

1. Las intervenciones terapéuticas en la infancia se encuentran mediatizadas por factores como: (a) la influencia del desarrollo evolutivo en el comportamiento infantil; (b) el papel de los padres como pacientes; (c) la escasa determinación ambiental del comportamiento infantil.
2. La influencia que las variables evolutivas ejercen en las terapias infantiles viene dada por los cambios significativos que se producen: (a) sólo a nivel biológico; (b) entre otros, a nivel cognitivo y en el razonamiento moral; (c) básicamente en las interacciones sociales.
3. Según la propuesta de la Asociación Americana de Pediatría (AAP) los tratamientos considerados con Mejor apoyo científico son los que se clasifican en el Nivel: (a) 1; (b) 0; (c) 5.
4. En la evaluación de los problemas infantiles el terapeuta debe tener en cuenta algunos aspectos de la sinceridad infantil, como que: (a) la diferencia entre la verdad y la mentira no se reconoce hasta los 5-6 años; (b) sólo un 5% de los niños de todas las edades mienten a menudo; (c) hacia los 3-4 años la mayoría de niños reconoce que no está bien mentir.
5. En la evaluación de los trastornos infantiles los autorregistros: (a) sólo permiten registrar el comportamiento en el momento en que se produce; (b) permiten registrar el comportamiento *a posteriori*; (c) son útiles para realizar el análisis topográfico del problema pero no el análisis funcional.
6. A partir de los 9 años, la evaluación de las fobias específicas en la infancia: (a) se centra en el niño ya que los adultos tienden a subestimar la gravedad de las fobias infantiles; (b) excluye el papel de los padres en la recogida de información; (c) da un papel muy relevante a la información aportada por los padres, mayor cuanto más edad tiene el niño.
7. En el tratamiento de la fobia específica en la infancia se recomienda que la exposición se realice gradualmente, excepto en los casos de fobia: (a) a la sangre-inyección-daño en urgencias médicas; (b) o rechazo escolar con inasistencia prolongada a clase; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
8. El trastorno de ansiedad generalizada: (a) es el trastorno de ansiedad más frecuente en menores de 12 años; (b) se define como la preocupación excesiva vinculada a un evento u objeto específico; (c) en el ámbito infanto-juvenil se caracteriza por preocupaciones que abarcan una amplia gama de áreas.
9. En la evaluación del trastorno de ansiedad por separación las pruebas de observación conductual: (a) son muy adecuadas para evaluar la reacción del niño al separarse de los padres; (b) suelen provocar en el menor respuestas de ansiedad como llanto o rabietas; (c) no pueden ser graduadas.
10. Al realizar la relajación con niños una posición adecuada es la del cochero, para ello el menor debe tener: (a) la espalda apoyada y la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante; (b) las piernas flexionadas y los pies cruzados; (c) los ojos fuertemente cerrados.
11. El programa Fortius para la prevención de dificultades emocionales en el menor: (a) se compone de 12 sesiones más varias de fortalecimiento; (b) se desarrolla en sesiones conjuntas padres-hijos; (c) está dirigido básicamente a población adolescente.
12. En la clasificación de la ansiedad o fobia social según el DSM-5, cuando el miedo se limita a hablar o actuar en público, debe usarse el especificador: (a) "fobia específica a hablar en público"; (b) "sólo de actuación"; (c) "fobia social generalizada".
13. En el contexto del tratamiento de la fobia social infantil, la realidad virtual: (a) puede utilizarse para exponer al menor a situaciones ansiógenas difíciles de recrear en el contexto clínico; (b) ha demostrado empíricamente su eficacia en este ámbito; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
14. 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) no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico; (b) actualmente no existe ningún tratamiento eficaz; (c) el tratamiento psicológico y en particular la terapia de conducta ha demostrado ser útil, pero no es el tratamiento de primera elección.

15. Un tratamiento multicomponente desarrollado específicamente para el tratamiento de la depresión infantil es: (a) el programa ACCIÓN de Stark; (b) el Curso de Afrontamiento de la Depresión de Lewinsohn; (c) el programa Coping Cat de Kendall.
16. En la intervención en maltrato infantil mediante terapia cognitivo conductual focalizada en el trauma: (a) el número de sesiones depende de la respuesta del menor y su familia; (b) el programa se administra siempre en 16 sesiones; (c) cuando el menor presenta problemas graves suelen utilizarse intervenciones más breves.
17. En el tratamiento cognitivo conductual del abuso sexual infantil, y como parte de la regulación emocional el menor debe aprender, entre otros aspectos: (a) que no debe observarse ni sentir su cuerpo emocionado; (b) que las emociones, sobre todo las extremas, suelen ser permanentes; (c) a detectar el lugar donde siente la emoción, p.ej.: un nudo en la garganta.
18. Entre los factores fisiológicos estudiados en el origen de la enuresis nocturna puede señalarse: (a) la sobreproducción de orina durante la noche; (b) un déficit en la capacidad funcional de la vejiga; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
19. En el tratamiento de la enuresis nocturna, la alarma urinaria puede considerarse como un tratamiento con un nivel: (a) 1 de evidencia y grado A de recomendación; (b) 2 de evidencia y grado B de recomendación; (c) 3 de evidencia y grado C de recomendación.
20. En el tratamiento de la encopresis lo más recomendable es proporcionar reforzamiento al niño: (a) por sentarse en el retrete después de desayunar; (b) para incrementar la ocurrencia de conductas adecuadas como mantener limpia la muda; (c) sólo cuando se produce la defecación.
21. Las pesadillas: (a) se producen normalmente en el primer tercio de la noche; (b) aparecen más frecuentemente en la segunda mitad de la noche; (c) suelen producir un miedo intenso en el niño aunque raramente le despiertan.
22. 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.
23. En el tratamiento del insomnio infantil por hábitos incorrectos: (a) no debe hablarse al niño mientras se le acuesta para no activarle; (b) es conveniente que el niño se duerma mientras se realiza un ritual relajante; (c) debe dejarse al niño en la cuna todavía despierto.
24. La intervención en los problemas de alimentación en la infancia: (a) se basa en gran medida en técnicas conductuales; (b) no suele requerir el tratamiento de las creencias erróneas de los padres sobre el grado de autonomía que, para su edad, debe tener el niño; (c) mediante procedimientos conductuales sólo sirve para niños con problemas leves de alimentación.
25. Para instaurar en el niño la conducta de comer solo se debe instruir a los padres para que: (a) comiencen por ayudar al niño a coger la cuchara y llevársela a la boca; (b) regañen al niño si se niega a coger el cubierto; (c) si se niega a coger el cubierto, pasado un tiempo prudencial los padres le den la comida.
26. Cuando los padres observan un comportamiento violento en un niño de edad pre-escolar lo más adecuado es: (a) que no intervengan ya que es algo normal a esa edad; (b) que promuevan comportamientos incompatibles o alternativos; (c) que esperen a que se vaya extinguiendo al crecer.
27. El programa de educación positiva "Triple P" de Sanders tiene como principal objetivo conseguir que los padres adopten un estilo educativo más positivo y: (a) democrático; (b) permisivo; (c) autoritario.
28. Entre los objetivos del programa "EDUCA. Escuela de padres", propuesto para el tratamiento de los problemas cotidianos del comportamiento infantil, pueden citarse: (a) prevenir el desarrollo de los trastornos de conducta; (b) conocer y detectar los problemas de comportamiento más frecuentes; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
29. El programa "Piensa en Voz Alta" de entrenamiento cognitivo para niños con trastornos del comportamiento perturbador: (a) incluye estrategias dirigidas a "pensar en voz baja" o aprender autoinstrucciones encubiertas; (b) no resulta adecuado para niños con problemas de impulsividad; (c) debe aplicarse en formato individual.
30. En la intervención con adolescentes con trastornos de conducta, la motivación para el tratamiento: (a) se debería trabajar desde la primera sesión incluso antes de iniciar la evaluación; (b) se empieza a trabajar una vez terminada la evaluación; (c) no debe trabajarse cuestionando los pensamientos del menor.