

1. La dimensión transdiagnóstica tiene una naturaleza: (a) existencial; (b) neuronal; (c) independiente de la personalidad.
2. Las intervenciones con base en el manejo directo de contingencias, no se ven influidas en modo alguno por: (a) el control verbal; (b) la exposición; (c) las dos alternativas anteriores son falsas.
3. La evitación experiencial suele ser persistente por: (a) ser una conducta reforzada negativamente; (b) los valores sociales que propugnan el sentirse bien, sin malestar o sufrimiento; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
4. Poner el yo en perspectiva es elegir: (a) "se es torpe", frente a "se tiene una torpeza"; (b) "tengo el cuerpo fuerte", frente a "soy fuerte"; (c) "soy inútil", frente a "tengo el pensamiento de que soy inútil".
5. Para ACT, los valores: (a) son elementos abstractos; (b) no deben permitir amplitud o diversidad en su logro; (c) deben enmarcarse en la deseabilidad social y cultural.
6. En el tratamiento de las fobias específicas los procedimientos imaginales son útiles, entre otras situaciones, cuando: (a) el miedo a las consecuencias temidas es activado suficientemente por la exposición en vivo; (b) el cliente tiene una ansiedad muy baja; (c) las fobias implican situaciones en que es difícil, impracticable o antieconómico trabajar en vivo.
7. Para aplicar el programa de tratamiento de las fobias específicas en una sola sesión de Öst (1989b) los clientes deben cumplir, entre otras características: (a) presentar una fobia monosintomática no conectada con otros problemas (aunque también funciona si hay más de una fobia específica); (b) estar lo suficientemente motivados como para tolerar un posible alto grado de ansiedad; (c) las dos alternativas anteriores son correctas.
8. Los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada tienden a sobreestimar las ventajas de preocuparse y subestimar sus desventajas, por ello: (a) no es necesario identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse; (b) no es necesario preguntar al paciente qué pasaría si no se preocupara o se preocupara menos por algo particular; (c) es necesario identificar las creencias sobre la utilidad de preocuparse.
9. 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 exclusivamente como amenazas.
10. La Terapia Cognitivo Conductual en Grupo (TCCG) de Heimberg y colaboradores, para adultos con trastorno de ansiedad social: (a) se considera como el tratamiento de referencia (*gold standard*) entre los países angloparlantes; (b) no utiliza experimentos conductuales; (c) se aplica en grupos numerosos, de al menos 15-20 personas.
11. Algunos de los mitos sobre la naturaleza de la ansiedad que se abordan en la segunda sesión del programa propuesto por Caballo y colaboradores para el Tratamiento Cognitivo Conductual de la Ansiedad Social, son: (a) la ansiedad es peligrosa; (b) podría perder el control o explotar; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
12. En la evaluación del trastorno de angustia los auto-registros: (a) son instrumentos útiles ya que reducen la afectividad negativa al hacer que el paciente observe de forma más objetiva y sin valoraciones lo que ocurre; (b) suelen ser bien aceptados y regularmente cumplimentados por los pacientes; (c) implican auto-observación, no exposición.
13. En el programa propuesto por Barlow y Craske para el tratamiento del pánico y la agorafobia, la retirada gradual de la medicación: (a) debe abordarse en la semana final del tratamiento y siempre bajo la supervisión del médico que la hubiera prescrito; (b) se plantea como un requerimiento previo al inicio del programa; (c) tiene que ser pautada por un médico o farmacéutico desde la primera semana del programa.
14. La comparación entre los síntomas de un episodio de depresión mayor y un episodio de duelo pone de manifiesto que en el episodio depresivo: (a) el afecto predominante es un sentimiento de vacío y pérdida; (b) la disforia es muy persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicas; (c) la autoestima suele estar conservada.
15. En el programa de Activación Conductual Breve para el tratamiento de la depresión: (a) se requiere que los propios pacientes realicen el análisis funcional de sus conductas depresivas; (b) se necesita un entrenamiento intensivo de los terapeutas; (c) la intervención se suele desarrollar en un total de 10 a 12 sesiones.

16. En relación con las perspectivas de tratamiento del alcoholismo y sobre el incremento de la comorbilidad en este trastorno, cabe señalar que la comorbilidad: (a) con otros trastornos es baja, de entre el 10 y el 20%; (b) tiende a disminuir; (c) con las agresiones de pareja lleva a que la persona agredida aumente el riesgo de consumo.

17. En el tratamiento del alcoholismo la rehabilitación psicosocial: (a) es imprescindible en personas sin recursos de casi ningún tipo; (b) debe suspenderse cuando ya no tienen problemas con el alcohol; (c) puede exigir un programa de apoyo ocasional de no más de 2 o 3 meses.

18. La dependencia física: (a) es un factor necesario para las conductas de auto-administración; (b) puede ser importante para explicar el consumo de drogas; (c) es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas.

19. En el análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias, se explica al paciente que el *craving*: (a) es normal; (b) se dispara sólo por eventos internos; (c) sólo desaparece cuando se consume la droga.

20. En el programa de Hawton para el tratamiento de las disfunciones sexuales el procedimiento básico: (a) es individualizado para cada pareja; (b) incluye dos fases de focalización sensorial, una inicial no genital y otra posterior que ya incluye las zonas genitales; (c) incluye una fase de focalización genital en la que las caricias se centran sólo en las zonas genitales.

21. En el tratamiento farmacológico de la eyaculación precoz: (a) el efecto terapéutico se mantiene sólo mientras se toma la medicación; (b) se utilizan sólo fármacos específicos para este trastorno; (c) los anestésicos locales como la lidocaína suelen producir además un incremento del placer sexual.

22. En los trastornos de dolor crónico, la depresión: (a) es el problema emocional más frecuentemente observado; (b) es el problema emocional menos frecuente; (c) no produce un agravamiento en el propio problema de dolor.

23. El programa de tratamiento del dolor crónico de Clare Philips: (a) es elaborado para ser aplicado en régimen de internamiento; (b) fue diseñado para impartirse en grupo; (c) no tiene criterios incluyentes.

24. Considerando las semejanzas y diferencias entre obesidad, el trastorno de atracciones (TA) y el síndrome de ingesta nocturna (SIN), las personas con: (a) TA tienen menor preocupación por el peso y figura que los pacientes obesos; (b) TA tienen valores de depresión más elevados que las personas con sobrepeso y obesidad; (c) SIN tienen valores de depresión menos elevados que las personas con sobrepeso y obesidad.

25. Al abordar la psicoeducación sobre el trastorno por atracción conviene poner énfasis en cómo la autoevaluación negativa conduce a: (a) priorizar la preocupación por el peso y la figura sobre otro tipo de valores; (b) dificultar el desarrollo de un comportamiento alimentario caótico; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.

26. La prevalencia del trastorno de apnea/hipopnea obstructiva del sueño es: (a) muy elevada, afectando a más del 20% de las personas mayores; (b) bastante baja, menor del 1% en los adultos; (c) mucho más elevada en las mujeres maduras que en los varones de la misma franja de edad.

27. 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.

28. En la octava y última sesión del programa de Perlis y cols. (2009), propuesto para el tratamiento del insomnio, se aborda la prevención de recaídas. Para ello se instruye al paciente de que si vuelve a padecer algún episodio transitorio de insomnio: (a) vuelva a retomar de inmediato los procedimientos de control de estímulos que aprendió en el programa; (b) intente compensar la pérdida de sueño con alguna siesta adicional; (c) permanezca en la cama esperando a dormirse mientras practica la relajación.

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.* Según el resumen del caso se observa en la paciente una tendencia selectiva a observar y evaluar los aspectos negativos de su vida, sin recapacitar en lo positivo ni auto-reforzar por ello. Señale el modelo que mejor podría explicar este aspecto de la depresión de la paciente: (a) Lewinsohn; (b) Rehm; (c) Seligman.