

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

1. Para el enfoque contextual el cambio psicológico: (a) se orienta al cambio del sistema representacional supuesto; (b) puede provenir de la misma conducta del sujeto; (c) se cifra como modificación de la conducta independiente de los cambios del contexto.
2. Para la modificación de conducta la evaluación: (a) es una forma de intervención; (b) sólo de forma ocasional se encuentra fundida al tratamiento; (c) debe exclusivamente preceder y dar pie al tratamiento.
3. El esquema A-B-C del enfoque cognitivo: (a) es distinto del A-B-C del modelo contextual; (b) no puede ser aplicado a los trastornos psicóticos; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
4. En la disposición de condiciones consecuentes: (a) debe excluirse al terapeuta, al no formar parte de las contingencias de reforzamiento; (b) se incluyen las comunidades terapéuticas; (c) no se incluyen intervenciones que impliquen medidas políticas y medio-ambientales.
5. La evitación experiencial: (a) no sólo se presenta ante situaciones aversivas graves; (b) se ve moderada por factores culturales como "ser optimista o feliz"; (c) es una clase de conducta útil para acabar con el malestar, siempre que se tome como un eje de actuación importante del paciente.
6. Cuando una persona dice "soy un tipo lamentable": (a) hace una referencia al yo como contexto; (b) queda él mismo atrapado (fusionado) en lo que significa lamentable; (c) las dos alternativas anteriores son verdaderas.
7. En el tratamiento de una fobia específica, al elaborar la jerarquía de exposición: (a) para que el cliente acepte la intervención el terapeuta debe comenzar por detallar los pasos finales de la jerarquía; (b) los primeros ítems que se plantean deben ser los del extremo más amenazante ya que suelen ser los más fáciles de elaborar; (c) es preferible hacerlo por partes según avanza la intervención ya que a menudo hay que hacer modificaciones.
8. En el TAG: (a) hay una menor activación del SNC; (b) la tensión muscular es el síntoma fisiológico menos común; (c) hay una inflexibilidad o falta de variabilidad autónoma (cardiovascular y electrodermal).
9. En el tratamiento del TAG, la adaptación del tratamiento a las características de cada persona: (a) no ha sido investigado; (b) indica (en niños) que para las preocupaciones es mejor la relajación; (c) previsiblemente sea necesaria, como queda claro en los trastornos fóbicos.
10. En el módulo de psicoeducación de la intervención propuesta por el grupo de Dugas para el TAG, el terapeuta: (a) debe asegurarse de que el cliente comprende la distinción entre ambos tipos de preocupación; (b) debe proporcionar tranquilización; (c) no debe alentar al cliente a clasificar sus preocupaciones si no está seguro de cuál es la categoría adecuada.
11. Las sesiones 4ª y 5ª del programa propuesto por Caballo y colaboradores para el tratamiento cognitivo conductual de la fobia social se centran en la interacción con desconocidos, proponiéndose como tareas para casa, entre otras: (a) preguntar por un precio en una tienda; (b) reforzar a tu pareja por algo que ha hecho y te ha agradado; (c) entrar en una tienda, probarse ropa y salir sin comprar.
12. Los protocolos desarrollados por los grupos de Clark y Barlow son los que aportan una mayor evidencia de su eficacia en el tratamiento del trastorno de angustia y la agorafobia, la diferencia más notable entre ambos enfoques es que: (a) el programa de Clark no incluye exposición a las sensaciones interoceptivas; (b) en el programa de Barlow se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas; (c) el programa de Clark no contempla la detección y reestructuración de las cogniciones catastrofistas.
13. En el programa propuesto por Barlow y Craske para el tratamiento del pánico y la agorafobia: (a) se incluye entrenamiento en relajación por su evidente efectividad; (b) el entrenamiento en respiración se utiliza como una estrategia de reducción del miedo; (c) la exposición interoceptiva se utiliza como una estrategia de tolerancia al miedo y la ansiedad.
14. En el programa propuesto por Barlow y Craske para el tratamiento del pánico y la agorafobia, para aprender a afrontar los síntomas físicos se pide al paciente que realice una serie de ejercicios: (a) como dar vueltas sobre sí mismo para sentirse mareado; (b) y a continuación se le pide que anote los síntomas experimentados; (c) las dos respuestas anteriores son correctas.
15. Según el enfoque de indefensión aprendida de Seligman, las personas que padecen depresión se caracterizarían por un estilo atribucional: (a) interno, estable y global para los éxitos; (b) externo, inestable y específico para los logros y acontecimientos positivos; (c) interno, inestable y global para los propios

fracasos o acontecimientos negativos.

16. En la evaluación del alcoholismo, la entrevista inicial: (a) no suele requerir de contactos indirectos previos con los familiares; (b) no requiere conocer hasta qué punto la persona está dispuesta a cambiar; (c) debe ser capaz de retener al paciente para que pueda continuar la intervención.

17. Según el rango de efectividad de los tratamientos orientados a la abstinencia en el abordaje del alcoholismo, señale el MENOS efectivo de estos tres: (a) hipnosis; (b) entrenamiento en autocontrol; (c) intervenciones confrontativas.

18. La terapia aversiva, en el tratamiento del alcoholismo, tiene como objetivo: (a) mejorar las habilidades interpersonales del paciente; (b) reducir o eliminar el deseo del individuo por el alcohol; (c) motivar al paciente al cambio.

19. En el análisis funcional de las conductas de consumo de sustancias, el primer paso es: (a) describir detalladamente la conducta que sucede tras el precipitante; (b) señalar las consecuencias positivas y negativas tras la conducta de consumo; (c) identificar las situaciones de riesgo o precipitantes que condicionan el uso de la sustancia.

20. Señale la respuesta INCORRECTA. Entre los objetivos de la fase de "Focalización Sensual" del programa básico propuesto por Labrador y Roa para el tratamiento de las disfunciones sexuales, pueden citarse: (a) incrementar las sensaciones corporales; (b) excitación genital; (c) disminuir la "presión de rendimiento".

21. En el programa específico para el tratamiento de la eyaculación precoz: (a) se incluyen técnicas especiales de auto-control del reflejo eyaculatorio que deben aplicarse desde la fase de focalización genital hasta la terminación del tratamiento; (b) la atención del hombre debe desviarse de sus sensaciones premonitorias de eyaculación; (c) la mujer debe estar centrada en la tarea (p.ej.: técnica de Semans) evitando excitarse ni llegar al orgasmo en cada encuentro sexual.

22. En el programa específico para el tratamiento del trastorno orgásmico femenino: (a) el primer paso es conseguir que la mujer obtenga el orgasmo durante la interacción con su pareja; (b) todas las tareas deben realizarse de forma conjunta con la pareja; (c) pueden aparecer sentimientos de incapacidad en el varón por no excitar suficientemente a la mujer.

23. Los llamados diarios de dolor: (a) recogen información retrospectiva; (b) deben tener en consideración si se trata de un dolor continuo o episódico; (c) suelen recoger información funcional, como la zona del cuerpo en que se produce el dolor.

24. El Índice de Masa Corporal: (a) refleja bien la adiposidad en la mayoría de la población; (b) tiene en cuenta la localización corporal del exceso de tejido adiposo; (c) con un valor igual o superior a 20 es indicativo de obesidad.

25. Con respecto al estado actual del tratamiento de la obesidad, cabe señalar que la terapia de conducta: (a) más dieta y ejercicio físico es efectiva para conseguir pérdidas del 10% sobre el peso inicial; (b) es efectiva para el mantenimiento de los efectos terapéuticos a medio plazo (de 3 a 5 años); (c) mejora notablemente cuando se le añaden técnicas cognitivas.

26. En el tratamiento de la obesidad, entre las estrategias que parecen predecir que la reducción del peso se mantenga, están (Wing y Phelan, 2005): (a) cenar; (b) mantener un patrón de alimentación irregular; (c) desayunar.

27. En el tratamiento del insomnio, la higiene del sueño: (a) se considera un tratamiento bien establecido; (b) no suele incluirse en los programas multicomponente; (c) parece tener una eficacia limitada que se mejora cuando se combina con el control de estímulos.

28. En el tratamiento de las pesadillas, la técnica de repaso en imaginación: (a) se considera un tratamiento bien establecido en las pesadillas secundarias a un trastorno de estrés postraumático, pero no en las pesadillas primarias recurrentes; (b) suele realizarse en sesiones grupales de 4 a 8 personas; (c) se considera un procedimiento relativamente largo que requiere de 15 a 20 sesiones.

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.* Teniendo en cuenta los modelos explicativos de la depresión, en el caso del ejercicio práctico, el hecho de que la paciente se centre en su cojera pero no considere la suerte de haber salido con vida del accidente, sería una de las causas de su bajo estado de ánimo según el modelo de: (a) Lewinsohn; (b) Rehm; (c) Seligman.

PLANTILLAS TERAPIA DE LA CONDUCTA 2013

TIPO C: BAABA BCCAA ABCCB CCBCB ACBAA CCBAB

KIBBUTZ.ES