

1. El enfoque eminentemente funcional de la terapia de conducta favorece: (a) la consideración del enfoque transdiagnóstico; (b) la reificación de las dimensiones; (c) deslindar las categorías clínicas del contexto.
2. Considerando la terapia de conducta en tiempos del DSM-5, es hora de reconocer que la ansiedad y la depresión son, antes que nada: (a) categorías existenciales; (b) categorías diagnósticas; (c) circunstancias muy poco parecidas entre sí.
3. La aceptación: (a) se refiere a las emociones y pensamientos asociados; (b) supone conformidad; (c) supone resignación con la situación.
4. En ACT el compromiso de acción: (a) debe verse como el elemento final de la terapia; (b) supone que no haya dificultades, malestares o emociones desagradables interferentes; (c) es el que da sentido a toda la intervención.
5. En la fobia a la sangre: (a) suelen aparecer náuseas y desvanecimientos y siempre hay miedo; (b) nunca aparecen náuseas y desvanecimientos; (c) suelen aparecer náuseas y desvanecimientos y no siempre se da el miedo.
6. En la justificación del uso de la exposición en vivo en el tratamiento de las fobias específicas, debe explicarse al cliente que: (a) la exposición no será gradual; (b) la velocidad con que se progresa la decide exclusivamente el terapeuta, en función de las circunstancias y progresos; (c) las situaciones que le parecen más difíciles no lo serán tanto una vez que haya dominado otras situaciones menos difíciles.
7. El tratamiento farmacológico en el Trastorno de Ansiedad Generalizada: (a) no parece tener un efecto significativo en las preocupaciones; (b) no tiene efectos secundarios; (c) está avalado por estudios sistemáticos especialmente sobre el mantenimiento de los resultados a corto y largo plazo.
8. En la reevaluación de la utilidad de las preocupaciones, en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada, los experimentos de discrepancia: (a) van dirigidos a comprobar si el contenido de una preocupación se ajusta a lo que realmente ocurre; (b) no son experimentos conductuales; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
9. A nivel cognitivo, algunos elementos característicos del Trastorno de Ansiedad Social son, entre otros: (a) conciencia excesiva centrada en los demás; (b) evaluación de las situaciones sociales como amenazantes y catastróficas; (c) atención a la información relacionada con el éxito social.
10. El Protocolo de Tratamiento Individual de 16 sesiones de Clark para el Trastorno de Ansiedad Social, es una intervención: (a) fundamentalmente centrada en la exposición; (b) enfáticamente cognitiva; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
11. Al estudiar las características del trastorno de angustia y la agorafobia, la investigación epidemiológica establece que: (a) trastorno de angustia y agorafobia no pueden considerarse como dos entidades nosológicas diferenciadas; (b) el pánico es un factor de riesgo potencial para la aparición de agorafobia; (c) la agorafobia no representa un factor de riesgo para la evolución de un trastorno de angustia.
12. Los protocolos desarrollados por los grupos de Clark y Barlow: (a) son los que aportan una mayor evidencia de su eficacia en el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia; (b) difieren tanto en la conceptualización del trastorno como en los procedimientos que utilizan; (c) utilizan en igual medida la reestructuración cognitiva.
13. En el tratamiento de los trastornos de angustia la exposición interoceptiva: (a) es útil para desensibilizar al paciente de los síntomas fisiológicos que acompañan las crisis de angustia; (b) no sirve para reestructurar las interpretaciones catastrofistas sobre las sensaciones asociadas a las crisis de angustia; (c) consiste en simular los síntomas de un ataque de pánico en el mismo contexto en el que se suelen dar.
14. Según el enfoque de Rehm uno de los principales agentes causales de la depresión es: (a) una relación causal entre una baja tasa de refuerzo y la disforia; (b) una baja tasa de auto-refuerzo y una excesiva administración de auto-castigos; (c) una visión distorsionada y negativa de uno mismo, del propio mundo y del futuro.
15. En el tratamiento de la depresión, la terapia cognitiva: (a) se considera un tratamiento empíricamente validado; (b) se centra en convencer al paciente de que cambie sus esquemas cognitivos negativos; (c) no se ha mostrado eficaz en la prevención de las recaídas.

16. En relación con la utilización de las nuevas tecnologías para el tratamiento de la dependencia del alcohol, cabe decir que: (a) pueden ser una clara ayuda complementaria del tratamiento; (b) las redes sociales no parecen ser vías de influencia para el consumo de alcohol; (c) las dos alternativas anteriores son falsas.
17. En relación con la combinación del tratamiento psicológico con el tratamiento farmacológico del alcoholismo, cabe señalar que: (a) el tratamiento farmacológico tiene un tamaño del efecto alto; (b) las estrategias simples y breves pueden ser tan efectivas como las más largas y profesionalizadas; (c) pocos pacientes no quieren medicación y muchos profesionales sanitarios la prescriben.
18. En España, en el momento actual: (a) hay una tendencia creciente al consumo de hipnosedantes; (b) el policonsumo es cada vez menos prevalente, al igual que en el resto de Europa; (c) el consumo de cocaína aumenta ligeramente.
19. En general la entrevista motivacional: (a) parece ser eficaz para involucrar a los consumidores de drogas en el tratamiento; (b) produce cambios en el consumo de drogas; (c) no conviene utilizarla junto con otras intervenciones.
20. Uno de los supuestos que pueden ser de utilidad para abordar la evaluación de las disfunciones sexuales es considerar que: (a) con frecuencia ambos miembros de la pareja no han abordado ni discutido directamente sobre aspectos sexuales; (b) el terapeuta debe asumir de entrada que el problema del paciente es una disfunción sexual; (c) los pacientes con un elevado nivel educativo están bien informados sobre el funcionamiento sexual.
21. En la fase inicial de Educación del programa básico propuesto por Labrador y Roa para el tratamiento de las disfunciones sexuales: (a) se plantean objetivos como disminuir la ansiedad y la autoconfianza en ambos miembros de la pareja; (b) se abordan contenidos como el papel de las respuestas cognitivas (fantasías eróticas y atención a las propias sensaciones); (c) no suele ser necesario insistir en la necesidad de esta fase inicial.
22. La relajación en el tratamiento del dolor crónico: (a) no tiene un efecto directo sobre el control del dolor; (b) tiene un efecto directo sobre el control del dolor; (c) ha sido muy utilizada como única técnica de tratamiento.
23. En el programa de tratamiento del dolor crónico de Clare Philips se proponen, entre otros, los siguientes criterios excluyentes: (a) depresión de ligera a moderada; (b) pacientes con problemas de drogadicción primaria; (c) intensa respuesta emocional a la experiencia de dolor.
24. De acuerdo con el balance energético, la tasa metabólica basal: (a) se enlentece mediante la práctica de ejercicio físico; (b) se enlentece mediante la restricción alimentaria; (c) es bastante inestable en el tiempo.
25. Alguno de los aspectos que deberán ser aceptados por las pacientes con TA y los obesos en el curso de la terapia son: (a) se debe perder peso por igual tanto por motivos de salud como estéticos; (b) los cambios en el peso que se pueden alcanzar son limitados; (c) el peso y la figura no se pueden moldear a voluntad, salvo que se empleen métodos extremos para perder peso.
26. Al establecer los objetivos en el tratamiento la obesidad y el trastorno por atracón, la reducción de peso debe estar entre el: (a) 5-10%; (b) 10-15%; (c) 15-20%.
27. El estudio de los cambios que se producen en la actividad fisiológica del organismo durante las horas de sueño demuestra que: (a) los sueños o ensoñaciones son una de las características más relevantes de la fase No-REM; (b) la profundidad del sueño es mayor en el primer tercio de la noche; (c) el sueño de ondas lentas es más conocido como sueño REM.
28. 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.
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) sólo para identificar los síntomas depresivos de la paciente; (b) para realizar el diagnóstico y valorar la gravedad de su depresión; (c) como variable dependiente por su sensibilidad al cambio.
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 como una variable: (a) dependiente; (b) independiente; (c) ninguna de las dos.