el lenguaje al nivel de comprensión del niño, lo que significa que el clínico debe: (a) hablarle de forma infantil; (b) usar muletillas y preguntas que inducen la respuesta; (c) utilizar una fonología, vocabulario y sintaxis apropiados.
5. El miedo a la oscuridad declina a los: (a) 2-3 años; (b) 4-6 años; (c) 7-9 años.
6. En la evaluación de los miedos y fobias infantiles, la modalidad de observación más extendida en evaluación conductual son: (a) las pruebas de tolerancia; (b) las pruebas de aproximación conductual; (c) la observación natural.
7. Si en el tratamiento de una fobia a los perros hacemos que el niño observe cómo el terapeuta se aproxima a un perro, le acaricia, pasea y juega con él y a continuación pide al niño que repita esas mismas acciones, estaremos utilizando la técnica de: (a) práctica reforzada; (b) modelado participante; (c) DS en vivo.
8. La terapia cognitivo conductual debe ser la primera elección terapéutica en el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil. Su eficacia ha sido probada cuando se aplica: (a) a nivel individual; (b) a nivel grupal; (c) tanto a nivel individual como grupal.
9. Al realizar la relajación progresiva con niños menores de 9 años o mayores con discapacidad mental el terapeuta debe comprobar si poseen habilidades imprescindibles como: (a) mantener contacto ocular durante 5 minutos; (b) cumplir órdenes verbales sencillas, como “siéntate”; (c) permanecer quieto durante los 15 minutos que dura la relajación.
10. En el tratamiento de control del pánico para adolescentes para realizar la exposición interoceptiva se utilizan ejercicios como: (a) respirar a través de una pajita; (b) dar vueltas en una silla giratoria; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
11. La clasificación de la ansiedad o fobia social en los subtipos generalizada y específica: (a) ha sido propuesta en el DSM-5; (b) es propia de las versiones anteriores del DSM; (c) es aceptada unánimemente por toda la comunidad científica.
12. En el tratamiento de la ansiedad social infantil, la relajación: (a) mediante respiración profunda se utiliza por ser su aprendizaje fácil y ameno para el menor; (b) se considera como uno de los componentes centrales del tratamiento; (c) no suele contribuir a la eficacia del tratamiento.
13. Mediante la revisión de las investigaciones dirigidas a la búsqueda de tratamientos eficaces para la depresión infantil y adolescente, 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.
14. En el tratamiento de la depresión infantil y adolescente, el juego de mesa “El planeta de los PSIMON” se utiliza para: (a) ayudar a los padres a reforzar las conductas adecuadas de sus hijos; (b) que el niño aprenda a identificar los pensamientos negativos y cambiarlos por positivos; (c) entrenar al niño en habilidades sociales.
15. En la intervención en el maltrato infantil el tratamiento que cuenta con mayor evidencia empírica es: (a) el EMDR; (b) la terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma; (c) el tratamiento integrativo del trauma complejo.

16. En el tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil la regulación emocional va dirigida: (a) necesariamente a contener la emoción; (b) a conseguir el ajuste dinámico de la emoción; (c) a que el menor entienda que las emociones dolorosas están originadas, que no mantenidas, por sus consecuencias inmediatas.
17. En el tratamiento farmacológico de la enuresis nocturna: (a) el fármaco de primera elección es la desmopresina; (b) aunque la imipramina es menos eficaz que la desmopresina su uso está muy generalizado por sus menores efectos adversos; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
18. En el procedimiento básico para la utilización de la alarma urinaria en el tratamiento de la enuresis cuando el niño no se despierta al sonar la alarma los padres: (a) deben apagarla y despertarle; (b) no deben apagarla sino hacer que el niño se despierte y que sea él quien la apague; (c) no deben ni despertar al niño ni apagar la alarma.
19. La categoría de “trastornos del despertar del sueño no REM” del DSM-5 encuadra trastornos como: (a) los terrores nocturnos y el sonambulismo; (b) las pesadillas y los terrores nocturnos; (c) el insomnio y la hipersomnia.
20. En el tratamiento del insomnio infantil la restricción del sueño: (a) como técnica aislada tiene probada su eficacia; (b) suele utilizarse en combinación con estrategias como el control de estímulos; (c) no suele utilizarse, sólo se usa en adultos.
21. Uno de los puntos clave en el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos es la instauración de una rutina que: (a) los padres deben realizar siempre una hora antes de acostar al niño; (b) sirva al niño como estímulo discriminativo de la hora de ir a dormir; (c) debe realizarse siempre en el propio dormitorio del niño.
22. Los problemas de rechazo de alimentos se producen básicamente: (a) en el primer año de vida; (b) entre los 7 y 12 años; (c) antes de los 7 años.
23. En el tratamiento de los problemas de rechazo de alimentos cuando se da a un niño su alimento favorito, sólo si previamente ha ingerido el alimento que rechaza, se está utilizando: (a) un procedimiento de condicionamiento clásico; (b) exposición con prevención de respuesta; (c) el principio de Premack.
24. Los padres que muestran una baja implicación emocional en la educación de sus hijos junto a una falta de exigencias y un nivel mínimo de esfuerzo por su parte, adoptan un estilo de crianza: (a) autoritario; (b) permisivo; (c) indiferente.
25. El programa de educación positiva “Triple P” de Sanders se estructura en 5 niveles, de los que el Nivel 1 va dirigido a: (a) la población general mediante campañas informativas de alto impacto; (b) padres de niños con dificultades conductuales severas; (c) padres de menores con problemas de conducta leves o moderados.
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. Según las recomendaciones de la *American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, la intervención terapéutica en los trastornos del comportamiento perturbador debe ser: (a) unimodal; (b) únicamente individual; (c) prolongada, con seguimientos a largo plazo.
28. En el programa “Piensa en Voz Alta” de entrenamiento cognitivo para niños con trastornos del comportamiento perturbador, el procedimiento *¿Qué pasaría si...?*, se utiliza para que el niño aprenda a: (a) predecir las consecuencias; (b) analizar las causas de sus problemas emocionales; (c) generar planes alternativos ante los errores.
29. *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.
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.