

1. Un claro ejemplo de terapia autoritaria es (a) la terapia cognitiva de Beck; (b) la terapia psicoanalítica establecida por Freud; (c) una relación al modo de Rogers, colaboradora diluida en un "encuentro personal".
2. El papel directivo en la terapia puede tomar la forma de: (a) interpretación del material presentado por el cliente; (b) entrenador; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
3. Entre los puntos débiles a considerar entre los nuevos desarrollos terapéuticos de la terapia de conducta hay que destacar: (a) el interés por el análisis individual, ideográfico; (b) que se dirigen preferentemente a problemas graves y crónicos; (c) la poca evidencia empírica de alguno de ellos.
4. En el tratamiento de las fobias específicas, si aparecen ataques de pánico durante la exposición hay que: (a) alimentar las sensaciones desagradables con pensamientos atemorizantes; (b) procurar, si es posible, permanecer en la situación hasta que disminuya; (c) recordar que las sensaciones y el miedo pueden aumentar.
5. El empleo de estrategias defensivas o conductas distractoras en la exposición en vivo para el tratamiento de las fobias específicas puede no ser perjudicial siempre que: (a) se haga de forma sistemática; (b) se haga en las últimas fases del tratamiento; (c) sea ocasional o en las primeras fases del tratamiento.
6. El empleo de la medicación en el tratamiento de las fobias específicas: (a) es habitual y los estudios destacan su eficacia; (b) no parece que sea eficaz; (c) requiere motivar al cliente para que use el fármaco ya que no se considera una conducta defensiva.
7. Las personas con TAG se preocupan por cosas que (a) es muy probable que ocurran y que además tienen consecuencias dramáticas; (b) es improbable que ocurran y si ocurren son más manejables de lo que ellos piensan; (c) a y b son correctas.
8. Uno de los focos principales del tratamiento del TAG suele ser (a) las preocupaciones excesivas e incontrolables; (b) la sobreactivación; (c) a y b son correctas.
9. Uno de los dominios de la terapia integradora de Newman y cols. (2004) para el TAG es: (a) las dificultades interpersonales que surgen en la relación con el terapeuta; (b) el procesamiento de las emociones centradas en el futuro; (c) la proyección de futuro de los problemas interpersonales actuales.
10. A nivel cognitivo, una de las características clínicas de la fobia social es la: (a) conciencia excesiva de uno mismo; (b) atención a la información relacionada con los éxitos sociales; (c) evaluación de las situaciones sociales como positivas.
11. En la Terapia Cognitivo Conductual en grupo (TCCG) para el tratamiento de la fobia social, cuando los pacientes trabajan en sus propias situaciones se utiliza un procedimiento estándar que, entre otros, tiene como componente: (a) definir metas a nivel fisiológico; (b) identificar los pensamientos automáticos y los errores lógicos de dichos pensamientos; (c) ignorar los errores lógicos de los pensamientos automáticos.
12. Como criterio de exclusión para el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social se considera: (a) historia de ansiedad; (b) desmotivación para el tratamiento (c) trastorno bipolar o trastorno psicótico.
13. En la terapia cognitivo conductual para el trastorno de angustia, durante la fase psicoeducativa se enseña al paciente a distinguir entre estado de ansiedad y miedo/pánico; para ello se describen las características diferenciales de la ansiedad, entre otras la: (a) percepción o conciencia de una amenaza futura; (b) descarga autonómica repentina; (c) conducta de escape o lucha.
14. En el tratamiento cognitivo conductual del trastorno de angustia, el entrenamiento en respiración: (a) ha mostrado una eficacia fuera de toda duda; (b) es un componente central de las fases iniciales de algunos protocolos; (c) puede ser entendido como una conducta de seguridad con fuerte valor terapéutico.
15. Según el enfoque de indefensión aprendida de Seligman, las personas que padecen depresión se caracterizarían por un estilo atribucional interno, estable y global: (a) para los logros y éxitos personales; (b) para los propios fracasos; (c) tanto para los éxitos como para los fracasos.
16. Según la revisión de Rehm (1995) sobre la eficacia de los tratamientos de la depresión, resulta más adecuado centrar el tratamiento en: (a) detectar los déficit específicos que presente el sujeto y suplirlos

mediante el entrenamiento adecuado; (b) detectar y suplir los déficit generales que presente el sujeto; (c) potenciar las habilidades y recursos de cada sujeto.

17. En el programa de Activación Conductual Breve para el tratamiento de la depresión, para ayudar a crear un entorno que apoye la realización de conductas saludables es conveniente que el paciente pida a sus allegados que: (a) no le dejen hablar de las cosas que van mal en su vida; (b) dejen de prestar atención a cualquier intento de comentar experiencias positivas; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

18. Entre las estrategias motivacionales, utilizadas en la entrevista motivacional, que se han mostrado eficaces en favorecer el cambio de conducta en el alcoholismo, está: (a) una lista de espera larga que permita progresar desde la contemplación; (b) dar diversas opciones al cliente para que pueda elegir; (c) favorecer los factores que hacen que la conducta de beber sea deseable.

19. En el tratamiento del alcoholismo, el modelo conductual: (a) asume que el alcohol es un poderoso reforzador; (b) atribuye responsabilidad al individuo de su problema y, por tanto, de su cambio; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

20. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales y en relación con el papel de reforzamiento, cabe señalar que la dependencia física: (a) puede ser importante a la hora de explicar el consumo de drogas; (b) es un factor necesario para las conductas de auto-administración; (c) es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas.

21. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales, la exposición a estímulos: (a) se ha mostrado útil en la adicción a opiáceos; (b) debe ser totalmente pasiva; (c) requiere asegurarse de que el paciente no desatienda al estímulo.

22. Entre los factores que suelen estar implicados en la aparición y mantenimiento de las disfunciones sexuales se encuentran factores biológicos de riesgo directo como: (a) la edad; (b) los trastornos vasculares; (c) la depresión.

23. Entre los objetivos de la fase de "Focalización Sensual" del programa básico propuesto por Labrador y Roa para el tratamiento de las disfunciones sexuales, pueden citarse: (a) disminuir las sensaciones corporales; (b) incrementar la excitación genital; (c) disminuir la "presión de rendimiento".

24. Las conductas de dolor son: (a) un objetivo secundario de valoración; (b) conductas que promueven el afrontamiento del problema; (c) conductas susceptibles de ser reforzadas en el medio ambiente del sujeto.

25. El programa LEARN: (a) es un programa de autoayuda; (b) sólo debe aplicarse de forma autoaplicada; (c) no está orientado a objetivos específicos sino a cambios globales del estilo de vida.

26. Dentro del programa propuesto para el tratamiento de la obesidad, el trastorno por atracón y el síndrome de ingesta nocturna, la psicoeducación sobre el trastorno debe informar: (a) de la importancia de los factores genéticos; (b) de cómo las respuestas emocionales también pueden afectar al comportamiento de ingesta; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

27. En el tratamiento del insomnio, la relajación: (a) es uno de los procedimientos menos y más tardíamente investigados; (b) muscular progresiva es la modalidad más utilizada; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.

28. En el tratamiento del insomnio, la técnica que consiste en reducir la cantidad de tiempo que la persona pasa en la cama, retrasando para ello la hora de acostarse recibe el nombre de: (a) higiene del sueño; (b) control de estímulos; (c) restricción del sueño.

29. Caso Práctico. En la intervención llevada a cabo en el caso del ejercicio práctico se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI): (a) como instrumento diagnóstico; (b) para identificar los síntomas depresivos y cuantificar su intensidad; (c) porque sólo evalúa los componentes cognitivos.

30. Caso Práctico. Cuando en la plantilla de este caso se indica la conveniencia de valorar el nivel de actividad como una señal de la mejoría de la paciente, el nivel de actividad se está utilizando de forma específica como una variable: (a) dependiente; (b) independiente; (c) ambas simultáneamente.