

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

1. Según el esquema A-B-C del enfoque cognitivo: (a) el análisis psicológico o evaluación conductual empieza por determinar el problema en términos conductuales; (b) la menor dificultad está en identificar las creencias y pensamientos derivados de los posibles antecedentes; (c) el proceder de acuerdo con este esquema no supone una relación colaboradora entre el terapeuta y el cliente.
2. En relación con el uso de categorías diagnósticas, se observa una evolución de la terapia cognitivo-conductual en la dirección de: (a) no buscar dimensiones transdiagnósticas; (b) buscar tratamientos transdiagnósticos; (c) buscar tratamientos específicos.
3. Entre los elementos característicos de las terapias de 3<sup>a</sup> generación está el dar más importancia: (a) a la interpretación de la conducta; (b) al papel de las emociones y a su experimentación; (c) a los aspectos descriptivos (topográficos) de la conducta.
4. Según la contingencia de tres términos del enfoque contextual, una vez definido el problema en términos funcionales, queda planteado el cambio como intervención en las condiciones: (a) A; (b) B; (c) A y C.
5. Para la Terapia de Aceptación y Compromiso, la defusión cognitiva: (a) supone activar el poder del lenguaje; (b) se logra, entre otros procedimientos, haciendo ver al paciente que las palabras (pensamientos) no son hechos; (c) parte de que la persona no puede ser atrapada por la literalidad del lenguaje.
6. En las fobias específicas es necesario justificar el tratamiento de exposición en vivo conceptualizando el problema y el tratamiento a aplicar. En este sentido, la exposición en vivo permite: (a) fortalecer o aumentar la asociación entre estímulos internos/situaciones temidos y la ansiedad; (b) comprobar que las consecuencias negativas anticipadas ocurren; (c) aprender a tolerar la ansiedad y el pánico.
7. Para aplicar el programa de tratamiento de una sola sesión 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 (aunque también funciona si hay más de una fobia específica); (b) que no haya más de una fobia específica; (c) las dos alternativas anteriores son falsas.
8. El tratamiento metacognitivo propuesto por Wells para el tratamiento de la ansiedad generalizada plantea: (a) centrarse en las metapreocupaciones en vez de preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos; (b) una única sesión de tratamiento; (c) centrarse en las preocupaciones sobre eventos externos y eventos internos no cognitivos (síntomas físicos).
9. En el tratamiento de la ansiedad generalizada, Dugas propone entre otras, la siguiente estrategia para mejorar la actitud ante los problemas: (a) reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde; (b) ver los problemas como parte anormal de la vida; (c) ver los problemas exclusivamente como amenazas.
10. En la terapia cognitivo conductual para el trastorno de angustia y la agorafobia, durante la fase psicoeducativa se enseña al paciente a distinguir entre estado de ansiedad y miedo/pánico. Entre otros aspectos se le enseña que el pánico se caracteriza por la: (a) percepción o conciencia de peligro inminente; (b) tensión crónica; (c) conducta de evitación sin escape o lucha.
11. En el momento actual, en el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia, la exposición en vivo: (a) no se considera de utilidad; (b) se considera un elemento terapéutico suficiente para el tratamiento del trastorno de angustia; (c) se considera el elemento clave en el tratamiento de la agorafobia.
12. En el tratamiento de los trastornos de angustia la exposición interoceptiva es útil para: (a) desensibilizar al paciente de los síntomas fisiológicos que acompañan las crisis de angustia; (b) reestructurar las interpretaciones catastrofistas sobre las sensaciones asociadas a las crisis de angustia; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
13. Según la revisión de Rehm (1995) sobre la eficacia de los tratamientos de la depresión: (a) la existencia de un déficit dado en un paciente es lo que determina el tipo de tratamiento que se debe utilizar; (b) los tratamientos ejercen un efecto general, no específico, en función de su naturaleza; (c) la parte más importante del cambio terapéutico se produce al final de la terapia.
14. El Inventory de Depresión de Beck (BDI): (a) evalúa más los componentes cognitivos de la depresión que los conductuales; (b) se usa como instrumento diagnóstico; (c) sirve para identificar los síntomas depresivos pero no para cuantificar su intensidad.
15. El modelo cognitivo conductual en el tratamiento del alcoholismo: (a) atribuye responsabilidad al individuo de su problema y, por tanto, de su cambio; (b) propugna disminuir la preferencia por el alcohol, sin plantearse aumentar la preferencia por otro tipo de actividades; (c) propugna que el tratamiento siempre debe llevarse a cabo en el propio medio del individuo y nunca en régimen hospitalario, ni siquiera para la desintoxicación.

16. Entre las estrategias motivacionales que han mostrado ser eficaces para favorecer el cambio de conducta 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.
17. Los programas de beber controlado: (a) son programas conductuales que se orientan a enseñar a la persona un conjunto de estrategias para que puedan conseguir la abstinencia o el control de su bebida; (b) se han hecho breves en los últimos años; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
18. Entre los objetivos del análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias está: (a) introducir la noción de *craving* como algo incontrolable; (b) ser aplicado de forma continua durante toda la intervención; (c) señalar las consecuencias negativas tras la conducta de consumo, no las positivas.
19. En las adicciones a sustancias ilegales, para el modelo biomédico tradicional: (a) la adicción puede ser curada; (b) pueden ocurrir recaídas; (c) hay recuperación en ausencia de tratamiento.
20. En el tratamiento de las adicciones a sustancias ilegales, entre los estilos terapéuticos que promueve la entrevista motivacional está: (a) promover discusiones con el paciente para evitar sus resistencias; (b) desarrollar discrepancias entre la conducta actual del sujeto y sus expectativas futuras; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
21. Al estudiar la prevalencia de las disfunciones sexuales se comprueba que los problemas más frecuentes en varones son: (a) los trastornos de erección y la disfunción orgásmica; (b) el deseo sexual hipoactivo y la eyaculación precoz; (c) los trastornos de erección y la eyaculación precoz.
22. La Escala Analógica Visual: (a) se ha de utilizar para medir la intensidad del dolor presente; (b) se ha de utilizar para medir la intensidad del dolor de forma retrospectiva; (c) incluye etiquetas numéricas.
23. En el abordaje del dolor, la exclusión social: (a) produce una experiencia emocional de dolor sin estar acompañado por la sensación de dolor físico; (b) es menos aversiva que el dolor físico; (c) no tiene efectos biológicos ni afecta al dolor físico.
24. Los objetivos prioritarios del programa de tratamiento propuesto por Fordyce (1976, 1978) son: (a) el refuerzo de las conductas de evitación; (b) la extinción de las conductas de queja; (c) el incremento progresivo del uso de analgésicos.
25. En relación con la relajación en el tratamiento del dolor crónico cabe señalar que: (a) se ha mostrado más eficaz como estrategia de afrontamiento, como componente de un programa más amplio; (b) no es un elemento terapéutico frecuente en el tratamiento del dolor; (c) ha sido muy utilizada como única técnica de tratamiento.
26. En relación con el estado actual del tratamiento de la obesidad y concretamente sobre las terapias farmacológicas cabe señalar que: (a) tienen graves efectos secundarios, concretamente la Sibutramina cuyo uso está prohibido desde 2010; (b) producen, según estudios controlados, pérdidas de peso superiores al 30%; (c) tienen un bajo coste.
27. La “teoría del punto fijo” como modelo explicativo de la obesidad, señala que el punto fijo de peso: (a) disminuye si la persona presenta un balance energético positivo durante un periodo prolongado de tiempo; (b) está relacionado con la sobrealimentación continuada que produce el incremento del tejido adiposo y que puede ser modificado de forma natural; (c) puede modificarse tras la realización durante un periodo de tiempo prolongado de actividad física y la ingesta de alimentos con bajo contenido en grasas.
28. En relación con las perspectivas en el estudio y tratamiento de la obesidad, el trastorno de atracones y el síndrome de ingesta nocturna y en concreto sobre los temas relevantes en el ámbito de la obesidad, cabe señalar que: (a) sólo la cirugía bariátrica tiene resultados positivos y mantiene la reducción de peso a los tres años de seguimiento; (b) la “promoción de la aceptación” mejora la calidad de vida y reduce significativamente la obesidad, con efectos a largo plazo; (c) la prolongación de la duración de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales ha permitido que se demore el tiempo para recuperar el peso aunque los efectos obtenidos han sido limitados y no persisten en el tiempo.
29. En relación con el estado actual del tratamiento del síndrome de ingesta nocturna: (a) la fototerapia o terapia de luz brillante se ha mostrado útil en terapias de una sola sesión; (b) la relajación muscular unida a la psicoeducación es un tratamiento eficaz para reducir la cantidad de alimentos que se ingieren después de cenar; (c) el tratamiento de autoayuda ha demostrado no ser eficaz.
30. Entre los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de Trastorno de Insomnio puede citarse que: (a) la dificultad del sueño haya estado presente durante un mínimo de un mes; (b) la persona manifieste insatisfacción por la cantidad, que no la calidad, de su sueño; (c) la dificultad del sueño se produzca a pesar de las condiciones favorables para dormir.