

Conteste en la HOJA DE LECTURA ÓPTICA, anotando la RESPUESTA QUE CONSIDERE MÁS CORRECTA.
SÓLO DEBE ENTREGAR LA HOJA DE LECTURA ÓPTICA

1. Las terapias de tercera generación se refieren a un conjunto de nuevas terapias de conducta, que se caracterizan por: (a) la relación clínica como contexto del cambio terapéutico; (b) el énfasis puesto en la cognición; (c) el contexto social, no verbal, del yo.
2. El análisis funcional describe los problemas psicológicos en términos conceptuales y especifica sus condiciones. Respecto a los problemas relativos a la regulación inapropiada de la conducta, puede tratarse de un problema de control de, entre otras, las: (a) condiciones discriminativas; (b) reglas; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
3. Entre los elementos característicos de las terapias de 3ª generación está el: (a) destacar el papel de las emociones y de su experimentación; (b) poner el lenguaje y la racionalización en primer lugar; (c) considerar las conductas en sí por encima de sus funciones.
4. La aceptación: (a) se refiere a las emociones y pensamientos asociados; (b) supone conformidad con la situación; (c) implica resignación.
5. En las fobias específicas, la vulnerabilidad psicológica específica puede deberse, entre otras cuestiones, a: (a) haber tenido una o más experiencias aversivas directas con los futuros estímulos fóbicos; (b) observar a otros, en vivo o filmados, tener experiencias negativas o mostrar miedo en las situaciones potencialmente fóbicas; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
6. En la justificación del uso de la Exposición en Vivo para las fobias específicas, el terapeuta explica que la exposición permite: (a) comprobar que las consecuencias negativas anticipadas ocurren; (b) mantener la asociación entre estímulos internos/situaciones temidos y la ansiedad; (c) aprender a manejar o tolerar la ansiedad y el pánico.
7. En el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la preocupación: (a) es una cadena de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros, y además existe incertidumbre sobre los resultados; (b) suele estar relacionada con la salud, la familia, las relaciones sociales, entre otras; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
8. 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.
9. A nivel cognitivo los pacientes con ansiedad social: (a) evalúan las situaciones sociales como amenazantes y catastróficas; (b) no prestan atención a la información relacionada con el fracaso social; (c) en algunos casos, se guían más por la retroalimentación sobre su actuación real en una situación concreta que por sus ideas preconcebidas.
10. 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.
11. En el trastorno de angustia y agorafobia, la angustia por las sensaciones corporales genera un mayor malestar a través de diferentes mecanismos, entre los que se encuentra: (a) la falta de control percibido o la inhabilidad para escapar o terminar con las sensaciones; (b) la anticipación ansiosa que disminuye la probabilidad de un ataque de pánico; (c) la interpretación catastrofista de los síntomas somáticos que genera una menor activación autonómica.
12. El programa de tratamiento para el trastorno de angustia de Clark, se basa en una formulación del problema del pánico: (a) cognitiva; (b) fisiológica; (c) motora.
13. En el tratamiento del trastorno de angustia y agorafobia, la educación es un componente habitual de la terapia cognitivo conductual. Así se busca que el paciente entienda que el pánico se caracteriza por: (a) percepción o conciencia de una amenaza futura; (b) tensión crónica; (c) la conducta de escape o de lucha.
14. El programa de tratamiento propuesto de Barlow y Craske (2007) para el trastorno de angustia y agorafobia, incluye: (a) entrenamiento en relajación; (b) un libro de trabajo (workbook) organizado en 20 capítulos; (c) conocimientos básicos sobre los ciclos negativos en el pánico y la agorafobia.
15. Entre los modelos explicativos de la depresión, el enfoque de Lewinsohn, señala que ésta tiene su origen en: (a) una baja frecuencia de refuerzos; (b) las expectativas de incontrolabilidad, el desamparo y la indefensión aprendida; (c) la visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro.

16. El Inventario 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.
17. En la prevención de recaídas para la depresión, conviene tomar sencillas medidas, entre las que destacan: (a) promover activamente la recuperación espontánea de las memorias negativas; (b) recalcar la importancia de mantener un nivel alto de actividad; (c) afrontar las contrariedades aumentando los criterios de autoevaluación rigurosos.
18. Con respecto al alcohol el síndrome de abstinencia: (a) puede ser grave e incluso mortal; (b) sólo se alivia con el alcohol, no con benzodiazepinas o barbitúricos; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
19. En el tratamiento del alcoholismo, la sensibilización encubierta: (a) obtiene buenos resultados cuando se aplica dentro de un paradigma de condicionamiento clásico; (b) obtiene buenos resultados cuando no se combina con otras estrategias para otros problemas asociados; (c) es segura pero difícil de aplicar.
20. En la revisión de los tratamientos de las adicciones a sustancias ilegales, el entrenamiento en habilidades parece ser útil para la adicción a la cocaína: (a) combinado con manejo de contingencias; (b) de forma aislada; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
21. En la revisión de los tratamientos de las adicciones a sustancias ilegales, la aplicación del manejo de contingencias (MC): (a) constituye el elemento activo fundamental durante la fase de post-tratamiento; (b) se ha mostrado útil en el caso de adolescentes con abuso o dependencia del cannabis; (c) ha tenido la generalización del uso esperada si nos atenemos a los datos de eficacia en estudios empíricos.
22. Entre los factores biológicos de riesgo directo de las disfunciones sexuales se encuentra: (a) el consumo de inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina (ISRS); (b) la edad; (c) cambios en la apariencia física (por ejemplo, tras mastectomías).
23. En el tratamiento de las disfunciones sexuales y considerando los componentes básicos de las terapias sexuales, la focalización sensorial y sexual: (a) la parte primera, focalización sensorial, buscar aumentar la presión de logros sexuales y las conductas de observador; (b) debe aplicarse en la práctica totalidad de los casos; (c) la segunda parte, focalización sexual, excluye las zonas genitales.
24. Entre las consideraciones básicas o específicas del Programa de Masters y Johnson está: (a) que la terapia debe realizarse por una pareja de terapeutas de distinto sexo; (b) el tratamiento se aplica en régimen interno, de forma que se produzca un corte drástico del ritmo de vida habitual; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
25. 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.
26. El programa de tratamiento de Comeche y Vallejo para la fibromialgia incluye, entre otros aspectos, una sesión: (a) sobre focalización de la atención y las quejas en el mantenimiento del malestar; (b) centrada en el deterioro intelectual; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
27. Según el estado actual del tratamiento de la obesidad, el tratamiento cognitivo-conductual (TCC) de Cooper y Fairburn (2001, 2002): (a) no facilita la pérdida de peso; (b) ayuda a los pacientes a aceptar y valorar cambios más modestos de peso; (c) se debe administrar de forma grupal.
28. Entre los aspectos que deben ser aceptados por los pacientes obesos o con trastorno por atracón está que: (a) la motivación estética es importante pero no debe tenerse nunca en consideración; (b) la distribución de la grasa corporal está bajo un control genético muy poderoso; (c) los cambios en el peso que se pueden alcanzar son limitados y se mantienen con facilidad con el transcurso del tiempo.
29. La narcolepsia o somnolencia diurna suele tratarse con: (a) fármacos relajantes; (b) la evitación de las siestas diurnas, especialmente pequeñas de entre 10 y 30 minutos; (c) regularidad de los horarios de acostarse o levantarse, evitando las tareas monótonas además de practicar regularmente ejercicio físico.
30. La pérdida de peso y los cambios en la postura del cuerpo en la apnea del sueño: (a) están considerados tratamiento en fase experimental; (b) son tratamientos bien establecidos; (c) no son nunca recomendados en este tipo de pacientes.

FEBRERO 2019 TIPO A

1- A

2- C

3- A

4- A

5- C

6- C

7- C

8- A

9- A

10- C

11- A

12- A

13- C

14- C

15- A

16- A

17- B

18- A

19- A

20- C

21- B

22- A

23- B

24- C

25- A

26- C

27- B

28- B

29- C

30- A