

1. Según el modelo unificado de tratamiento de Barlow (Barlow y cols., 2008), ajustado al modelo de regulación emocional, la respuesta: (a) no es objeto de regulación; (b) se regula actuando de forma opuesta a ésta; (c) se regula mediante su supresión, esto es impidiendo o dificultando la expresión emocional.
2. Entre los puntos fuertes de los nuevos desarrollos terapéuticos está el que: (a) se dirigen preferentemente a problemas graves y crónicos; (b) insisten en los aspectos emocionales (sensoriales) frente a los racionales; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
3. En relación con la caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta y en la dimensión *todas las unidades problemáticas-no todas*, señale de las siguientes cuál cubre de forma más amplia todas las unidades problemáticas: (a) la modificación de conducta; (b) la terapia gestáltica; (c) la terapia existencial.
4. En relación con la caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta y en la dimensión *directiva-permisiva*, cabe señalar que: (a) la *interpretación* no puede considerarse como directiva; (b) el *papel educativo* sí es una pauta directiva; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
5. El grupo de Dugas ha propuesto una intervención para el Trastorno de Ansiedad Generalizada que incluye, entre otros módulos: (a) reevaluación de la utilidad de preocuparse y prevención de recaídas; (b) entrenamiento en solución de problemas y exposición imaginal; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
6. En el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el entrenamiento en solución de problemas busca: (a) reconocer los problemas cuando surgen; (b) ver los problemas como una parte anormal de la vida; (c) ver los problemas sólo como amenazas.
7. Para aplicar el programa de tratamiento de las fobias específicas de Öst (1989b) los clientes deben cumplir, entre otras características, las siguientes: (a) presentar una fobia monosintomática no conectada con otros problemas; (b) no obtener ninguna consecuencia positiva de su fobia; (c) las dos alternativas anteriores son correctas.
8. En relación con las fobias específicas, la emoción de miedo, por su asociación con la activación del sistema nervioso simpático, suele producir respuestas fisiológicas como: (a) taquicardia; (b) boca seca; (c) disminución de la temperatura de la piel.
9. Una de las características clínicas a nivel cognitivo de la fobia social es: (a) guiarse más por la retroalimentación sobre su actuación real que por sus creencias preconcebidas; (b) una escasa conciencia sobre uno mismo, en la situación temida; (c) la evaluación de las situaciones sociales como amenazantes o catastróficas.
10. En el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia durante años se ha considerado la exposición en vivo como el ingrediente esencial debido, entre otras razones, a que se pensaba que: (a) el ataque de pánico era una consecuencia de la agorafobia; (b) ataque de pánico y agorafobia eran dos problemas aislados y no relacionados; (c) la agorafobia era una consecuencia del ataque de pánico.
11. Las preocupaciones en el Trastorno de Ansiedad Generalizada son cogniciones: (a) que el sujeto experimenta como intrusas e inaceptables; (b) cuyo contenido no suele ser visto como inapropiado; (c) centradas en eventos negativos que ya han sucedido.
12. Algunas de las estrategias básicas para iniciar y mantener conversaciones con desconocidos en el Tratamiento Conductual de la Fobia Social (cuarta sesión) son: (a) el uso de los componentes moleculares implicados (contacto ocular, expresión interpersonal, expresión facial, etc.); (b) el uso de preguntas con final cerrado; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
13. La eficacia de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión: (a) ha sido ampliamente contrastada; (b) todavía no está bien establecida; (c) está contrastada para el tratamiento de los episodios depresivos pero no para la prevención de recaídas.
14. Según la revisión de Rehm (1995) uno de los puntos fundamentales relativos a la eficacia comparativa de los tratamientos de la depresión es que: (a) la existencia de un déficit dado en un paciente es lo que determina el tipo de tratamiento a utilizar; (b) se sabe que los tratamientos son eficaces aunque se desconoce su eficacia diferencial; (c) los tratamientos ejercen un efecto específico en función de su naturaleza.
15. El programa de terapia cognitiva para el trastorno de angustia de Clark: (a) no tiene suficiente apoyo empírico por lo que se considera como un tratamiento en fase experimental; (b) incluye procedimientos conductuales como la exposición interoceptiva; (c) se basa en procedimientos de reestructuración encaminados, entre otros aspectos, a que la persona se afiance en sus conductas de seguridad.

16. De los diferentes cuestionarios que evalúan la depresión, el más ampliamente utilizado es: (a) la Escala de Depresión y Ansiedad en Hospital; (b) la Escala Modificada de Hamilton; (c) el Inventario de Depresión de Beck.
17. En el tratamiento del alcoholismo, la sensibilización encubierta: (a) obtiene buenos resultados; (b) no debe combinarse con otras estrategias para problemas asociados; (c) es segura y no incorpora estímulos de la vida cotidiana del paciente
18. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales, la entrevista motivacional: (a) se ha mostrado útil en individuos dependientes de cocaína en combinación con terapia cognitivo-conductual; (b) es una buena estrategia para sujetos resistentes al cambio cuando se combina con otras intervenciones; (c) no parece eficaz para involucrar a los consumidores de drogas en el tratamiento.
19. Entre las estrategias motivacionales que facilita la entrevista motivacional en el caso del alcoholismo, está: (a) dar diversas opciones al cliente para que pueda elegir; (b) poner obstáculos iniciales al tratamiento, para asegurar su motivación a éste; (c) no importunar al cliente con llamadas telefónicas si no acude a la sesión, pues es el cliente el que decide cambiar.
20. El tratamiento cognitivo conductual del alcoholismo: (a) atribuye responsabilidad al individuo de su problema y, por tanto, de su cambio; (b) se dirige a disminuir la preferencia por el alcohol, sin plantearse aumentar la preferencia por otro tipo de actividades; (c) siempre debe llevarse a cabo en el propio medio del individuo y nunca en régimen hospitalario, ni siquiera para la desintoxicación.
21. Al elaborar la secuencia del proceso de tratamiento en los trastornos de dolor crónico, para intentar fomentar la credibilidad y adherencia del paciente, suele ser aconsejable empezar por: (a) aspectos emocionales; (b) aspectos fisiológicos; (c) combatir las distorsiones cognitivas.
22. El programa de tratamiento del dolor crónico de Clare Philips: (a) es de aplicación individual; (b) es de aplicación grupal; (c) no tiene criterios excluyentes.
23. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales el programa de Reforzamiento Comunitario (CRA): (a) es el tratamiento de primera elección, a excepción de los trastornos por consumo de cocaína; (b) parece ser más eficaz en aquellos pacientes adictos a opiáceos que presentan también sintomatología psiquiátrica; (c) no hay datos que justifiquen su uso en trastornos por consumo de cannabis.
24. En el programa específico para el tratamiento del trastorno orgásmico femenino: (a) el primer paso es conseguir que la mujer obtenga el orgasmo durante la interacción con su pareja; (b) todas las tareas deben realizarse de forma conjunta con la pareja; (c) pueden aparecer sentimientos de incapacidad en el varón por no excitar suficientemente a la mujer.
25. En la evaluación de los problemas de sueño, para realizar el auto-registro del sueño se pide al paciente que cumplimente siempre a la mañana siguiente algunos datos, como: (a) la hora a la que se acuesta; (b) el tiempo que tarda en dormirse (c) sus posibles siestas diurnas.
26. En el tratamiento del insomnio, la relajación: (a) es uno de los procedimientos menos y más tardíamente investigados; (b) autógena es la modalidad más utilizada; (c) suele incluirse en los programas multicomponente.
27. En la evaluación de la actividad física: (a) debe considerarse la conducta en sí misma, no el gasto de energía que supone; (b) hay que tener en cuenta que la restricción alimentaria aumenta la tasa metabólica en reposo, favoreciendo la pérdida de peso; (c) deben atenderse los obstáculos y/o barreras que tiene la práctica diaria.
28. En el tratamiento de la obesidad, el tratamiento más recomendado: (a) es el que suma terapia de conducta y dieta; (b) tiene como objetivo el cambio de estilo de vida; (c) ha probado su eficacia para conseguir pérdidas de peso del 20% sobre el peso inicial.
29. *Caso Práctico.* Teniendo en cuenta los modelos explicativos de la depresión, en el caso del ejercicio práctico, el hecho de que los hijos ya no vivan en la casa de la paciente, sería una de las causas de su bajo estado de ánimo según el modelo de: (a) Lewinsohn; (b) Rehm; (c) Beck.
30. *Caso Práctico.* Cuando en la plantilla de este caso se señala la necesidad de programar un incremento gradual de la actividad de la paciente, el nivel de actividad se está utilizando como una variable: (a) dependiente; (b) independiente; (c) ninguna de las dos.