

1. En relación con la caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta y en la dimensión *orientada al problema – orientada a la personalidad*, cabe señalar que: (a) la modificación de conducta tiene una mayor orientación hacia el problema, aunque también atiende a “problemas generalizados”; (b) el crecimiento personal es característico de las terapias orientadas hacia el problema; (c) la terapia de conducta dialéctica tiene inspiraciones en la personalidad.
2. En relación con la caracterización de la intervención clínica en modificación de conducta, la metáfora puede: (a) facilitar el contacto con las contingencias vigentes; (b) alterar las reglas establecidas; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
3. La *disposición de funciones motivaciones*, u *operaciones de establecimiento*: (a) pueden ser negativas, como el fracaso o la depresión; (b) no pueden ser de carácter verbal; (c) sólo afectan a los reforzadores, no a los estímulos discriminativos.
4. Según el modelo unificado de tratamiento de Barlow (Barlow y cols., 2008), ajustado al modelo de regulación emocional, en la fase de valoración, la estrategia más adecuada sería, por ejemplo, pensar que: (a) *la cosa no es tan grave, no tengo que verme afectado*; (b) *la situación es difícil pero merece la pena el esfuerzo*; (c) las dos alternativas anteriores son correctas.
5. Entre los puntos fuertes de los nuevos desarrollos terapéuticos está el que: (a) toman una postura más correctiva que educativa o colaborativa; (b) resaltan la importancia de la relación terapéutica; (c) están formados por tratamientos multicomponente.
6. En las fobias específicas, el mantenimiento de las expectativas de peligro puede verse ayudado por: (a) conductas defensivas; (b) errores cognitivos como la sobrestimación del riesgo; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
7. Para utilizar la exposición en vivo en el tratamiento de las fobias específicas: (a) no es necesario justificar su uso; (b) es necesario motivar al paciente y justificar su uso; (c) hay que explicar al paciente que se verá obligado a hacer cosas que no desee.
8. En el Programa de Tratamiento de las fobias específicas, y en la elaboración de la jerarquía de exposición, cuando el miedo a los estímulos fóbicos esté acompañado por el miedo a sensaciones corporales: (a) la jerarquía puede incluir la inducción de las sensaciones temidas; (b) no se puede incluir la inducción de las sensaciones temidas en la jerarquía; (c) el paciente debe evitar estas sensaciones.
9. En el tratamiento farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada, la buspirona (azapirona): (a) es más eficaz con los síntomas cognitivos que con los somáticos; (b) parece producir sedación y dependencia, puesto que es más eficaz que las benzodiazepinas; (c) siempre ha resultado superior al placebo.
10. La exposición imaginal en el Trastorno de Ansiedad Generalizada requiere identificar los miedos nucleares que: (a) son específicos y distintos en cada situación concreta; (b) subyacen en las obsesiones; (c) subyacen a las preocupaciones.
11. La interacción con el sexo opuesto en el Tratamiento Cognitivo Conductual de la Fobia Social es un aspecto relevante por ello, en la sexta sesión se enseña a los sujetos a: (a) expresar amor, agrado y afecto; (b) recibir críticas; (c) negarse ante una petición.
12. La Terapia Cognitivo Conductual en Grupo para la fobia social desarrollada por Heimberg y colaboradores: (a) requiere la participación de un solo terapeuta en un formato de 5 sesiones semanales; (b) es considerada un tratamiento de referencia entre los países angloparlantes; (c) se trabaja en grupos de 15 participantes.
13. Para el diagnóstico de crisis de angustia o ataque de pánico: (a) no es necesario que exista un miedo elevado, ya que puede darse trastorno de angustia sin miedo; (b) la presencia de sintomatología fisiológica es el elemento diagnóstico fundamental; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
14. El programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow se considera como un tratamiento: (a) en fase experimental; (b) probablemente eficaz; (c) bien establecido.
15. Entre las consideraciones clínicas que señala Clak (1995) sobre el tratamiento del paciente depresivo con riesgo de suicidio puede destacarse: (a) la necesidad de determinar, cuando el riesgo de suicidio es grave, si se requiere hospitalización; (b) que ante el riesgo de un suicidio inminente no debe dejarse solo al paciente; (c) las dos alternativas anteriores son correctas.

16. El programa de Activación Conductual Breve para el tratamiento de la depresión: (a) no requiere que los propios pacientes realicen el análisis funcional de sus conductas depresivas; (b) requiere un especial entrenamiento de los terapeutas; (c) se centra en motivar y guiar al paciente de una forma poco sistemática para que realice actividades saludables y deje de practicar conductas depresivas.

17. En el tratamiento del alcoholismo y en relación con la entrevista clínica conductual, hay que señalar que: (a) puede ser sustituida por un contacto indirecto, a través de la esposa, hijos, etc.; (b) debe evaluarse la violencia familiar (conjuntamente los dos miembros de la pareja); (c) debe abordarse en su parte final hasta qué punto la persona está dispuesta a cambiar.

18. En el alcoholismo, el efecto de violación de la abstinencia: (a) disminuye por atribuciones externas; (b) genera un efecto de disonancia cognitiva que puede generar más sucesos de consumo para solventarla; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

19. Atendiendo al papel del reforzamiento en las adiciones a sustancias ilegales, conviene señalar que: (a) las drogas son reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física; (b) tiene menor importancia cuando la dependencia es severa; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

20. En el análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias: (a) su primer paso es señalar las consecuencias positivas y negativas de la conducta de consumo; (b) se aborda el *craving* y el modo de evitar, prevenir y afrontar los sucesos que lo disparan; (c) su tercer paso es describir detalladamente la conducta de consumo.

21. En el tratamiento de las adiciones a sustancias ilegales el manejo de contingencias (MC): (a) requiere el conocimiento por parte de los pacientes de las condiciones del programa; (b) es el tratamiento de primera elección para el abordaje de las drogodependencias; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

22. En la intervención en las disfunciones sexuales la evaluación médica resulta especialmente indicada: (a) si aparece dolor persistente durante la actividad sexual; (b) en el caso de pacientes varones menores de 50 años; (c) si el paciente no presenta ansiedad persistente ante la propia imagen.

23. Entre los componentes básicos de las terapias sexuales pueden citarse: (a) el entrenamiento en habilidades sociales; (b) la reorganización cognitiva; (c) la solución de problemas.

24. En los trastornos de dolor crónico, la depresión: (a) es una consecuencia lógica de la evitación de actividades propia de los pacientes y la pérdida de reforzadores que con ellos obtendrían; (b) no es una consecuencia lógica del estilo de vida característico de estos pacientes; (c) es el problema emocional menos frecuente.

25. En la evaluación del comportamiento alimentario: (a) es conveniente que las personas pesen los alimentos que van a ingerir y anotarlos en el registro; (b) hay que tener en cuenta que las personas subestiman la cantidad de alimento que ingieren; (c) el uso de teléfonos móviles como medio de registro no parece mejorar el cumplimiento de éstos.

26. Según el programa de tratamiento propuesto para la obesidad, trastorno por atracón y síndrome de ingesta nocturna, la promoción de la autoaceptación supone tener en cuenta que: (a) el peso y la figura no se pueden moldear a voluntad, incluso empleando métodos extremos para perder peso; (b) los cambios en el peso que se pueden alcanzar son limitados y se mantienen con dificultad con el transcurso del tiempo; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

27. En el tratamiento del insomnio, el procedimiento que incluye una serie de recomendaciones destinadas a reestablecer la asociación entre el sueño y aspectos relacionados con el dormir como la cama, el dormitorio y la hora de acostarse, recibe el nombre de: (a) higiene del sueño; (b) control de estímulos; (c) restricción del sueño.

28. El programa de Perlis y cols. (2009), propuesto para el tratamiento del insomnio: (a) suele aplicarse en un total de 8 semanas en sesiones de 120 minutos de duración; (b) está estructurado en 12 sesiones de 60 minutos de duración; (c) puede aplicarse de forma intensiva en tan solo 4 semanas.

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) por su insensibilidad 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.