

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

1. Según la contingencia de tres términos del enfoque contextual: (a) la presencia de un Ed es esencial; (b) determinada conducta será siempre seguida por un reforzador (R); (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
2. El enfoque eminentemente funcional de la terapia de conducta: (a) favorece la reificación de las dimensiones y categorías clínicas; (b) es garantía de un enfoque dimensional transdiagnóstico; (c) cosifica y descontextualiza las categorías clínicas.
3. Entre los elementos característicos de las terapias de 3ª generación está: (a) destacar la importancia de la relación terapéutica; (b) adoptar una postura correctiva en lugar de educativa; (c) poner al lenguaje y a la racionalización en un segundo lugar, excepto en lo que tiene que ver con los procesos emocionales.
4. Entre los elementos característicos de las terapias de 3ª generación está: (a) un predominio del aprendizaje por reglas, frente al aprendizaje por contingencias; (b) mayor cercanía al uso de técnicas cognitivas que conductuales; (c) considerar las funciones de las conductas por encima de las conductas en sí.
5. Para la Terapia de Aceptación y Compromiso: (a) el lenguaje no tiene un notable papel como regulador de la conducta; (b) el tomar el mundo simbólico del lenguaje como real, alivia notablemente los problemas psicológicos; (c) la persona con un problema psicológico se hace más insensible al contexto real, al ambiente en que vive.
6. Las fobias específicas: (a) deben causar un malestar clínicamente significativo o interferir marcadamente en áreas importantes del funcionamiento del paciente; (b) se caracterizan porque el miedo o ansiedad es proporcionada al peligro o amenaza implicado en la situación; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
7. El tratamiento de la ansiedad generalizada propuesto por Bados (2015): (a) incluye la reevaluación de que las preocupaciones son incontrolables; (b) no incluye el entrenamiento en solución de problemas; (c) las dos alternativas anteriores son falsas.
8. En el tratamiento de la ansiedad generalizada, Roemer y Orsillo (2009) propusieron la terapia conductual basada en la aceptación, esta terapia: (a) se centra primariamente en reducir las preocupaciones; (b) alienta la aceptación de las respuestas internas en vez de juzgarlas y evitarlas; (c) buscar disminuir la conciencia en el momento presente.
9. Una de las características de la Terapia Cognitivo Conductual en Grupo para el trastorno de ansiedad social es que: (a) no utiliza la exposición; (b) los pacientes deben enfrentarse a las situaciones temidas (primero en la vida real y luego en la sesión) sin hacer uso de sus habilidades cognitivas; (c) se dan instrucciones para que los pacientes mismos realicen ejercicios de reestructuración cognitiva antes y después de la exposición, en situaciones de la vida real.
10. El programa propuesto para el tratamiento cognitivo conductual de la ansiedad/fobia social en la sesión de pre-tratamiento, plantea como único criterio de exclusión: (a) que el sujeto tenga una historia a lo largo de su vida de trastorno bipolar o trastorno psicótico; (b) que la persona presente ansiedad en más de 3 dimensiones del CASO; (c) que en la entrevista no refiera situaciones sociales leves.
11. En el programa propuesto por Barlow y Craske para el tratamiento del pánico y la agorafobia se incluye la implicación de algún allegado en el tratamiento, para ello se le: (a) recomienda que también lea el libro de trabajo; (b) anima a que actúe como una señal de seguridad para el paciente; (c) entrena para que ayude al paciente a realizar las estrategias de afrontamiento sin discutir las tareas antes de realizarlas.
12. El programa de tratamiento para el control del pánico de Barlow: (a) no se considera un tratamiento bien establecido; (b) ha sido adaptado para su utilización en atención primaria de forma combinada con psicofármacos; (c) no ha sido utilizado en individuos con esquizofrenia.
13. En el tratamiento de la depresión, al seleccionar las estrategias terapéuticas: (a) se debe optar por una opción "conductual" o "cognitiva", pues no se afectan mutuamente; (b) es preciso asegurarse de que el paciente cumple los criterios para el diagnóstico de depresión; (c) debe llevarse a cabo de una forma paulatina e incremental, asumiendo que los cambios que se van generando pueden facilitar y globalizar el proceso general de cambio.
14. Según el enfoque de indefensión aprendida de Seligman, tienen mayor probabilidad de padecer depresión las personas que ante sucesos negativos hacen atribuciones: (a) internas, estables y globales; (b) internas, inestables y específicas; (c) externas, estables y específicas.
15. En el tratamiento de la depresión y en el uso de la biblioterapia y recursos tecnológicos, los formatos de contacto terapéutico mínimo: (a) no resultan eficaces en ningún caso; (b) suelen servir de manuales de auto-ayuda y apoyo telefónico; (c) sólo se han utilizado en pacientes con depresiones severas.

16. En el tratamiento del alcoholismo, los programas específicos para manejar el estrés pretenden: (a) alterar la percepción del grado de amenaza que se atribuye al estresor; (b) mantener el estilo de vida de la persona para aumentar la severidad de los estresores; (c) evitar el uso de estrategias de afrontamiento activas.
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. Si la persona bebe cantidades importantes de alcohol: (a) puede ser necesario un internamiento de una o dos semanas para su desintoxicación; (b) nunca se recomienda el tratamiento ambulatorio; (c) el uso de tranquilizantes hace que no sea importante contar con el apoyo de algún familiar para superar los primeros días sin alcohol.
19. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales, la entrevista motivacional se ha mostrado eficaz: (a) para involucrar a los consumidores de drogas en el tratamiento; (b) para producir cambios en el uso de las drogas; (c) de forma aislada, no combinada con otras técnicas.
20. En las adicciones a sustancias ilegales y con respecto al papel del reforzamiento, cabe señalar que la dependencia física: (a) no es importante a la hora de explicar el consumo de drogas; (b) no es un factor necesario para las conductas de autoadministración; (c) es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas.
21. La aplicación del programa de tratamiento de las disfunciones sexuales de Masters y Johnson supone asumir consideraciones básicas como que: (a) muchas de las disfunciones son producto de algún trastorno psíquico subyacente; (b) la sexualidad es un aspecto más, no el único, de la relación de convivencia de la pareja; (c) el tratamiento debe dirigirse al miembro de la pareja que presente la disfunción.
22. Antes de iniciar el tratamiento de una disfunción sexual es importante detectar si los pacientes tienen conceptos erróneos sobre la sexualidad, como que: (a) sexo es igual a coito, todo lo demás es de segunda categoría; (b) los logros sexuales (p.ej.: el número de orgasmos) no tienen por qué indicar la calidad de la vida sexual; (c) el objetivo de una terapia sexual es mucho más que simplemente aprender técnicas sexuales.
23. En el programa específico para el tratamiento del trastorno orgásmico masculino: (a) es necesario implicar desde el inicio a la pareja siguiendo estrictamente las fases y etapas del programa básico; (b) se incluye como tarea específica el entrenamiento en masturbación; (c) se inicia el tratamiento de forma individualizada sólo cuando el paciente no tenga una pareja estable.
24. Uno de los objetivos de la fase inicial de Educación del programa básico propuesto por Labrador y Roa para el tratamiento de las disfunciones sexuales es, entre otros, disminuir la ansiedad: (a) sólo del miembro más ansioso de la pareja; (b) y elevar la autoconfianza en ambos miembros de la pareja; (c) y la autoconfianza en ambos miembros de la pareja.
25. En el tratamiento del dolor, la prevención secundaria: (a) no se ha mostrado útil en las lumbalgias y la artritis reumatoide; (b) parece descansar en aspectos relacionados con la actividad física; (c) requiere de programas complejos y no orientados específicamente al problema.
26. En relación con el estado actual del tratamiento del trastorno de atracones, mediante la terapia dialéctica conductual (TDC) se pretende que los pacientes consigan reducir los atracones y los problemas afectivos relacionados mediante el aumento de la: (a) capacidad para tolerar las emociones negativas; (b) conciencia de las consecuencias aversivas del atracón a largo plazo y de las consecuencias negativas de los comportamientos alternativos; (c) conciencia de las consecuencias aversivas del atracón a corto plazo y de las consecuencias positivas de los comportamientos alternativos.
27. En el programa propuesto por Perlis y cols. (2009) para el tratamiento del insomnio, cuando el paciente que acude a terapia esté utilizando medicación hipnótica sedante para su insomnio, antes de iniciar el tratamiento: (a) el terapeuta mismo debe suspender dicha medicación inmediatamente; (b) debe suspenderse dicha medicación de forma gradual bajo la supervisión del médico responsable de su prescripción; (c) debe suspenderse dicha medicación sólo si además está tomando antidepresivos.
28. En el tratamiento del insomnio, el procedimiento de control de estímulos incluye una serie de recomendaciones como: (a) acostarse para dormir sólo cuando se tenga sueño; (b) poner el despertador a la misma hora tanto los días laborables como los festivos; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
29. El programa propuesto por Perlis y cols. (2009) para el tratamiento del insomnio está indicado: (a) sólo en los casos de insomnio de inicio; (b) cuando no existen estrategias compensatorias mantenedoras del insomnio; (c) cuando se comprueba que el insomnio se mantiene mediante activación condicionada.
30. En el tratamiento del insomnio, la restricción del sueño: (a) pretende contrarrestar la tendencia de los pacientes insomnes a permanecer en la cama aunque estén despiertos; (b) no suele incluirse en los programas multicomponente; (c) es un procedimiento educativo destinado a mejorar los factores ambientales relacionados con el sueño.