

Tipo A

Conteste en la HOJA DE LECTURA ÓPTICA, anotando la respuesta que considere más correcta.
SÓLO DEBE ENTREGAR LA HOJA DE LECTURA ÓPTICA

1. Es hora de reconocer que la ansiedad y la depresión son, en primer lugar, categorías: (a) existenciales; (b) clínicas; (c) que no tienen dimensiones en común.
2. Las terapias de tercera generación o terapias contextuales: (a) no usan categorías diagnósticas; (b) son transdiagnósticas; (c) adoptan posiciones distintas a la terapia de conducta original o a los enfoques actuales de la terapia cognitivo conductual, en relación con las categorías diagnósticas y el transdiagnóstico.
3. Entre las características de las terapias de tercera generación está: (a) un predominio del aprendizaje por reglas, frente al aprendizaje por contingencias; (b) considerar las funciones de las conductas por encima de las conductas en sí; (c) minimizar el papel de las emociones y su experimentación.
4. Para la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la aceptación: (a) supone conformidad o resignación con la situación; (b) propone que sentirse triste por un fracaso es agradable; (c) permite la experimentación natural de las emociones y con ello su autorregulación.
5. Una característica de la activación conductual es que: (a) el paciente debe estar activo, sin un plan previamente establecido; (b) debe actuar cuando tenga un estado de ánimo apropiado para ello; (c) el paciente recupere las riendas de su vida, no que alcance la felicidad.
6. En la fobia específica: (a) se da un miedo intenso desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones específicas; (b) el miedo intenso sólo aparece ante la presencia de objetos o situaciones específicas; (c) a la sangre suelen aparecer náuseas y desvanecimientos y siempre se da el miedo.
7. En el tratamiento de una sola sesión de Öst para la mayoría de las fobias específicas, los clientes deben cumplir las siguientes características: (a) presentar una fobia monosintomática no conectada con otros problemas (aunque también funciona si hay más de una fobia específica); (b) no estar lo suficientemente motivado como para tolerar un posible grado de ansiedad; (c) prever que haya consecuencias negativas predecibles si la fobia es superada.
8. En el Trastorno de Ansiedad Generalizada las preocupaciones: (a) son egosintónicas; (b) son egodistónicas; (c) tiene un contenido que suele ser visto como inapropiado.
9. En la terapia conductual basada en la aceptación (TCBA) de Roemer y Orsillo para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada se enfatiza: (a) disminuir la conciencia en el momento presente; (b) juzgar las experiencias internas además de controlarlas (c) promover la acción en áreas importantes para el cliente.
10. La terapia cognitivo conductual en grupo (TCCG) para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social: (a) no se considera tratamiento de referencia en los países angloparlantes; (b) es considerada como el "gold standard" en los países angloparlantes; (c) es llevada a cabo por un terapeuta en tres sesiones de una hora de duración.
11. Las causas proximales de la fobia social generalizada son, entre otros aspectos: (a) factores genéticos y temperamento; (b) experiencias de sensibilización y temperamento; (c) variables situacionales y diferencias individuales en el procesamiento de la información.
12. En el trastorno de angustia y agorafobia y en relación con la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales, cabe señalar que: (a) las cogniciones catastrofistas pueden ser suficientes, aunque no siempre necesarias, para inducir ataques de pánico; (b) la interpretación catastrofista genera una menor activación autonómica; (c) las conductas de evitación, tanto explícitas como sutiles, dificultan el mantenimiento de las creencias negativas.
13. En el abordaje del trastorno de angustia, el autorregistro: (a) no debe utilizarse pues produce un aumento de la ansiedad debido al propio autorregistro; (b) es un mecanismo de exposición; (c) produce una sensibilización frente a las señales de ansiedad.
14. El enfoque comportamental de Lewinsohn para la depresión señala: (a) que ésta tiene su origen en una baja frecuencia de refuerzos; (b) la importancia de la disponibilidad de reforzadores (ambiente) de las respuestas de la persona (actividad, habilidades sociales,...) así como la interpretación y valoración que ésta hace del reforzamiento recibido; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
15. En la selección de estrategias terapéuticas y secuenciación en el proceso de intervención de la depresión parece adecuado partir: (a) de los déficits del paciente; (b) de los recursos del paciente más que de sus déficits; (c) a la vez de los déficits y de los recursos, abordando los déficits de manera directa.

16. La sensibilización encubierta en el tratamiento del alcoholismo: (a) es eficaz siempre que no se explique al cliente las reacciones que va a notar y la posible aparición de náusea y miedo; (b) obtiene buenos resultados; (c) no incluye escenas de escape y evitación, ni sugerencias de alivio.
17. El modelo cognitivo-conductual en el tratamiento del alcoholismo: (a) asume que el alcohol es un poderoso reforzador capaz de mantener la autoadministración del alcohol; (b) no atribuye responsabilidad al individuo de su problema; (c) se va a centrar en mantener y potenciar las conductas que están en relación directa con el consumo de alcohol.
18. En el marco de las adicciones a sustancias ilegales cabe resaltar que la dependencia física: (a) es un factor necesario para las conductas de auto-administración; (b) no es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas; (c) puede no ser importante a la hora de explicar el consumo de drogas.
19. Entre las implicaciones para el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales del modelo biopsicosocial, o bioconductual, está el que el concepto de adicción: (a) implica necesariamente que la persona adicta nunca sea capaz de abandonar la conducta en cuestión; (b) impide una recuperación natural, incluso sin necesidad de tratamiento; (c) implica un posible paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o a la abstinencia, de forma bastante común.
20. En el análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias, el *craving*: (a) debe considerarse normal; (b) sólo está condicionado por eventos internos; (c) son urgencias de consumo de tiempo ilimitado y pueden ser convenientemente afrontadas sin recurrir al consumo de la droga.
21. En el tratamiento del Vaginismo: (a) se debe explicar que se trata de una respuesta voluntaria; (b) se enseña alguna técnica dirigida a que la mujer aprenda a relajar los músculos que rodean su vagina; (a) es fundamental que en los primeros intentos del coito la mujer adopte la posición inferior.
22. En el programa propuesto por Labrador y Roa para el tratamiento de las disfunciones sexuales, entre los aspectos prácticos del proceso, el clínico debe exponer a la pareja que: (a) el programa no se adaptará a sus necesidades y a su ritmo de progreso por lo que debe existir una presión de rendimiento; (b) la pareja debe iniciar el programa con la idea de partir de cero; (c) la pareja no puede abandonar el papel de pacientes pasivos.
23. La relajación en el tratamiento del dolor crónico: (a) se ha mostrado eficaz como estrategia de afrontamiento; (b) tiene un efecto directo sobre el control del dolor; (c) ha sido muy utilizada como única técnica de tratamiento.
24. El abordaje terapéutico del dolor: (a) pretende recuperar la neuromodulación natural del dolor; (b) va dirigido, al menos de forma concreta, a mejorar el afrontamiento del problema; (c) las dos respuestas anteriores son falsas.
25. En relación con los modelos explicativos de la obesidad y más concretamente con el modelo conductual del aprendizaje, cabe señalar que a largo plazo, seguir una dieta genera: (a) consecuencias positivas; (b) hace cada vez más difícil perder peso, sobre todo cada vez que se inicia una nueva dieta; (c) incrementa la tasa metabólica y el gasto energético.
26. En la evaluación del comportamiento alimentario y con respecto a la cantidad de alimentos ingeridos: (a) la entrevista no busca información sobre cuánto se come; (b) los sistemas de registro mediante móviles o agendas digitales son más útiles si deben emplearse durante cortos periodos de tiempo; (c) en la evaluación de la cantidad de los alimentos consumidos conviene el uso de medidas caseras, no el peso concreto de los alimentos ingeridos.
27. Entre las recomendaciones incluidas en el procedimiento de control de estímulos para el tratamiento del insomnio está: (a) acostarse a una hora fija, se tenga sueño o no; (b) evitar dormir durante el día, así se tendrá más sueño por la noche; (c) poner el despertador más tarde los días festivos y levantarse, esos días, cuando no se tenga sueño.
28. En el tratamiento del insomnio, la higiene del sueño recomienda: (a) no ingerir bebidas estimulantes (café, té y derivados de cola) en ningún momento del día; (b) cambiar las sábanas y funda de la almohada diariamente; (c) que la cama sea lo suficientemente grande para el tamaño de la persona.
29. *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.
30. *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.