

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFÍA Y LETRAS**



TRABAJO DE GRADO

**EL ROL DEL TERAPEUTA EN EL DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA
COGNITIVA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADA POR
ADA NOEMY LIMA FIGUEROA**

**DOCENTE ASESOR
LICENCIADO EDUARDO SEBASTIAN ANAYA PÉREZ**

SEPTIEMBRE, 2019

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

M. Sc. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

DECANO

M. Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

VICEDECANO

M. Sc. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO

M. Ed. ROBERTO GUTIÉRREZ AYALA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES,
FILOSOFÍA Y LETRAS

AGRADECIMIENTOS

A Dios, el dador de la vida, quien ha sido mi padre, fiel amigo y compañero. Por dar la chispa de inteligencia y la motivación necesaria para emprender este proyecto que hoy llega a su final, a Él doy la gloria y el honor.

A mi familia, por ser la fuente de inspiración para superarme en la vida, a ellos debo lo que soy. A mi madre Amalia Figueroa de Lima por su amor, paciencia y por su determinación en apoyarme para ver cumplirse mi sueño de convertirme en una profesional, mamá sin ti no hubiese sido posible hacer realidad mi sueño. A mi padre Florentino Lima por tus enseñanzas que me has dado en principios, valores y sobre todo el temor a Dios que me iluminará mi vida hasta el final, a mis hermanas y hermanos por la dicha de celebrar la vida al lado de ustedes.

A mis amigas que iniciaron conmigo esta aventura de luchar por nuestros sueños Mercy, Fernanda, Lizeth y Alejandra, gracias por transmitirme el calor de familia. A mis amigas que Dios puso a lo largo de este proceso para impulsarme a culminar este sueño Jackelin, Irene, Raquel y Esmeralda.

A mi asesor Lic. Eduardo Sebastián Anaya gracias por brindarme su ayuda para desarrollar este proyecto de investigación, por tu tiempo, paciencia y por sus conocimientos.

INDICE

| | |
|--|-----|
| INTRODUCCIÓN | vii |
| CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 9 |
| 1.1 Situación problemática..... | 9 |
| 1.2 Delimitación del tema..... | 12 |
| 1.3 Enunciado del problema..... | 14 |
| 1.4 Justificación..... | 14 |
| 1.5 Alcances y límites..... | 16 |
| 1.5.1 Alcances..... | 16 |
| 1.5.2 Límites..... | 16 |
| 1.6 Objetivos..... | 17 |
| 1.6.1 Objetivo general..... | 17 |
| 1.6.2 Objetivos específicos..... | 17 |
| 1.7 Preguntas de investigación..... | 17 |
| | |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1 Marco histórico..... | 18 |
| 2.1.1 Historia de los trastornos psicológicos..... | 18 |
| 2.1.2 Desarrollo histórico de la psicoterapia..... | 19 |
| 2.1.3 Orígenes y desarrollo de la psicoterapia cognitiva..... | 20 |
| 2.1.4 Terapia de la tercera generación..... | 22 |
| 2.2 Antecedentes..... | 23 |
| 2.3 Marco conceptual..... | 25 |
| 2.3.1 Definición de psicoterapia cognitiva..... | 25 |
| 2.3.2 Máximos exponentes de la psicoterapia cognitiva..... | 27 |
| 2.3.3 Problemáticas comunes abordadas desde la psicoterapia cognitiva..... | 29 |
| 2.3.4 Funciones de un psicoterapeuta cognitivo..... | 32 |
| 2.3.4.1 Tres características básicas del terapeuta cognitivo..... | 33 |
| 2.3.5 Estrategias de intervención en la psicoterapia cognitiva..... | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.6 Evaluación y diagnóstico en psicoterapia cognitiva..... | 35 |
| 2.3.7 Técnicas de intervención cognitivas..... | 38 |
| CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO..... | 40 |
| 3.1 Tipo de investigación..... | 40 |
| 3.2 Población y muestra..... | 41 |
| 3.2.1 Población..... | 41 |
| 3.2.2 Muestra..... | 41 |
| 3.3 Métodos y técnica de recolección de datos..... | 42 |
| 3.4 Procedimiento de administración de instrumentos de recolección de datos..... | 44 |
| 3.5 Procedimiento de análisis de resultados..... | 44 |
| CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS..... | 45 |
| 4.1 Interpretación de resultados..... | 45 |
| CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 52 |
| 5.1 Conclusiones..... | 52 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 53 |
| Referencias bibliográficas..... | 54 |
| ANEXOS..... | 56 |

INTRODUCCIÓN

La salud mental es necesaria en la sociedad actual, por lo tanto, los profesionales en psicología son de vital importancia en la promoción y el desarrollo de ella; para el logro de esto, es necesario que el profesional conozca y tenga dominio de los diferentes modelos de intervención psicológica e identifique cuál es su rol específico en cada uno de estos modelos y que de esta manera brinde un servicio eficiente, en el que tanto él como la persona que busca ayuda se sentirán satisfechos.

Ante esto, surge la presente investigación, la cual está enfocada al estudio del rol del psicoterapeuta dentro del modelo de intervención cognitiva y que ejerce en clínicas privadas de atención psicológica en la ciudad de Santa Ana en el periodo de julio del año 2018 al mes de mayo del 2019. Se pretende conocer el aspecto teórico y metodológico de dicho modelo, además, conocer las problemáticas en las cuales se hace uso del modelo de intervención y las cualidades que debe poseer el psicoterapeuta al hacer uso del modelo. A continuación, se hace una breve descripción de cada uno de los apartados del presente estudio.

El capítulo I, Planteamiento del problema, se presenta la situación problemática en la cual se describe la necesidad del estudio de las variables, además, la delimitación del tema, enunciado del problema, justificación, alcances y límites de la investigación, objetivos y por último preguntas de investigación.

El capítulo II, Marco teórico, contiene esencialmente el fundamento del tema de investigación. Éste está dividido en tres apartados, el primero: marco histórico, en el cual se describe el desarrollo del modelo desde sus inicios, cómo es que empieza, qué lo originó, etc. La segunda parte, denominada antecedentes, pretende mostrar algunas investigaciones que se han efectuado en el pasado y que están relacionadas al tema que se investiga. La tercera parte, tiene como nombre marco conceptual, en esta parte se presentan conceptos, definiciones, descripción de la metodología del modelo entre otros aspectos que son importantes en el contexto del modelo.

El capítulo III, Metodología de la investigación, inicialmente describe el tipo y diseño de la investigación, señala la población y muestra, además, qué métodos y técnicas se utilizan en la investigación, se conoce también, el procedimiento y administración de instrumentos de recolección de datos y por último, la técnica para el análisis de dato, cronograma y presupuesto.

En el Capítulo IV, Análisis e interpretación de resultados, se analizan los resultados obtenidos mediante la entrevista aplicada a los sujetos de estudio, además de esto, los hallazgos encontrados son comparados con lo que fue expuesto en el marco teórico.

El Capítulo V, Conclusiones y recomendaciones, es el producto de la obtención de información durante todo el proceso de investigación, mediante este apartado se comprueba el cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio de la investigación.

Por último, los apartados de bibliografía el cual contiene aquellos documentos consultantes que respaldan teóricamente la investigación y el apartado de anexos, que incluye las técnicas de recolección de datos, en este caso la entrevista y la guía de observación, además, incluye el cuadro de categorías el cual es el producto del proceso de análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática

Problemas sociales como la delincuencia en el país, la falta de empleos y oportunidades favorables para salir adelante, la canasta básica cada vez es más alta, el costo de vida que ha cambiado significativamente, la desintegración familiar, la emigración, y así otras problemáticas sociales que podrían mencionarse, ocasionan en los habitantes tensiones, malestar mental y emocional, además, se está más expuestos a padecer ansiedad y depresión.

Las problemáticas mencionadas anteriormente, son las que las personas enfrentan con mayor frecuencia acá en El Salvador, en caso de la depresión está afirmado por ISBM¹ (2013), que en términos de porcentaje afecta el 25% de las personas en algún momento de su vida. En las mujeres con más frecuencia se da entre las edades de 30 y 60 años y en los hombres entre las edades de 40 y 70 años. Afecta, además el 10% de niños menores de 13 años y el 10% de adolescentes (p.23).

En cuanto a la problemática de ansiedad, según el ISBM (2013) los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres. De 5 a 12% de los pacientes atendidos en atención primaria y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados tienen algún trastorno de ansiedad (p. 31). Además, Guzmán & Muños (2013) afirman que en los años 2001 y 2002 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud en El Salvador (p. 31).

El profesional en la salud mental debe hacerse de herramientas que permitirán ir abordando problemáticas sobre las cuales las personas buscan ayuda en este tiempo. Cuando esto no pasa, la intervención psicológica se convierte en un problema porque el profesional en la salud mental desconoce y no se interesa en abordar satisfactoriamente las situaciones emergentes.

¹ Nota: ISBM significa Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

La necesidad del desarrollo profesional de los gestores de la salud mental “Psicólogos”, es de suma importancia en el progreso de las ciencias humanas, para alcanzarlo es muy importante el conocimiento de los diferentes modelos de intervención psicológica, los cuales brindan valiosos aportes en el desenvolvimiento profesional y en la práctica psicoterapéutica; la psicoterapia es definida por Feldman como “un tratamiento en el que un profesional capacitado, es decir, un terapeuta emplea técnicas psicológicas para ayudar a la persona a superar sus dificultades y trastornos psicológicos, resolver problemas cotidianos o generar un crecimiento personal” (2010, p. 486).

Por otra parte, el psicólogo no únicamente aporta en el progreso de las ciencias humanas, sino que existe un compromiso social que es adquirido en el desarrollo de su profesión, por lo tanto, se hace necesario que al efectuar psicoterapia él vea una oportunidad de contribuir en la realización personal de individuos que aportan socialmente; en relación a lo anterior, Fernández dice: “la práctica psicológica como una realización profesional integra, respaldada en un alto nivel de compromisos, conciencia y responsabilidad social” (2012, p. 26).

Referente a lo expuesto, desde la práctica psicoterapéutica existe oportunidad de contribuir no únicamente de manera individual sino también socialmente, por tanto, todo profesional en la salud mental debe esforzarse por brindar su aporte pensando en los resultados no únicamente personales sino también sociales.

Además, desde la psicología clínica, entendida esta como “la aplicación de los principios y de las técnicas psicológicas a la solución de los problemas que afrontan los individuos” (Braunstein, Pastemac & Benedito, 2003. p. 105), es de suma importancia la participación activa del profesional en psicología, pero para ello, este debe tener clara la directriz sobre la cual enfocará su intervención, sin embargo, en la práctica no siempre es así.

Debido a que existe abordaje ecléctico, el cual es descrito por Myers como “enfoque de la psicoterapia que, según los problemas de los pacientes, utiliza técnicas que provienen de diversas formas de terapia” (2006, p. 660), los cuales sin duda han mostrado ser efectivos, sin embargo existen problemáticas que ameritan ser tratadas desde un enfoque específico para una mejor resolución.

En cuanto a la directriz que debiera regir un proceso de intervención, Fernández & Vilariño (2016) opinan que cuando no se pone en práctica una teoría, hace falta mayor objetividad y el fundamento es empírico. Si la intervención es difusa, la planificación de la intervención también se torna incierta. Es ahí donde se convierte en un problema debido a que el proceso de intervención no es satisfactorio ni para el terapeuta ni tampoco para la persona intervenida.

Es tan normal que las personas tengan perspectivas erróneas en cuanto a la atención psicológica, porque hasta hoy día aún se sostienen mitos como el que está loco es el único que busca ayuda, cualquiera puede dar consejos como los que da un psicólogo, que la atención psicológica no es relevante ni necesaria, que cada quien afronta sus problemas a su manera, ante esto, es necesario que los psicólogos clínicos brinden un servicio profesional, amparado en teorías científicas y que se genere una perspectiva diferente sobre los procesos de ayuda en los usuarios que servirán de puente para aquellos que no les interesa la atención psicológica.

Además, cabe aclarar que dentro de la práctica de la psicología clínica existen diversidad de modelos derivados de la psicoterapia y que han mostrado ser muy efectivos; entre ellos: terapia conductual, terapia Gestalt, terapia psicoanalítica, psicodinámica, cognitivo-conductual, terapia cognitiva, terapia humanista, terapia centrada en la persona, terapia sistemática, entre otras, en este sentido los profesionales en la salud mental interesados en brindar acompañamiento a las personas que solicitan ayuda, debieran conocer y dominar dichos modelos, y de esta manera lograr desarrollar su rol de manera más eficiente.

Uno de los tantos modelos de intervención que podría ser de utilidad en el abordaje de las problemáticas a tratar en este tiempo es la psicoterapia cognitiva, esta es definida por Benesh (2009) como “una terapia que parte de los sistemas de evaluación negativos. Fundados en diversos errores de apreciación: la visión negativa del futuro, del entorno y de la propia persona” (p. 387).

En un mundo en el que cada quien es libre de pensar como mejor le parezca, donde los valores dentro de la familia y personalmente han venido cambiando significativamente, agregando a esto, la crisis social en el medio; donde parece que no hay esperanza futura, en el que las fortalezas personales parecieran no ser suficientes, este modelo de intervención es

eficiente al trabajar en las ideas erróneas en las personas, promoviendo así una mejor realidad en el que cada individuo puede ser agente de una sociedad diferente.

En la actualidad existe una diversidad de situaciones que traen inquietud a las personas, radican en la manera de como ellas piensan; puesto que la psicoterapia cognitiva se enfoca en la intervención sobre los esquemas mentales que las personas poseen, podría hacer aportes significativos en los procesos de intervención, al respecto de estos Feldman (2010) afirma que estos tienen como fin enseñar a las personas a pensar en forma más adaptativas modificando para ello sus cogniciones disfuncionales sobre el mundo y su persona, frente a las circunstancias que enfrentan (p.494).

Ahora bien, los modelos de intervención pueden ser muy efectivos y estar al alcance de los psicólogos, pero si el terapeuta no se interesa y no logra tener claridad sobre el rol determinante que él juega en el desarrollo de la terapia, no se logrará obtener los resultados esperados, lo cual puede producir deficiencia dentro del desarrollo de la psicoterapia.

Pero de qué manera orientar al psicólogo y hacer conciencia de lo efectivo que ha mostrado ser dicho modelo de intervención, yendo a la teoría y ejemplificando casos en los que este modelo ha sido aplicado y los resultados han sido efectivos. Además, hacer conciencia sobre la importancia de abordar algunas problemáticas desde un modelo específico de intervención, debido a que los diferentes modelos han sido creados con ese propósito, que cada vez la atención sea más especializada y hacer saber que no todas las problemáticas ameritan el mismo abordaje.

Frente a todo esto, se hace necesario identificar y describir el rol del psicoterapeuta específicamente dentro de la psicoterapia cognitiva y de esta manera, dar un aporte valioso en el desarrollo profesional de los psicólogos clínicos.

1.2 Delimitación del tema

Todo lo señalado anteriormente lleva a conocer la importancia de la atención psicológica y los efectos que esta puede ocasionar en la salud mental del individuo. Se debe señalar que los profesionales interesados en contribuir en el bienestar psicológico de las

personas de la ciudad de Santa Ana, sin duda alguna han buscado brindar un servicio satisfactorio y profesional.

La ciudad de Santa Ana es la segunda ciudad más importante de El Salvador, es catalogada como la zona principal del occidente del país. Su cabecera es la ciudad de Santa Ana que cuenta con aproximadamente una población de “589,630” (DIGESTYC, 2017, p. 2).

En cuanto a su ubicación geográfica, se dice que el departamento de Santa Ana se encuentra ubicado en la zona occidental de El Salvador, su ubicación específica es: “limitado al Norte con Guatemala; al Este con los Departamentos de Chalatenango y La Libertad; al Sur con el Departamento de Sonsonate y al Oeste con el Departamento de Ahuachapán y la República de Guatemala” (Guerrero, Ramos, & Sánchez, 2011, p. 30).

En relación a la economía de Santa Ana, al visitarle se observa que unas de las principales actividades económicas son los restaurantes y las ventas de comida además se dice que: sobresalen por la producción artesanal (como la talabartería, confitería, hojalatería, entre otras) e industrial, sobre todo textil y alimentación (principalmente el cultivo y tratamiento de café).

En este ambiente es en el que las personas se ven en la necesidad de buscar ayuda psicológica, recurriendo así a clínicas públicas y privadas en Santa Ana, frente a esto, se pretende realizar dicha investigación durante el periodo del mes de julio del 2018 al mes de mayo del año 2019, sin duda, dicha indagación aportará valiosamente al desarrollo de las clínicas privadas de atención psicológica en esta localidad.

Sin duda alguna, los profesionales de psicología en el municipio de Santa Ana buscan trabajar conjuntamente con las políticas nacionales de salud mental, las cuales buscan “Proteger la salud mental de la población en El Salvador, para contribuir en el bienestar subjetivo, desarrollo y uso óptimos y de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de sus habitantes” (ISBM, 2013, p. 494).

En cuanto a la psicoterapia cognitiva, sobre la cual se ha expresado que podría contribuir en el desarrollo de los procesos en busca de mejoras de la salud mental, se hace necesario un adecuado conocimiento del perfil del terapeuta dentro de ésta, abordando así

casos de depresión , ansiedad, intentos suicidas, sentimientos de frustración fracaso, entre otras. Una adecuada proyección en la terapia, llevará a las personas a sobrellevar dichas problemáticas.

1.3 Enunciado del problema

De acuerdo a lo planteado anteriormente, se hace el siguiente enunciado de investigación para orientar el presente estudio:

“El rol del psicoterapeuta en el ámbito de la psicoterapia cognitiva, en las clínicas privadas de atención psicológica en la ciudad de Santa Ana durante los meses de julio del 2018 a mayo del año 2019”.

Como consecuencia de este enunciado surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el rol del psicoterapeuta dentro de la psicoterapia cognitiva, en las clínicas privadas de atención psicológica en la ciudad de Santa Ana durante los meses de julio del 2018 a mayo del año 2019?

1.4 Justificación

La psicoterapia es la labor primordial del psicólogo clínico, por lo tanto es necesario que se realice con eficiencia y eficacia. Debido a los diferentes problemas que las personas atraviesan, se hace necesario que los profesionales sean altamente preparados y sepan cómo responder a las diferentes dificultades por los cuales son visitados.

Por otra parte, es importante que en el abordaje terapéutico el psicólogo tenga conocimiento sobre modelos de intervención psicológica que han mostrado ser efectivos en el proceso, como lo es la psicoterapia cognitiva, al tomar en cuenta los principios que sostienen el modelo de intervención, será más factible la solución de algunas problemáticas que pueden ser abordadas desde dicho modelo.

Esto en realidad interfiere en su desarrollo profesional con éxito, pues al no tener conocimientos sobre diversos modelos de intervención, su práctica se verá limitada y por

consiguiente el acercamiento hacia él, por parte de las personas que buscan atención psicológica se verá reducida.

En relación a lo dicho anteriormente, en algunos casos, para que la psicoterapia sea más eficiente se debe enfocar en un modelo específico de intervención, pues no todos los casos ameritan los mismo principios, el modelo de psicoterapia cognitiva hará uso de principios, métodos y técnicas, a fin de “lograr la modificación de los pensamientos y creencias erróneas del individuo” (Guadalupe, 2009, p. 157). Pero si no hay conocimiento del modelo no puede haber aplicación.

Además, cabe aclarar que no basta únicamente con que el terapeuta tenga conocimiento del modelo de intervención, en este caso el modelo cognitivo, sino también que tenga conocimiento de su función dentro de la aplicación de la psicoterapia cognitiva, debido a que su participación es imprescindible, pero si no hay un conocimiento claro existe la posibilidad que no se obtengan los resultados esperados.

Esto tiene implicaciones en la percepción de las concepciones que las personas tienen de los procesos de intervención psicológica, pues aún existen algunas personas que no consultan pensando que únicamente los locos consultan al psicólogo, o que el psicólogo les va a leer la mente, que cualquiera puede dar consejos y desarrollarse como un psicólogo, pero un desarrollo eficaz, traerá como resultado aceptación de los procesos de ayuda por la sociedad.

Entonces, esta investigación es necesaria, debido a que se pretende describir el modelo de psicoterapia cognitiva. Dicho de otra manera, el estudio pretende describir la teoría sobre la cual se respalda el modelo, es decir, principios, métodos y técnicas aplicables desde este modelo.

Esto permitirá identificar el rol del psicólogo dentro de la psicoterapia cognitiva, es decir, cualidades que debe buscar desarrollar el psicólogo al abordar problemática desde la perspectiva de la psicoterapia cognitiva ya que, según Lorente y otros autores “se muestra como una terapia eficiente en el tratamiento de numerosos conflictos capaces de suscitar la insoportable ansiedad” (Lorente, Truffino, & Pozo, 2003, p. 192).

Tomando como punto lo planteado anteriormente respecto a la psicoterapia cognitiva y el rol del terapeuta dentro de esta, el modelo de psicoterapia cognitiva aportará conocimiento que permitirán al profesional ser efectivo al tratar problemas derivados de los esquemas mentales que las personas han construido a lo largo de sus vidas y el terapeuta deberá tener conocimiento de su quehacer dentro de este proceso para que se desarrolle con eficacia.

1.5 Alcances y límites

1.5.1 Alcances

- El presente estudio se realizará teniendo contacto directo con psicólogos que laboran en clínicas privadas de atención psicológica en la ciudad de Santa Ana.
- El estudio permitirá describir la aplicación del modelo de psicoterapia cognitiva
- Se identifican cualidades que debe poseer un psicoterapeuta para desarrollar la psicoterapia cognitiva.
- La investigación ayudará a conocer la utilización de la psicoterapia cognitiva y los casos a los cuales es frecuentemente aplicada.

1.5.2 Límites

- No forman parte de este estudio los psicólogos que laboran en instituciones públicas como MINED, MINSAL.
- Los sujetos de estudio necesariamente son profesionales acreditados por la junta de vigilancia, debido a que las clínicas investigadas no necesariamente deben estar inscriptas.
- El único modelo de intervención psicológica que es descrito es el modelo de psicoterapia cognitiva, desligado del modelo conductual.
- El estudio únicamente se efectúa en el departamento Santa Ana, municipio Santa Ana, no se abarcan otros municipios.
- No se investigará la opinión de los consultantes.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Analizar el rol del terapeuta dentro de la psicoterapia cognitiva en las clínicas privadas de atención psicológica en la ciudad de Santa Ana.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir conocimiento teórico y metodológico del modelo de psicoterapia cognitiva.
- Identificar las cualidades que posee un psicoterapeuta para desarrollar la psicoterapia cognitiva.
- Identificar las problemáticas para las cuales se hace mayor uso del modelo de psicoterapia cognitiva.

1.7 Preguntas de investigación

¿Cuál es la teoría y metodología sobre la cual se sustenta la psicoterapia cognitiva?

¿Cuál es la frecuencia de utilización de la psicoterapia cognitiva por los profesionales en psicología?

¿Cuáles son las cualidades que debe poseer un psicoterapeuta para desarrollar la psicoterapia cognitiva?

¿Cuáles son las problemáticas para las cuales se hace mayor uso del modelo de psicoterapia cognitiva?

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Marco histórico

2.1.1 Historia de los trastornos psicológicos

A lo largo de la historia han surgido preguntas en relación a los trastornos psicológicos, entre ellas ¿cómo es que se dan las desviaciones psicológicas? Ante lo cual se dice que “en muchas culturas perduraban algunas creencias, antiguas místicas relacionadas con el papel de las fuerzas sobrenaturales o mágicas en el origen de la conducta anormal” (Sarason I. G., 2006, p. 40). Sin duda, esto estaba relacionado con el exorcismo o la expulsión de demonios y debían efectuarse por una persona preparada en el ámbito.

Por otra parte, se decía que una conducta anormal era un defecto orgánico, con respecto a ello “la primera evidencia de este punto de vista se encontró en los cráneos de la época prehistórica que muestran evidencias de trepanación, es decir, agujeros astillados en el cráneo” (Sarason I. G., 2006, p. 40). Se creía que eran estos agujeros los que producían perturbaciones e incidían en como el humano piensa, siente y percibe el entorno.

Más adelante, en la antigua Grecia, “la conducta perturbada se interpretó como un castigo consecuencia de las ofensas infringidas a los dioses. Platón desarrolló un punto de vista orgánico. Consideró que la conducta perturbada era producto de los conflictos internos entre a razón y la emoción” (Sarason I. G., 2006, p. 40). Lo cual está más cercano a las ideas que actualmente se sostienen sobre las desviaciones psicológicas.

Sin embargo, durante el renacimiento Sarason (2006) expresa que:

Filósofos como Baruch Spinoza especularon sobre los papeles que jugaban las emociones, ideas y deseos en la vida e hicieron referencia a los mecanismos inconscientes que influyen en la conducta. Además, surgieron nuevas ideas como fisiognomía, el arte de juzgar la personalidad por la apariencia física, y la frenología, las facultades mentales podrían “leerse” a palpar las protuberancias en la cabeza de una persona. (p.40)

La historia demuestra que siempre ha existido un interés marcado en solucionar o dar explicación a los problemas o desviaciones psicológicas, y esto se ha debido a la necesidad que el ser humano esté satisfecho y con las disposiciones psicológicas adecuadas para enfrentarse a la vida. Es así como frente al interés de dar explicación y acompañamiento a los individuos, surge la psicoterapia.

2.1.2 Desarrollo histórico de la psicoterapia

En cuanto a los antecedentes históricos de la psicoterapia se cree que “el surgimiento de la psicoterapia se ubica antes de la psicología como ciencia y de la psicología clínica como campo de aplicación psicológico, específicamente de la mano de otras disciplinas como la religión, la magia, la medicina y la filosofía” (Vargas, 2010, p. 6).

Se puede decir entonces que a lo largo de la historia ha existido el interés de ayudar a las personas a corregir sus problemas derivados de estados mentales y emocionales que afectan negativamente el desarrollo psicológico a fin de ayudar, es como ha surgió la psicoterapia “practicada por médicos, curanderos, chamanes, sacerdotes, etc.” (Sánchez, Jiménez, & Parra, 2014, p.25). Se entiende que desde sus inicios la psicoterapia no fue practicada por profesionales en la salud mental sino por expertos en otros saberes.

Históricamente, la psicoterapia es reconocida como tal en el siglo “XVIII, como un método y estudios iniciales; es en el siglo XX cuando se tiene un cuerpo teórico y donde la historia de la Psicología, identifica el momento de su origen moderno” (Sánchez, Jiménez, & Parra, 2014, p. 6). Se puede decir entonces que anteriormente la psicoterapia había sido practicada empíricamente, pero es a partir de este período cuando inicia a tomar forma teóricamente.

Después de conocer un poco sobre el surgimiento de la psicoterapia, se hace necesario conocer la raíz etimológica de la palabra psicoterapia, León (2003) afirma que etimológicamente la palabra psicoterapia está formada con raíces griegas y significa “tratamiento médico usando el espíritu” sus componentes léxicos son *psyche* (*alma*) y *therapia* (tratamiento médico).

Retomando lo dicho anteriormente sobre *psyche* es igual a alma, desde el contexto de la psicología, alma hace referencia a la parte emocional y mental en la persona, pero no únicamente hace alusión a eso sino también hace referencia a la parte trascendente y esencial que anima la vida, la conducta y la experiencia humana. Uniendo ambos conceptos se dirá que psicoterapia es el tratamiento emocional y mental que contribuye en el desarrollo la conducta apropiada en el individuo (p. 15).

Hasta la actualidad la psicoterapia es de gran ayuda a la psicología debido a que “tiene mucho que aportar, ya que constituye una oportunidad única para realizar una observación naturalista de personas respondiendo emocionalmente y utilizando procesos mentales superiores en la lucha con problemas que tienen para ellos una importancia vital” (Lloret, Fuente, & Loredó, 2014, p. 42).

Se dice que para hacer psicoterapia “no ha existido un método único e idóneo; al contrario existen muchos e importantes modelos de acuerdo a la metodología y marcos teóricos en cada caso o paciente” (Sánchez, Jiménez, & Parra, 2014, p.7). Una manera de clasificar los diferentes modelos de psicoterapias es por los distintos objetivos que buscan cumplirse desde cada uno de ellos. Pero el modelo que en esta investigación nos interesa es la psicoterapia cognitiva, por lo tanto se hace necesaria su descripción.

2.1.3 Orígenes y desarrollo de la psicoterapia cognitiva

Diversidad de estudiosos han tratado de definir y explicar el área psicológica en el hombre; algunas de las ciencias enfocadas en dicho estudio, tiene sus orígenes en la filosofía, y la psicoterapia cognitiva no está lejos de esto, en cuanto a lo dicho algunos estudiosos afirman que “todas aquellas áreas y conceptos que estudia la psicología también tienen sus bases en la filosofía como es el caso de la cognición, desde el punto de vista conceptual y por su funcionamiento en el ámbito de lo psicoterapéutico” (Lira & Cruz, 2007, p. 13).

Además, el estudio de los procesos cognitivos desde los inicios ha sido un tema en el cual se ha tenido un marcado interés: “los maestros filósofos estaban preocupados por los problemas psicoemocionales del ser humano y planteaban que estos problemas, que

bloqueaban o impedían el desarrollo normal como seres humanos, se originaban en lo que ahora se llama “cognición”” (Lira & Cruz, 2007, p. 13).

Platón sostenía que el alma tenía tres partes, en cuanto a esto expresaba que: “cada parte tenía una correspondencia con la sabiduría, la fuerza de voluntad y el autocontrol. Enfatizaba que el logro del bien, la belleza y el control de las pasiones estaban dado por el manejo de sus cogniciones o pensamientos” (Díaz, SF, p. 11).

Según Ibáñez (2006), Sócrates sostenía que “todo saber personal, surge internamente, y se crea a través de procesos cognitivos y metacognitivos de autorreflexión sobre el propio modo de pensar y de razonar para llegar a soluciones correctas” (p.298). Ante esto, puede decirse que el estudio del área cognitiva del ser humano era parte de las indagaciones de los antiguos filósofos, los cuales hicieron énfasis en esta área humana, y comprobaron o dejaron la noción que para incidir en la manera como las personas proceden en la vida, se debe tener muy en cuenta el área cognitiva, donde se generan ideas erróneas que afectan el proceder de las personas.

Además, del origen de la psicoterapia cognitiva Naranjo Pereira (2004) afirma que el principal referente histórico mencionado por los terapeutas cognitivos es el estoicismo, agregan que la cita aparece con más frecuencia corresponde a Enchiridion de Epíteto en el siglo I d.C. que dice: no son las cosas mismas la que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas, es decir, las cogniciones que se han construido a los largo de la vida. Siendo los estoicos el principal referente de la psicoterapia cognitiva ellos captaron algunos supuestos que resultan básicos para el desarrollo de la psicoterapia, al enfatizar en el lado subjetivo de la realidad y en el papel del pensamiento en las emociones (p. 22).

Ante tal enunciado se puede decir que efectivamente la psicoterapia cognitiva tiene sus fundamentos con las primicias realizadas por estudiosos de dichas épocas, los cuales a lo largo de la historia fueron aportando para el desarrollo de ésta. En cuanto a los principios aplicados en la actualidad en la psicoterapia cognitiva, Lira & Cruz (2007), citando a Mahoney, afirman que “la psicoterapia cognitiva tiene sus principios fundamentales en la época de los filósofos clásicos; incluso es posible hallar algunos paralelismos entre la práctica antigua y contemporánea de la psicoterapia” (p.112). Es de entender que en la actualidad los

principios de la psicoterapia cognitiva se basa en lo dicho por los filósofos a lo largo de historia.

Además, desde la perspectiva de Camacho (2003), la psicoterapia cognitiva “surgió desde dos sectores, por un lado autores del Psicoanálisis y por otro representantes del conductismo, más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955), el primer teórico cognitivo, presenta un enfoque de la persona y terapia desde un planteo claramente cognitivo” (p. 3).

Lo expresado anteriormente lleva a entender que la psicoterapia cognitiva es un modelo de psicoterapia histórico, y que hay premisas dentro del modelo que están arraigadas en el ámbito de la filosofía en el que se expresaba que toda conducta humana está arraigada en el área cognitiva, es decir para interferir positivamente en el estado psicológico se debe incidir en los pensamientos. En otras palabras, modo de pensar y de razonar lo cual llevará a soluciones correctas.

2.1.4 Terapia de la tercera generación

La psicoterapia cognitiva ha tenido su desarrollo histórico, actualmente la terapia que ha surgido a partir de esta es, según Muthmann (2016), la psicoterapia de aceptación y compromiso (ACT), la cual se concentra en el cambio de la relación de una persona con sus pensamientos y emociones. La ACT no se concentra en un cambio del contenido de los pensamientos y las emociones, sino que toma una postura de aceptación y observación, lo cual ha mostrado ser más efectivo en el manejo de la depresión.

Además, se deja atrás la agenda rígida de control. Al contrario, la orientación de la ACT consiste en el desarrollo de intentos terapéuticos para establecer un equilibrio entre la aceptación y la modificación, los polos dialecticos de la psicoterapia.

Las reglas en la ACT son: controle lo que pueda controlar, acepte lo que no puede controlar, abandone el combate inútil contra vivencias no deseadas pero incontrolables y, en lugar de esto, muestre un comportamiento comprometido basado en valores que aportan sentido y plenitud a la vida (p.3).

2.2 Antecedentes

A lo largo de los últimos años han surgido otros estudios que están relacionados al tema de investigación y que pueden aportar significativamente al objeto de estudio, en este caso fueron consultadas tres investigaciones que están relacionadas al tema investigado.

La primera investigación es sobre el rol del terapeuta realizada por Montecinos (2005), en su investigación expresa que el desempeño de un psicoterapeuta en general, y más específicamente un terapeuta cognitivo, se expresa en una serie de competencias técnicas y personales que son el resultado complejo de una formación clínica que lo capacita para ejercer la psicoterapia y que, al mismo tiempo, lo provee de una identidad como psicoterapéutica.

Además, Montecinos define el concepto de competencia interpersonal como: un conjunto de talentos y destrezas teóricas y/o aplicadas, sobresalientes en un área específica del funcionamiento humano. Involucran al sujeto como una totalidad, es decir, en los niveles de actividad conductual, emocional y cognitivo, y son el resultado de cuatro componentes: conocimiento, habilidad, actitud y autoconcepto. Este concepto es perfectamente aplicable a la noción de competencias necesarias para ser un terapeuta eficaz.

Según Montecinos, el terapeuta profesional, psicólogo o psiquiatra, es un experto en su respectiva disciplina, especializado en una teoría psicológica clínica y en los procedimientos que crean las condiciones para el cambio psicológico. Su competencia consiste en la aplicación de técnicas, tanto operativas como procedurales, intervenciones terapéuticas, herramientas terapéuticas y manejo pertinente de la relación terapéutica a través del encuadre profesional y del proceso terapéutico (p. 138-167).

La segunda investigación consultada es sobre procesos cognitivos en la ansiedad y depresión la cual fue elaborada por Fernández & Avia (1992), al concluir que los individuos normales poseen un autoconcepto positivo tanto en relación a, cómo el sujeto se ve a sí mismo (el denominado “yo real” como en relación a cómo cree que los demás lo ven (el denominado “yo social”). Estos suponen en principio que los autoesquemas de los individuos normales contienen fundamentalmente información positiva sobre la imagen que tienen de sí mismo y sobre el yo que presentan a los demás.

Mientras que los individuos que enfrentan depresión y ansiedad y son intervenidos desde el modelo de psicoterapia cognitiva, poseen un autoconcepto mixto, con autorrepresentaciones tanto positivas como negativas sobre su yo real y sobre su yo social. Esto supondría que los autoesquemas de tales individuos almacenan tanta información positiva como negativa sobre la imagen que tienen de sí mismo y sobre el yo que presentan los demás.

Esto ayuda a tener una idea clara de los procesos de intervención que se deben seguir desde la psicoterapia cognitiva al tratar casos de depresión y ansiedad, deben estar enfocados en intervenir en el autoconcepto no únicamente en la manera como se aprecia a sí mismo, sino también en la manera como se muestran a los demás en sus relaciones sociales.

Por lo demás, dichos investigadores también expresan que: las personas normales presentan un procesamiento más eficiente de la información autorreferente positiva que de la negativa. Este sesgo positivo en la velocidad con que se procesa la información se evidencia tanto respecto a estímulos relacionados con el yo real como a estímulos relacionados con el yo social. Los individuos con niveles subclínicos de depresión o de ansiedad procesan la información autorreferente positiva y negativa con la misma eficiencia.

En este caso, al tratar personas que enfrentan episodios de depresión y ansiedad se debe ayudar a que ellos hagan un mejor procesamiento de las situaciones positivas más que de las negativas y no únicamente en los estímulos personales sino también en los estímulos sociales para un bienestar y solución del estado emocional (p.177-184).

La tercera investigación consultada es sobre la relación terapeuta - paciente desde el modelo cognitivo, ante lo cual, el investigador Yáñez Montecinos (2005) expresa: es importante hacer referencia en la compleja situación que supone el acto concreto de la psicoterapia, desde la perspectiva del terapeuta, el paciente y la relación terapéutica, en el entendido que este el último, es un encuentro profesional y técnico entre un sujeto que padece y un profesional experto en catalizar los cambios necesarios para reordenamiento.

Este encuentro se da entre idiosincrasias diferente que, en una complementariedad de intenciones, generan un emergente resultado de interacción, en el cual, el paciente es incluido en construcciones de esas condiciones de cambio, cuyos referentes son su propia

historia, sus contenidos y su subjetividad. El terapeuta sólo dispone de las competencias personales y técnicas para favorecer esta condición. Visto de esa manera, el terapeuta cognitivo es un experto en relaciones interpersonales para la construcción de la alianza terapéutica al mismo tiempo que, el paciente es un experto en sus propias condiciones vitales.

Además, el emergente y la alianza terapéutica se expresan en un contexto interpersonal regulado por el encuadre psicoterapéutico, cuyos principios son la neutralidad y la abstención, aspectos que definen las reglas que regulan esta interacción. Es decir, el paciente mantiene su idiosincrasia y el terapeuta mantiene una postura neutral en su intervención profesional (p. 162-175).

2.3. Marco conceptual

2.3.1 Definición de psicoterapia cognitiva

En el estudio acertado de la psicoterapia cognitiva se hace necesario entender qué es psicoterapia, en cuanto a ello, Feldman describe lo siguiente: “un tratamiento con el que un profesional capacitado (un terapeuta) emplea técnicas psicológicas para ayudar a la persona a superar sus dificultades y trastornos psicológicos, resolver problemas cotidianos o generar un crecimiento personal” (2010, p. 486). Ante lo cual se entiende que la psicoterapia es la intervención en una persona con problemas psicológicos, que se ve en la necesidad de buscar la ayuda de un profesional en psicología, el cual tiene las habilidades y los estudios pertinentes y sabe emplear procesos que aportarán a la mejoría de la problemática que se presenta.

Para tener una comprensión más amplia en cuanto a la psicoterapia, debido a que es el tema de importancia en la investigación, se conoce el aporte de Bousño (2015), quien afirma:

El término psicoterapia, se refiere a intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de ningún medio

bioquímico o biológico. Muchas técnicas y acercamientos, derivados de diversos fundamentos teóricos se han mostrado eficaces en el tratamiento de diversos trastornos mentales y de comportamiento (p.1).

Después de abordar el tema de la psicoterapia y comprender su aplicación y desarrollo, se logra entender a qué se refiere cuando se habla específicamente de psicoterapia cognitiva, se inicia diciendo que “se apoya en la prescripción, no de comportamiento sino de actividades mentales destinadas a compensarlos (estados depresivos, pensamiento obsesivos, etc.)” (Doron & Parot, 2008, p.112). Entonces se concluye que la psicoterapia cognitiva como bien lo dice la palabra “cognitiva” se encarga de intervenir en los pensamientos, específicamente en ideas que la persona ha construido a lo largo de su vida y que no siempre son correctas ni reales.

En la labor de psicoterapia cognitiva tiene un enfoque principal como es expresado por Riso: “La aplicación de la Terapia cognitiva (TC) al caso individual se basa en la conceptualización clínica cognoscitiva (CCC) del o los trastornos en cuestión, cuyo fundamentación teórica provienen de la psicología cognitiva y del paradigma del procesamiento de la información” (2006, p.29).

Entre las características principales del modelo de psicoterapia cognitiva que le hacen diferente de otros modelos de psicoterapia, Pereira (2004) afirma que “su enfoque se sustenta en la creencia de que la persona puede sustituir conscientemente sus pensamientos irracionales por otros más racionales” (p. 84). Ante lo anterior es importante comprender a qué se refiere cuando se dice pensamiento irracionales, este término es definido como: “cogniciones evaluativas personales, absolutistas, expresadas como obligación, y asociadas a emociones inadecuadas como ansiedad, depresión... que interfieren con la consecución de metas” (Bruned, 2010, p. 36).

Entonces el principal enfoque de la psicoterapia cognitiva es intervenir especialmente en las ideas irracionales, aquellas alejadas de la realidad que inciden en el desarrollo de problemáticas en la persona.

La psicoterapia cognitiva tiene características que le hacen diferente a otros modelos de intervención pues “parte de la idea de un cambio en la forma de pensar” (Barbarán, 2012,

p. 12). Es decir, dirige a la persona a una nueva manera de pensar, cambiando las estructuras cognitivas que en este caso son irracionales por ideas racionales que le proporcionarán una nueva perspectiva de su situación, logrando así enfrentar la problemática que le aqueja.

La psicoterapia cognitiva se sustenta en el enfoque orientado a “que el paciente aprendiese a resolver problemas y situaciones que anteriormente consideraba insuperables mediante la evaluación y modificación de sus pensamientos” (Moreno, 2008, p.318). El énfasis principal es incidir en la manera de pensar en cuanto a la problemática que está presentando y de esta manera llevar a la persona intervenida a otros niveles de pensamiento, de una manera más apegada a la realidad.

Además, según otros estudiosos, “se enfoca en cambiar los procesos de conocimiento que llevan a una conducta desadaptada al reestructurar el pensamiento para que los pensamientos desadaptados sean reemplazados por otros que permitan un afrontamiento más eficaz” (Sarason & Sarason, 2006, p. 65). Ante esto, se entiende que lo que se pretende por medio de este modelo de psicoterapia es que la persona afronte de manera eficiente sus problemas, al reestructurar los esquemas cognitivos, el terapeuta ayuda al paciente a descubrir nuevas maneras de pensar, maneras más adecuadas y útiles de percibir la realidad en la que se encuentra.

2.3.2 Máximos exponentes de la psicoterapia cognitiva

Para tener una mejor comprensión sobre este modelo de intervención, se hace necesario conocer aquellos exponentes que iniciaron con la aplicación de la psicoterapia cognitiva, por un lado se considera a “Kelly el primero en presentar una teoría de personalidad con enfoque clínico y de terapia cognitiva. El cambio psicológico resulta de la adopción de una construcción alternativa de significados que ofrece un nuevo sentido de sí mismo y del mundo” (Pereira, 2004, p. 83).

Pero quienes desarrollaron especialmente la psicoterapia y a quienes se les considera como los máximos exponentes, quienes se enfocaron exclusivamente en el progreso de este modelo de psicoterapia, de ellos se dice “los fundadores modernos de esta psicoterapia son

los psicólogos Albert Ellis Y Aron Beck.² Ambos se formaron en el psicoanálisis, aunque posteriormente los dos psicólogos abandonaron esta escuela” (Bosch, 2006, p. 334). El motivo por el cual abandonan esta escuela se debe a que el psicoanálisis no satisfacía sus expectativas en cuanto a procesos de tratamiento, ya que estos “carecían de eficacia y evidencia empírica” (Pereira, 2004, p. 83).

El psicólogo Albert Ellis fue “el fundador de la terapia racional, Albert Ellis practicó la terapia psicoanalítica. Así, Ellis desarrolló un nuevo enfoque, la terapia racional (también llamada terapia racional emotiva), en la que trataba a los clientes desafiando y cambiando sus creencias emocionales” (Zastrow, 2008, p.506). Uno de los máximos aportes que él ha hecho es el desarrollo de la terapia cognitiva o también conocida como la TRE³.

A la terapia racional emotiva se le considera la pionera en las terapias cognitivas, y se enfoca en tratar “problemas que se presentan en la vida de las personas, en respuesta a ellos, tienen una serie de pensamientos (autoverbalizaciones implícitas). Éstas conducen luego a una serie de emociones (como enojo, disgustos) y conductas (como, actos vengativos, intentos de suicidio)” (Kazdin, 2002, p. 304).

En cuanto a los exponentes, Ruiz (2004) afirma:

Ellis, formado inicialmente como psicoanalista se propuso encontrar metodología de trabajo que pudiera cortar los tiempos de tratamiento. Identificó entre las causas de patología de sus pacientes “patrones distorsionados de pensamientos específicos. Entre sus aportes se destacan la distinción entre creencias racionales y creencias irracionales. Planteó el esquema metodológico método A-B-C-D-E inspirado en el filósofo Epíteto quien consideraba que los hombres no se perturban por las cosas en sí, sino por la visión que tenían de ellas. En este esquema B, ocupa el lugar de las creencias, de modo que los estímulos A y las Respuestas C están mediadas por las creencias B. Su propuesta TR (Terapia Racional). TRE (Terapia Racional Emotiva), y TREC (Terapia Racional emotiva Conductual) persigue la consecución y conservó el modelo de la causa lineal (p.7).

² Nota: Albert Ellis Y Aron Beck, son los referentes teóricos en el proceso de investigación, debido que ambos desarrollan modelos de Psicoterapia Cognitiva.

³ Nota: La TRE según Gerrig y Zimbardo es un sistema detallado de cambio de la personalidad, basada en la transformación de creencias irracionales que causan reacciones emocionales indeseables y muy intensas, como la ansiedad grave. Esta terapia enseña a los clientes a reconocer los “debería” y “tener que” que controlan sus actos y que evitan que elijan la vida que desean. Intenta penetrar la mente cerrada del cliente al demostrar que una reacción emocional que aparece después de un evento, en realidad es el efecto de creencias desconocidas acerca del evento (Gerrig y Zimbardo, 2005, p. 526).

Aparte de Albert Ellis, también se considera a Aron Beck como otro fundador de la psicoterapia cognitiva, él propuso un “modelo cognitivo de la depresión, el cual surgió de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. Se postulan tres conceptualizaciones para explicar el sustrato psicológico de la depresión: Tríada cognitiva, Esquemas y Errores en el procesamiento de información” (Baringoltz, 2004, p. 02).

El fundamento en la psicoterapia cognitiva el propio Beck decía que es: “un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado basado en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados por el modelo en que tiene dicho individuo de estructurar su mundo” (Moreno, 2008, p. 318).

Como ya se expresó, Aron Beck proveniente del psicoanálisis, “desarrolló un modelo cognitivo de la depresión que consideraba que ésta era efecto de la ira y la hostilidad dirigidas hacia sí. El paciente organiza una triada cognitiva que incluía visiones negativas acerca de sí, del mundo y del futuro” (Ruiz, 2004, p. 7).

Se puede decir entonces que ambos hicieron énfasis en el área cognitiva, y consideran que para intervenir en las problemáticas que las personas presentan es necesario incidir en las ideas que presentan sobre las problemáticas, ambos desarrollaron modelos sustentados en los fundamentos de la psicoterapia cognitiva. Son esos fundamentos los que en la actualidad siguen sosteniendo el modelo de intervención como lo es la psicoterapia cognitiva.

2.3.3 Problemáticas comunes abordadas desde la psicoterapia cognitiva

La psicoterapia cognitiva explica ciertas problemáticas psicológicas haciendo énfasis en las ideas irracionales o que han sido distorsionadas a lo largo de la vida, Leahy citado por Riso (2006), afirma que “el modelo de terapia cognitiva está basado en la idea que los estados disfuncionales como la depresión, la ansiedad y la ira son frecuentemente mantenidos o exacerbados por pensamientos distorsionados” (p.25), desde esta teoría, existen ciertas problemáticas como las ya mencionadas que pueden ser intervenidas desde el enfoque de psicoterapia cognitiva y que son descritas a continuación.

- **La depresión desde la psicoterapia cognitiva**

La psicoterapia cognitiva surgió en el campo de los problemas afectivos, según Martín (2003), en particular como tratamiento para la depresión unipolar sin síntomas psicóticos. El modelo se basa en tres conceptos centrales que son esquemas, la tríada cognitiva y las distorsiones cognitivas. En esta ocasión se describirán las dos últimas debido a que son las que más relación tienen con la depresión.

La tríada cognitiva: El paciente depresivo tiene una alteración en los patrones cognitivos que lo conducen a tener una:

Visión negativa de sí mismo: se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente, piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.

Visión negativa de sus experiencias: considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tienden a sentirse que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problema constantemente.

Visión negativa del futuro: tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, le cuesta mucho proyectarse como un sentido realista u optimista. En los pacientes depresivos el síntoma principal es la desesperanza por eso el futuro tan sombrío.

Distorsiones cognitivas:

Durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias, se han descrito varias distorsiones o errores cognitivos en los pacientes depresivos, aunque también pueden encontrarse otras patologías y en personas sin trastornos psicológicos.

| | |
|-----------------------|---|
| Inferencia arbitraria | Es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor. |
| Maximización | Consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades. |
| Minimización | Se da cuando se subestima o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades. |

| | |
|-------------------------|---|
| Abstracción selectiva | Consiste en centrarse en un aspecto, atributos o detalles sacándolo del contexto. |
| Generalización excesiva | Se da cuando partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan. |
| Personalización | Es la tendencia a auto-atribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. |
| Pensamiento dicotómico | También llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. |

(Martín, 2003, p.9)

Resumiendo, la depresión surge por las alteraciones que se dan a nivel cognitivo en las que se ve afectado la imagen que el sujeto tiene sobre sí mismo, las experiencias vividas y el futuro que está por venir. Es decir, el estado depresivo está ligado según la psicoterapia cognitiva a conclusiones arbitrarias, distorsiones o errores en el área cognitiva, por lo tanto la intervención va orientada a ello, a modificar los esquemas mentales debido a que es ahí donde se origina la depresión.

- **La ansiedad desde la psicoterapia cognitiva**

La ansiedad es otra problemática que es abordada desde la perspectiva de la psicoterapia cognitiva, debido a que normalmente esta surge por ideas distorsionadas o el mal manejo de las situaciones. Se dice que la ansiedad es un estado que está afectando actualmente a la sociedad debido a la delincuencia, desempleo, pobreza, inseguridad que tienden a generar preocupación en las personas. Teóricos expresan que: “en la mayoría de casos la ansiedad se desarrolla en el contexto de presiones, demandas y estreses fluctuantes de la vida cotidiana” (Beck & Clark, 2010, p. 4).

Podemos entender por ansiedad a aquella “emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad respecto a sucesos potencialmente aversivos y con cambios rápidos en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Beck & Clark, 2010, p. 4).

2.3.4 Funciones de un psicoterapéutico cognitivo

En el proceso terapéutico la participación del terapeuta es necesaria, ya que éste se convierte en facilitador, es decir, es el que dirige el proceso mientras se desarrollan nuevas maneras de percibir la realidad e ideas que aportarán a la resolución de la problemática, autores lo dicen de la manera siguiente: “el terapeuta cognitivo está interesado en formar habilidades de pensamiento de la persona sobre sí misma, el mundo y el futuro (la triada cognitiva)” (Crepeau, Willard, Spackman, Cohn, & Schell, 2005, p. 260).

El terapeuta es entonces el promotor de las conductas deseables por parte del solicitante, la función vital en este proceso, según Riso “es ayudar a los pacientes a reconocer sus estilos idiosincrásicos de pensamiento y modificarlos mediante la aplicación de la evidencia y la lógica” (2006, p. 26). El terapeuta aplica estrategias que permiten al paciente ver como estos pensamientos afectan su salud mental, dicho de otro modo, ayuda al paciente a evaluar su manera de pensar y como esta incide en su salud mental.

También, el terapeuta es el encargado de hacer que el paciente exprese sus pensamientos mediante el diálogo o técnicas que propicien la libertad de expresión, sin sentirse juzgado, sino mediante el diálogo abierto y de esta manera proceder a incidir en la problemática; estudiosos lo expresan de la siguiente manera: “el terapeuta cognitivo usa un proceso de descubrimiento para ayudar a las personas a revelar las ideas irracionales que producen angustia o patrones maladaptativos de comportamiento” (Willard & Spackman, 2005, p. 261). El papel fundamental del terapeuta es descubrir aquellas ideas centrales que están desencadenando la situación y llevar al paciente a darse cuenta por sí mismo sobre la situación.

Agregando a esto, Feldman afirma: “los terapeutas les enseñan sistemáticamente a los clientes a cuestionar sus premisas y adoptar nuevos métodos para abordar viejos problemas (2010, p. 494)”. El cuestionamiento permite al paciente evaluar ideas conscientes o inconscientes que están incidiendo de manera directa en su salud psicológica, dicho cuestionamiento persigue llevar al paciente a adoptar nuevas maneras de pensar, incidiendo directamente en la estructura mental.

Además, al iniciar el proceso de intervención el terapeuta debe brindar los conocimientos pertinentes en cuanto al modelo que será útil para tratar la situación, Feldman dice: “los terapeutas a menudo empiezan por enseñar la teoría que hay detrás del modelo y luego asumen un papel activo durante el curso de la terapia, actuando en una combinación de papeles como los de maestro, entrenador y compañero” (2010, p. 494). Debido a esto, es necesario que el terapeuta tenga dominio del modelo para que la intervención sea adecuada.

Existen ciertos objetivos que han de cumplirse al hacer uso del modelo, estos serán logrados durante todas las sesiones, en palabras de Millán & Serrano: “la tarea del terapeuta consiste en hacer ver al cliente, a través de sucesivas entrevistas, lo irracional de sus pensamientos y ayudarle a pensar en términos más racionales y adaptativos” (2002, p. 148). Cabe aclarar que durante el proceso la asignación de tareas es de vital importancia, junto con el compromiso del paciente durante la fase de ayuda.

2.3.4.1 Tres características básicas del terapeuta cognitivo

Hirsch (2012), citando a Beck, expresa que un terapeuta debe tener las siguientes características:

- **Aceptación:** el terapeuta debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida.
- **Autenticidad:** el terapeuta debe ser genuino, sincero y auténtico, la falta de honestidad por parte de él dificultará el establecimiento de un buen vínculo terapéutico. Si el terapeuta va a decir algo agradable sólo para hacer sentir bien al paciente, pero sin creerlo y sentirlo verdaderamente, será preferible no decirlo, la franqueza y la autenticidad deben ser valores fundamentales del terapeuta.
- **Empatía:** con este término se hace referencia a la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro, si bien esto puede ser difícil en muchos casos, se trata de ser receptivo con el sufrimiento del otro, tampoco es algo mimético que hace que uno esté en el lugar del otro realmente, sino simplemente que pueda resonar internamente comprender y acompañar el padecimiento al paciente (p.79).

2.3.5 Estrategias de intervención en la psicoterapia cognitiva

El modelo de intervención cognitiva se enfoca en modificar los pensamientos en el paciente, respecto a lo dicho estudiosos expresan “que aunque los modelos de tratamiento cognitivo adquieren muchas formas, todos comparten la premisa de que ansiedad, la depresión, y las emociones negativas se desarrollan a partir de pensamientos inadaptados” (Feldman, 2010, p. 494). De tal manera que las estrategias aplicadas en el proceso de intervención irán orientada al logro de eso.

Además, respecto a los tratamientos se dice que “buscan modificar los patrones de pensamiento que “atrapan” a la persona en formas de pensamiento disfuncionales” (Feldman, 2010, p. 494). Vale decir entonces que no todos los pensamientos que una persona posee son funcionales, y que muchos de ellos inciden de manera negativa en su resolución y enfrentamiento de problemas.

Durante todo el proceso se debe llevar a la persona a identificar cada uno de los componentes que están afectando y hacer la relación entre ellos, ante esto “las estrategias usadas por el sujeto para resolver problemas cognitivos; llevan los correlatos, variables fisiológicas y operaciones cognitivas; y se hace la relación entre procesos cognitivos y diferencias individuales que constituyen el estilo cognitivo de un sujeto” (Mikulic, 2000, p. 29).

Por otra parte, el proceso de tratamiento tiene un objetivo específico, pero también “el tratamiento consiste en la discusión de los pensamientos irracionales del sujeto para lograr efectos positivos en el dominio cognitivo (creencias), emocional (sentimientos) o conductual (conductas adecuadas), Ellis y Whiteley (1979)” (Mikulic, 2000, p. 26).

Entonces la estrategia principal según el modelo cognitivo radica en la reestructuración cognitiva, para lo cual se utilizan técnicas como: “enfrentamiento cognitivo están enfocados en ayudar a los pacientes a reconocer sus patrones negativos automáticos en reacción a detonantes situaciones” (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006, p. 258). Es decir, durante todo el proceso se implementan técnicas que aporten al descubrimiento de aquellos pensamientos que necesitan ser reestructurados

En un apartado anterior, se presentó la postura de Ellis en la que se habló del esquema que se le atribuye a él, llamado el A B C D E, se aclara que en las dos últimas letras “D, E” hacen referencia al proceso de tratamiento y que estas son usadas como estrategias en la psicoterapia cognitiva, estas consisten en que durante el proceso de intervención se debe desmontar los pensamientos irracionales a la persona y hacerles conscientes de ello. De esta manera enseñarles a manifestar conductas y emociones más apropiadas, por supuesto estas aparecerán después que la persona asimiló los pensamientos irracionales y como estos están afectando en su estado.

También, desde el enfoque de Aron Beck “se entrenan a los pacientes para que evalúen y cambien su pensamiento a un estilo más inductivo y socrático que el enfoque más didáctico empleado en la mayoría de los estudios” (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006, p. 258). En todo esto se fundamenta la psicoterapia cognitiva, el terapeuta a lo largo del proceso dirige a la persona para que identifique los pensamientos, sentimientos e identifique que le producen y cuál es su reacción frente a ellos.

Específicamente entre algunas estrategias utilizadas en este modelo están: “Exposición, relajación, detención de pensamientos, distracción, inoculación de estrés, resolución de problemas, reestructuración cognitiva” (Coloma, 2011, p. 23), las cuales logran que las personas piensen de manera más realista y solucionen así la problemática.

2.3.6 Evaluación y diagnóstico en psicoterapia cognitiva

Desde el modelo de psicoterapia cognitiva, en el proceso de evaluación y diagnóstico no se pueden ignorar, según Rocas (2003), “factores predisposicionales, factores de desencadenantes, síntomas, síntomas afectivos, síntomas motivacionales, síntomas fisiológicos- vegetativos, síntomas conductuales, síntomas cognitivos” (p. 4). Debido a que éstos son los que darán explicación, ayudarán a entender la problemática por la cual se ha buscado ayuda y deben ser los componentes que ayudarán a construir un diagnóstico acertado; no se debe pasar por alto factores como la edad, estado civil, nivel académico, el ciclo de vida en el que se sitúa el sujeto, contexto social, familiar, entre otros factores que a lo largo del proceso irán siendo observados.

En el proceso de evaluación y diagnóstico se hace necesario utilizar instrumentos de evaluación, entre estos la entrevista semiestructurada, en ésta “el terapeuta entrevistador tiene una actitud abierta, de escucha y con el interés de entender los argumentos y criterios del paciente entrevistado” (Giraldo, 2012, p. 8). De igual manera otros instrumentos que permiten obtener información que es de vital importancia para conocer la problemática, es la observación, por medio de ésta se logran percibir el lenguaje no verbal y también ayuda a interpretar aquellos factores que forman parte del problema, pero que la persona no los ha identificado.

En el proceso de evaluación y diagnóstico hay ciertos indicadores a tener en cuenta, expertos como Beutle & Clarkin, citando a Fernández & Opazo (2004), expresan que el proceso de evaluación se divide en siete fases secuenciales, aunque las primeras dos son las únicas que hace referencia al proceso de evaluación, las siguientes al proceso de tratamiento, lo dicho es lo siguiente:

1. Evaluación del paciente, su contexto culturas, diagnóstico, metas del tratamiento, estrategias de afrontamiento, entorno (estresores y recursos ambientales).
2. Evaluación de los posibles contextos, modalidades y formatos de tratamiento, así como de la frecuencia y duración de éste.
3. Evaluación de la compatibilidad y encaje entre terapeuta y paciente.
4. Método de inducción de rol para fomentar y mantener la alianza terapéutica.
5. Selección de metas focales de cambio (tratamiento orientado al conflicto al síntoma).
6. Selección del nivel de intervención y de las metas terapéuticas a medio plazo.
7. Conducción de la terapia (p. 44).

En el proceso de evaluación y diagnóstico desde un enfoque cognitivo, se dice que hay que hacer énfasis en “factores de predisposición del problema, factores precipitantes, factores de mantenimiento” (Coloma, 2011, p. 22). Estos datos pueden ser obtenidos mediante entrevistas dirigidas a la persona, con el fin de descubrir lo que ha sido abordado anteriormente como las ideas irracionales, experiencias previas que inciden de manera general en como la persona interpreta la situación y su reacción frente a esto.

Para profundizar en este proceso de evaluación con enfoque cognitivo se toma al teórico Aron Beck, debido a que él diseñó instrumentos que ayudan a diagnosticar las problemáticas y que han sido abordadas desde perspectiva cognitiva. Según López, Beck

hace una propuesta que es conocida como “el inventario de depresión de Beck” (2006, p. 76), se diseñó inicialmente para conocer los componentes cognitivos de la depresión.

Además, López (2006), citando a Beck en cuanto al cuestionario, afirma que:

Está formado por 21 ítems y cada uno de ellos consta de cuatro alternativas de respuesta. Evalúa las siguientes áreas: estados de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpa y castigo, descontento con uno mismo, autoacusaciones, ideas suicidas, tendencias de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, inhibición en el trabajo, trastornos de sueño, del apetito sexual y del deseo sexual, así como preocupación somática. Este cuestionario permite identificar la ausencia y la presencia de depresión y en este último caso, también permite graduar la importancia de la misma en diferentes niveles (leve, moderado y severo) (p. 76).

Por otra parte, Beck también propuso otro cuestionario para diagnosticar ansiedad, el cual es conocido por escritores como:

Nisembaum (2005), quien afirma que el inventario de Ansiedad de Beck, denominado como BAI ofrece un listado de 21 síntomas de ansiedad en una escala tipo Likert donde hay cuatro opciones de respuestas en relación con el síntoma: 1) está presente de manera severa, 2) está presente moderadamente, 3) se presenta más o menos y 4) se le observa poco o nada. Los síntomas que se listan en el BAI incluyen hormigueo, bochornos, debilitamiento, miedo, mareo, presión en el pecho, inseguridad, terror, nerviosismo, temblores, sensación de ahogo y sudoración (p. 53).

El proceso adecuado de la evaluación en el que se ha recabado información por medio de instrumentos como entrevistas, observaciones, la aplicación de alguna escala propuesta por Beck, todo estos datos permiten al terapeuta hacer un diagnóstico adecuado identificando los indicadores que cumplen con los cuadros establecidos por los manuales DSM IV y CIE 10, para así establecer un diagnóstico nosológico.

El proceso de evaluación y diagnóstico es una fase sumamente importante en el proceso de intervención, debido a que un diagnóstico certero permite al terapeuta identificar la problemática que verdaderamente está afectando a la persona, y de esta manera descubrir aquellos pensamientos, sentimientos y conductas que se han originado en él para brindar un tratamiento pertinente a la situación.

2.3.7 Técnicas de intervención cognitivas

Por supuesto desde el abordaje de la terapia cognitiva existen ciertos principios aplicados en el proceso de ayuda que le hacen diferente de otros modelos, ejemplo del modelo conductual, estos principios implícitos en las diferentes técnicas o estrategias que se aplican en el proceso de ayuda. Para profundizar en la psicoterapia cognitiva se hace necesario describir algunas técnicas utilizadas.

- **La autogestión**

González (2004): la autogestión es una técnica apropiada para alumnos inestables, impresionables, con bajo control emocional o faltos de fuerza de voluntad. Consiste en que el sujeto repite varias veces al día frases que le proporcionan confianza y seguridad en orden a su actuación deseada. Esta reiteración llega a sugestionarle, llevándole al convencimiento de que es capaz de lograr lo que se propone realizar, y además lo hará bien, modificando así su manera de pensar (p.10).

- **Ensayo cognitivo**

Según Sarason (2006), en esta técnica el sujeto verbaliza la conducta que desea realizar, posteriormente la verbaliza al tiempo que la ejecuta. Cuando este último proceso lo realiza correctamente recibe la aprobación del terapeuta a modo de refuerzo.

Otra forma de actuar en los procesos cognitivos consiste en la solución de problemas, técnica mediante la cual se hace que el sujeto piense y exprese en voz alta cómo debe conducirse ante una situación determinada, así como las consecuencias beneficiosas que se derivan de ello.

La terapia cognitiva ofrece buenas posibilidades en el campo educativo, especialmente en niveles iniciales y medios, ya que constituyen un medio para sistematizar los procesos de actuación de la persona (p.676).

- **Desensibilización sistemática**

Leitenberg (1982) expresa que la técnica se enfoca en que si se logra que una respuesta antagónica a la de angustia se produzca junto a estímulos que provocan ansiedad, disminuirá la relación entre estos estímulos y su reacción de angustia. La intensidad de la respuesta de angustia a dicho estímulo va haciéndose cada vez menos, hasta llegar a

desaparecer por completo. El proceso de la desensibilización sistemática tiene los siguientes pasos:

- Detención de la clase de temor o angustia, e intensidad que provoca.
- Categorías a desensibilizar y su jerarquización
- Determinación del plan de tratamiento a seguir
- Entrenamiento en la relajación profunda
- Sesiones de tratamiento (p. 184).

- **La inundación emocional**

Según Solana (2002), esta es denominada también terapia implosiva-expresiva, se basa esta técnica en la respuesta emotiva que el organismo puede dar a un estímulo neutro cuando se asocia a este último un estímulo aversivo. En ella se expone a la persona a los estímulos que le provocan un elevado grado de angustia. Ante esta emoción, el alumno expresa verbalmente el sentimiento angustioso que le produce, de lo cual se sigue una disminución de la intensidad del mismo (p.6).

- **Detención de pensamientos automáticos**

Según Martínez (2010), los pensamientos automáticos son pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o cursos, identifican aquellos pensamientos que se relacionan con el flujo de la conciencia, tienen tres elementos:

- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad de los pensamientos.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente (p. 158).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

En esta investigación se hizo uso de la investigación cualitativa, la cual “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Collado, & Lucio, 2010, p. 8). De este tipo de investigación Strauss & Corbin (2002) mencionan que:

Tiene como propósito construir teoría, debido a que brinda la oportunidad de explorar un fenómeno con profundidad. Además, parte de la presuposición que todos los conceptos que pertenecen a un fenómeno no han sido identificados, no en tal población o lugar (p. 42).

Específicamente el tipo de investigación es cualitativa fenomenológica la cual, según Álvarez & Jurgenson (2003), se centra en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectiva grupales o interaccionales. Es decir en esta investigación se abordan los sujetos individualmente. Se considera que cada uno de ellos está vinculado con su mundo y pone énfasis en su experiencia vivida, la cual se desarrolla en el contexto de las relaciones con objetos, personas, sucesos y situaciones.

Algunas características descritas por Álvarez & Jurgenson y que cumple esta investigación son:

- Busca la esencia, la estructura invariable del significado de la experiencia.
- Realiza el análisis fenomenológico de los datos mediante una metodología reductiva, con auxilio del análisis de discursos y de temas específicos, y con la búsqueda de significados posibles.
- Comprende las perspectivas filosóficas detrás de la teoría, especialmente el concepto de estudiar como una persona experimenta un fenómeno.
- Elaboran preguntas de investigación tendientes a explorar el significado que las personas confieren a la experiencia, y solicitan que se les describan las experiencias vividas cotidianamente.
- Obtienen información de quienes han experimentado el fenómeno que estudian, generalmente por medio de la entrevista.

- El análisis de los datos consiste en un proceso de lectura, reflexión, escritura y reescritura, lo que permite al investigador transformar la experiencia vivida en una experiencia textual.
- Cinco pasos aplicados: obtener los datos verbales; leer estos datos; agruparlos; organizarlos y expresarlos desde una perspectiva disciplinaria; sintetizar y resumir los datos para presentarlos ante un auditorio específico
- El estudio fenomenológico termina con una mejor comprensión del investigador y del lector sobre la esencia y la estructura invariable de la experiencia, reconociendo que existe un significado unificador (2002, p.85-88).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

En cuanto a la población, entendida como el “conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas específicas” (Fernández, Cordero, & Córdoba, 2002, p. 176). Se puede decir que en este caso, la población fueron todos los psicólogos de las clínicas de atención psicológica privadas en el municipio de Santa Ana.

3.2.2 Muestra

Con respecto a la muestra se dice que “en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia” (Fernández, Cordero, & Córdoba, 2002, p. 394). Debido a que según el informe proporcionado por CSSP⁴ en la ciudad de Santa Ana no se cuenta con clínicas de atención psicológica privadas legalmente inscritas, se procedió a realizar el estudio con aquellas clínicas que cumplieron ciertas características que indican ser clínicas formales:

Criterios de inclusión

- Profesional legalmente inscrito.
- Tres años como mínimo de brindar atenciones.

⁴ Nota: Consejo Superior de Salud Pública

- Que el profesional posea un consultorio de atención privado.
- Que el consultorio esté en las condiciones apropiadas en cuanto a infraestructura.
- Que el número de personas atendidas mensualmente sean de ocho a diez personas.

Como resultado de lo antes planteado se eligieron como muestras cinco clínicas de atención psicológica privadas en la ciudad de Santa Ana.

3.3 Métodos y técnica de recolección de datos

Según Hernández (2010), un instrumento de medición es el “recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente” (p. 200). Para realizar la recolección de información es necesario un instrumento de medición adecuado, con ello se refiere a que registra datos observables que se relacionen con los conceptos que el investigador tiene en mente; estos instrumentos deben reunir ciertas características esenciales: confiabilidad, validez y objetividad.

El instrumento que se utilizó en esta investigación es la guía de entrevista, debido a que es el medio utilizado en la investigación fenomenológica, de ésta se dice que es un medio mediante el cual se “citan literales las palabras de la persona o grupo de personas participantes en la interacción conversacional, sobre sus experiencias, opiniones o conocimientos específicos sobre un tema particular” (Palacios, 2014, p. 134).

Existen diferentes modelos de entrevista pero en esta investigación se hizo uso de la entrevista semiestructurada “este tipo de entrevista suele ser más recomendada en general, debido a su menor rigidez, en esta modalidad se trata de que el entrevistador lleve preparada la entrevista más bien por grandes temas (guía de entrevista)” (Díez, 2007, p. 498). En todo caso, la importancia de la investigación fenomenológica es conocer la experiencia del entrevistado acerca del fenómeno de estudio, y se considera que la entrevista semiestructurada brinda esta oportunidad.

Además, la entrevista semiestructurada es una “entrevista con relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma para las diferentes personas” (Bernal, 2010, p. 256), lo cual brinda la oportunidad de interactuar abiertamente con el entrevistado.

En relación con la entrevista en la investigación cualitativa, Álvarez & Jurgenson (2003) expresan que “en la investigación cualitativa, busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de su experiencia” (p.130), lo cual fue posible mediante el modelo de entrevista seleccionado.

En cuanto a la descripción específica del instrumento de recolección de datos que se utilizó en esta investigación, estaba compuesta por tres áreas. Las cuales son descritas a continuación:

Área 1. Conocimiento del modelo, este apartado está compuesto por seis preguntas que giran en torno al conocimiento que el psicoterapeuta posee del modelo de psicoterapia cognitiva.

Área 2. Efectividad y frecuencia del uso de la terapia, a fin de conocer la opinión del psicoterapeuta respecto a que tan efectivo es el modelo en la práctica clínica y conocer la frecuencia con la cual hace uso de éste, han sido elaboradas seis preguntas en relación a ello.

Área 3. Rol del psicoterapeuta, este es el último apartado de la guía de entrevista, está compuesto por ocho preguntas que permitirán al investigador conocer un poco sobre una de las variables de dicha investigación, el rol del psicoterapeuta.

En total el instrumento está compuesto por veinte ítems que giran en torno al tema de investigación “el rol del psicoterapeuta dentro de la psicoterapia cognitiva”.

En cuanto al objetivo del instrumento, fue “Identificar los conocimientos que el profesional posee sobre el modelo de psicoterapia cognitiva, su efectividad, la frecuencia con que lo usa y cuáles son las cualidades que debe poseer el psicoterapeuta para utilizarlo dentro de su práctica profesional”.

3.4 Procedimiento de administración de instrumentos de recolección de datos

El instrumento fue diseñado para ser aplicado de manera individual, en un aproximado de una hora. Cabe aclarar que al entrevistado únicamente se le hizo una visita para aplicar instrumento mediante un dialogo. Además, se da por enterado que los instrumentos fueron aplicados en un tiempo aproximado de quince días.

3.5 Procedimiento de análisis de resultados

La manera en la que se analizaron los datos recolectados en el trabajo de campo fue mediante la categorización, lo cual, según Izacara (2014), es un proceso inductivo de clasificación conceptual de unidades bajo un mismo criterio. Mediante la categorización se simplifica la información, extrayendo lo más importante, sin embargo esta información aún no es manejable, ya que se encuentra demasiada dispersa.

El proceso de categorización implica la construcción de un nexo entre los datos recogidos durante el trabajo de campo y las nociones conceptuales abordadas durante la construcción del marco teórico. (p. 58).

Específicamente en esta investigación se hizo uso del cuadro de categorías o matriz de análisis, a continuación se presenta.

| Nº | Ítem | Respuestas del sujeto entrevistado | | | | |
|------------|------|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| | | Sujeto 1 | Sujeto 2 | Sujeto 3 | Sujeto 4 | Sujeto 4 |
| 1 | | | | | | |
| Categoría: | | | | | | |

Posteriormente se procedió a la redacción del informe de resultados, este proceso permite al investigador transformar la experiencia vivida en una experiencia textual, “la redacción del informe de resultados inicia con el desarrollo de los subtemas a partir de las fichas que integran cada uno de estos apartados” (Palacios, 2014, p. 66). Se redactó con palabras propias del autor, tomando como referencia lo que fue plasmado en el cuadro de categorías, el formato será mediante párrafos.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Referente al análisis de resultados, se hizo uso del cuadro de categorías o matriz de análisis, los cuales debido a su extensión son presentados en el apartado de anexos (ver anexo tres).

4.1 Interpretación de resultados

Respecto al área de conocimiento por parte de los sujetos investigados, se pudo evidenciar que ellos conocen diferentes modelos de intervención, entre ellos el modelo cognitivo, el cognitivo conductual, el gestáltico, psicoanálisis, la terapia sistémica, la interpersonal, la humanista, la logoterapia, la EMDR, Brainspotting, la Pro-neuro filing.

Entre los modelos antes mencionados, existen algunos de los cuales los sujetos de estudio hacen mayor uso, entre ellos fueron mencionados el modelo cognitivo conductual, el gestáltico, el conductista, la logoterapia, el humanista, EMDR, y el cognitivo. Pero es importante aclarar que existen tres modelos específicos que son utilizados por todos los sujetos de investigación los cuales son el cognitivo, el cognitivo conductual y el conductismo.

En relación con la frecuencia con la que los sujetos de investigación hacen uso del modelo, manifestaron que no todos los usan, sino que algunos expresaron que es de muy poco uso o mejor dicho casi nunca lo usan, agregado a esto, algunos de ellos expresaron que la razón es porque el modelo de intervención no es aplicable o efectivo en toda clase de problemáticas. Entonces podría decirse que el uso del modelo es variado de acuerdo a las necesidades de cada consultante.

Entre los principios del modelo cognitivo conocidos por los sujetos de investigación están: cambiar un pensamiento negativo por uno positivo, aceptación de la problemática, que el paciente esté consciente de lo que se le va a trabajar y acepte términos, tener buena comunicación con el paciente, rapport, empatía, trabajar en base a resultados, la persona es libre de tomar sus propias decisiones para modificar su pensamiento, usar las experiencias vividas de cada persona, reconocimiento de las personas que es capaz de resolver sus

problemas por sí mismo, los pensamientos son la fuente de las reacciones de las personas, hay varios tipos de pensamiento que son tipo de pensamientos reformados.

A pesar de lo antes dicho, algunos de los principios mencionados no necesariamente pertenecen al modelo cognitivo, sino que son más generales y aplicables a todo modelo de intervención, ejemplo de ello es tener buena comunicación con el paciente, tener rapport, empatía, trabajar en base a resultados. Esto es necesario en todo proceso de ayuda. No obstante, mencionaron algunos de los principios propios del modelo cognitivo tales como cambiar un pensamiento negativo por uno positivo, la persona es libre de tomar sus propias decisiones para modificar su pensamiento, los pensamientos son la fuente de las reacciones de las personas, hay varios tipos de pensamiento que son tipo de pensamientos reformados, entre otros.

En cuanto al ítem dirigido a conocer las técnicas de abordaje cognitivo, los psicólogos manifestaron conocer las siguientes: sensibilización sistemática, modelaje, sustitución de ideas irracionales, confrontación, cambios de pensamiento disfuncionales, planteamiento de preguntas, cuestionamientos –sub-modalidad, EFT, MDR, relajación, hipnosis, de relajación, técnicas de desahogo, resolución de conflicto, test- de auto concepto, técnicas de dibujo, intención paradójica, desensibilización sistemática, manejo de pensamiento, reacción progresiva, inoculación del estrés, aserción encubierta, visualización, desarrollo de habilidades de comunicación.

Es necesario aclarar que algunas de las técnicas mencionadas son perteneciente más a un modelo de intervención ecléctico y no al modelo cognitivo como tal, comparando con las técnicas mencionadas en el marco teórico las cuales fueron: desensibilización sistemática, detención de pensamientos automáticos, la inundación emocional, la autogestión y el ensayo cognitivo. No todas estas técnicas fueron mencionadas por parte de los psicólogos.

Además, según la opinión de los sujetos de investigación el cambio de pensamiento ayudaría a aceptar la necesidad psicológica, cambio de conducta, cambio de pensamientos, cambio de esquemas mentales, reacciones positivas, percepción de su contexto y mejora en su resiliencia, ayudaría a sacarlo de la crisis en la que se encuentra, cambio de actividades en su vida laboral, familiar, social, ayudaría a controlar estados de estrés, irritación, ansiedad, cólera, todo lo que tiene que ver con ansiedad, lo cual coincide con la teoría al suponer que

todo cambio de pensamiento traería como resultado nueva percepción de la realidad que se verá reflejado en su actividad diaria.

Otra de las áreas abordadas en la guía de entrevista fue la efectividad y frecuencia con la que se usa el modelo, al respecto, los sujetos de investigación manifestaron que los casos en los cuales hacen uso del modelo son: abuso sexual, separación de pareja, problemas de autoestima, problemas académicos, conductuales, familiares y de pareja; ansiedad, estrés, depresión, relaciones interpersonales, hiperactividad, emociones distorsionadas, acompañamiento en problemas de tiroides y psiquiátricos, conflictos familiares, déficit de atención.

Todo lo anterior es consonante con lo planteado por la teoría pues fueron mencionadas las problemáticas en las que el modelo ha dado su mayor aporte como lo son la depresión, ansiedad y emociones distorsionadas. Es más, algunas de las otras problemáticas mencionadas producen este tipo de estados emocionales ya mencionados y también es marcada la efectividad del modelo debido a que ha sido usado por los profesionales en otro tipo de problemáticas no descritas en el marco teórico.

En cuanto a la efectividad del modelo cognitivo, ha mostrado ser buenísimo y útil debido a que muchos problemas son creados en la mente y todo depende de los pensamientos. Ha demostrado ser bastante efectivo al tratar de cambiar esquemas mentales. Pero tiene deficiencias, por lo tanto, a veces es necesario hacer un modelo ecléctico porque las necesidades son diferentes y no puede estandarizarse un modelo. Sin embargo, se aclaró que si se usan las técnicas puras del modelo también podría ser efectivo.

Entre las ideas irracionales que más predominan en los pacientes tratados por los sujetos de estudio están: no puedo, no valgo, no tengo el control, soy malo, nadie me entiende, no sirvo, nadie me quiere; tengo miedo, tristeza, temor al fracaso, al rechazo, a la muerte o personas, la muerte es la solución, pesadillas, conceptos erróneos, duda de capacidades, traumas, fobias, auto-concepto equivocado, no puedo lograrlo, todos piensan mal de mí, soy incapaz de relacionarme, me quiero quitar la vida, dependencia emocional. Tal y como lo señala la teoría, las ideas mencionadas son aquellas alejadas de la realidad que inciden en el desarrollo de problemáticas en la persona, ideas que han sido distorsionadas a lo largo de la vida y que producen angustia o patrones mal-adaptativos de comportamiento.

En relación al ítem que evalúa si la depresión, ansiedad y las emociones negativas tienen su origen en el área cognitiva, la respuesta por los sujetos entrevistados fueron: sí, muchas veces producto de algunos traumas familiares y personales van creando la idea de creer que no valen y se aferran a ese problema, viviendo en el pasado. Todo está generado en los procesos psíquicos (pensamientos). Se pueden manejar estos estados pero si el pensamiento está bloqueado es difícil. En otros casos es relativo, en el caso de la depresión, si, debido a que al exigirse demasiado y recibir estímulos negativos que al final incide en el pensamiento. Aunque hay otros aspectos que están de fondo, pueden ser aspectos históricos o neurofisiológicos.

Es evidente como la teoría lo presenta y los psicólogos lo han afirmado: depresión, ansiedad y las emociones negativas si tienen su origen en la manera como las personas interpretan su realidad de acuerdo a sus pensamientos.

La teoría sostiene que las experiencias pasadas pueden incidir en los sentimientos y conductas del paciente, al respecto respondieron esto es variable pues también tiene mucho que ver capacidades y habilidades que tiene la persona al enfrentar sus problemas, sin embargo, en la mayoría de casos sí afecta. Definitivamente sí, todo pasado, presente y futuro incide en algún momento, por supuesto no todos reaccionamos igual y persona vive de distinta manera sus conflictos.

Además, toda experiencia tiene que ver, debido a que el área cognitiva se va construyendo de acuerdo a lo que la persona ha vivido y refleja en su actividad diaria y en su conducta, las experiencias almacenadas y congeladas que no se asimilan “El pasado se hace presente”. Después de señalar lo que los profesionales respondieron se dirá que es positivo afirmar que experiencias pasadas pueden incidir en los pensamientos sentimientos y conductas del paciente.

Según la experiencia de los sujetos de investigación y la teoría, el ser humano interpreta cada situación de acuerdo a los pensamientos que posee, frente a esto afirmaron que: si, una persona es afectada por su condición emocional, pero si es una persona que ha alcanzado un grado de madurez de acuerdo a su edad, su percepción será más racional. También, no todos percibimos de la misma manera el ambiente y de acuerdo a esta percepción así desarrolla la conducta, aunque cada quien tiene sus filtros.

La siguiente área abordada en la entrevista fue el rol del terapeuta, en cuanto a las cualidades que a los psicólogos entrevistados les han ayudado a facilitar el proceso de psicoterapia cognitiva fueron mencionados: objetividad, empatía, compromiso, escucha activa, respeto, comunicación clara, amabilidad, claridad, analizar, conocer bien la situación, tener estudio sobre diferentes patologías, responsabilidad, confidencialidad, revisión y dominio de técnicas, respetar los procesos del modelo cognitivo, dejar que la persona hable, describir e interpretar, mantenimiento propio. Es importante mencionar que varias de las cualidades mencionadas son aplicadas en todos los modelos de intervención y no únicamente en este modelo, sin embargo, las mencionadas en el marco teórico y que son importantes en la psicoterapia cognitiva fueron: aceptación, autenticidad y empatía.

Existen objetivos propios del modelo cognitivo, entre los más comunes en la intervención fueron mencionados: incidir en el pensamiento de la persona para que se instale un cambio de pensamientos disfuncionales, reconocimiento por parte del paciente de sus pensamientos, que la persona identifique momentos que le generan en mal estar, buscar la satisfacción y bienestar del paciente, lograr un cambio permanente y positivo y que la persona lo observe pronto, crear un buen referente de atención, ayudar a la persona a salir de su crisis, concientizar a la persona a cambiar su pensamiento para que salga adelante, que siga el proceso de ayuda psicológica hasta el final, disminuir las emociones ansiosas, modificar la forma de pensar, desarrollar pensamientos más adaptativos, eliminar visión del túnel por pensamientos reformados.

Por supuesto, los objetivos propios son aquellos que buscan un cambio de pensamiento, y no necesariamente todos los mencionados que se aplican en todo modelo, los objetivos del modelo consisten en la discusión de los pensamientos irracionales del sujeto para lograr efectos positivos en el dominio cognitivo (creencias), emocional (sentimientos) o conductual (conductas adecuadas).

En relación a los procedimientos que se realizan en los casos que son abordados con el modelo de psicoterapia cognitiva según los psicólogos están: necesidad psicológica, objetivo psicoterapéutico, antecedentes, establecimiento del diagnóstico, establecimiento de procedimientos y técnicas a utilizar, asignación de tareas, cierre de proceso, entrevista de preguntas abiertas en las que las personas reconozcan sus pensamientos, confrontación, se

descubren nuevos conflicto durante la terapia en los que se trabaja, se evalúan resultados durante el proceso, aplicación de técnica para ayudar a ganar confianza, técnica de cambio de mentalidad, concientizar a la persona para que salga adelante, identificar pensamientos, evaluar pensamientos, revisar solución cognitiva y aplicar. Es notable que los procedimientos más aplicables al modelo se encuentran en la última parte de las respuestas señaladas, técnica de cambio de mentalidad, identificar pensamientos, evaluar pensamientos, revisar solución cognitiva y aplicar.

En cuanto al siguiente ítem, según la experiencia profesional en el enfoque cognitivo el diagnóstico va dirigido a la persona que busca ayuda psicológica. Se resalta el punto del problema y se establece el seguimiento del proceso. Está guiado a la transformación del pensamiento en el que se expresa la sintomatología. Además, en el diagnóstico se inspeccionan todas las áreas del paciente, porque a veces el problema está en el inconsciente. Busca el cambio de la mentalidad de la persona, es decir, quitar ideas irracionales que lleva a un cambio de conducta. Está relacionado a todo lo que tiene que ver con cogniciones. Aspectos como fobias, ansiedad, depresión, manejo y modificación de pensamientos.

Por supuesto, cada profesional es libre de establecer un diagnóstico de la manera que prefiera, pero según la teoría los aspectos que el diagnóstico deben señalar son factores predisposicionales, factores de desencadenantes, síntomas, síntomas afectivos, síntomas motivacionales, síntomas fisiológicos- vegetativos, síntomas conductuales, síntomas cognitivos. También es notable que ninguno de los profesionales dio importancia al inventario de depresión y ansiedad de Beck, los cuales son usados en este modelo, puede ser por desconocimiento o porque no los consideran necesarios al momento de establecer un diagnóstico.

Los psicólogos recomiendan que las cualidades que los terapeutas deben poner en práctica al hacer uso del modelo de psicoterapia cognitiva son: objetividad, manejo te teoría, dominio de las ideas racionales e irracionales, lenguaje claro y sencillo, respeto, cuestionar sin re-victimizar, ser humano con la persona, criterio amplio, respetar pensamientos, conocer todos los modelos de intervención, remitir paciente cuando considera no puede abordar las problemáticas, compromiso, apoyo, concientizar a la persona ayudada a que desarrolle

cambios por sí misma, respetar los procesos (procedimientos), ser sometido a un proceso cognitivo, escucha activa, respetar el tiempo del paciente.

Según los sujetos investigados, algunas expectativas que las personas tienen al buscar ayuda son: sentirse mejor, encontrar un espacio donde poder ser él o ella, recibir empatía, confidencialidad, que el psicólogo lo cambie (ideas erróneas), que en poco tiempo va a cambiar sus esquemas, ver una mejoría en su estado rápidamente, ser escuchado, desahogar complejos e ideas, recibir ayuda del terapeuta para tener un cambio, quiere una solución.

Según los psicólogos investigados, el acompañamiento del terapeuta cognitivo debe ser: racional, claro, breve, mostrar confianza, mostrarle que uno no lo va a cambiar, simplemente le va a proporcionar herramientas para el cambio, hacerle responsable de su compromiso para el cambio, bastante comprometido, responsable y empático, generar un buen rapport, trabajar de la mano con la persona para ir realizando cada etapa de la psicoterapia, brindar apoyo, evaluar cada etapa del sujeto en el proceso de ayuda, monitorear el proceso, dar seguimiento, elaborar plan de intervención, realizar terapia breve.

Y por último, el terapeuta cognitivo según las opiniones de los psicólogos investigados debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida, debido a que si no lo hace no hay calidad de atención y las posibilidades de cambio en las personas son pocas. Cada quien tiene su perspectiva de vida y el psicólogo no lo va a cambiar, solamente proporcionará herramientas para el cambio. El comportamiento del terapeuta debe ser imparcial, no debe haber crítica, mantener su código de ética, debe brindar un acompañamiento objetivo y empático, porque de lo contrario no podría brindar ayuda, el rechazo crea una barrera entre el terapeuta y el paciente.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

El rol del psicoterapeuta dentro de la psicoterapia cognitiva es sumamente importante y debe efectuarse de manera responsable, poniendo en práctica habilidades personales, afectivas, intelectuales que permitirán un desarrollo profesional efectivo.

El modelo de psicoterapia cognitiva es un modelo que ha tenido su desarrollo histórico, ha sido objeto de estudio en otras investigaciones, y cuenta con un sustento teórico basto que puede ser de aporte en el desarrollo profesional.

La metodología, estrategias y técnicas que emplea el modelo de psicoterapia cognitiva han mostrado ser muy efectivas al tratar de resolver problemas que proceden de los pensamientos en las personas intervenidas, es decir, el modelo está orientado a crear discusión de los pensamientos irracionales en el paciente, lo cual se hará evidente en el dominio de las creencias erróneas, en el manejo de los sentimiento, para lograr así una conducta adecuada.

Las cualidades que el psicoterapeuta debe poseer para desarrollar la psicoterapia cognitiva están orientadas al ámbito conceptual, procedimental y actitudinales, las cuales hacen del modelo un modelo efectivo.

El modelo de psicoterapia cognitiva ha sido usado desde el ámbito teórico en problemáticas como la depresión, ansiedad, irritabilidad, emociones distorsionadas, entre otras, pero también desde el ámbito práctico según la investigación de campo ha sido usado en otras problemáticas como: abuso sexual; problemas de autoestima, académicos, conductuales, familiares y de pareja; estrés, relaciones interpersonales, hiperactividad y otros.

En cuanto a la efectividad del modelo de psicoterapia cognitiva, es posible afirmar que es muy útil y se evidencia en la variedad de problemas psicoemocionales en los cuales ha sido aplicado y que fueron señalados por los profesionales, pero además de eso, su efectividad es notoria debido a que el modelo tiene la facilidad de adaptarse a otros modelos de intervención logrando así convertirse en un modelo holístico.

5.2 Recomendaciones

Que los profesionales conozcan los diferentes modelos de intervención para que sean competentes en su desarrollo profesional y desarrollen habilidades que serán de utilidad en el progreso de la salud mental.

Que existan profesionales especialistas en modelos de intervención que son útiles al abordar ciertas problemáticas específicas, para brindar una atención psicológica eficiente y efectiva.

A los sujetos de investigación que tengan apertura para apoyar a los futuros profesionales, aportando las experiencias que han logrado adquirir en el ejercicio de la profesión.

A futuros investigadores que se enfoquen en el estudio de problemáticas relevantes en este tiempo y que contribuyan de esta manera en el desarrollo de la salud mental de la sociedad.

A futuros investigadores que traten de profundizar en el estudio de la efectividad del modelo de psicoterapia cognitiva, debido a que ha sido señalado como un modelo efectivo al solucionar diversidad de problemáticas psicoemocionales y no solo eso, sino que es adaptable a otros modelos de intervención psicológica.

Referencias bibliográficas

Libros

- Barberán, G. S. (2012). *El trastorno bipolar: una aproximación desde la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. & Clark, D. A. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: Desclée de Brouwer.
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación*. Bogotá: Pearson.
- Bosch, M. (2006). *La danza de las emociones: vives como sientes*. Barcelona: Edaf.
- Díez, F. M. (2007). *Formación superior en prevención de riesgos laborales: parte obligatoria y común*. Madrid: Lex nova.
- DIGESTYC. (2017). *Encuesta de hogares de propósitos múltiples*. San Salvador: Ministerio de Economía.
- Doron, B. R., & Parot, F. (2008). *Diccionario akal de psicología*. Madrid: Akal, S.A.
- Fernández, Cordero, & Córdoba, A. (2002). *Estadística descriptiva*. Madrid: ESIC EDITORIAL.
- Fernández, H. (2012). *Psicología antología*. Madrid.S.E.
- Kazdin, A. E. (2002). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Lira, A., & Cruz, S. S. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. España:La red.
- Lloret, A., Fuente, E., & Loredo, J. (2014). *Lecturas de la historia de la psicología*. Madrid: UNED.
- Moreno, A. c. (2008). *La depresión y sus máscaras*. Buenos aires-Madrid: Panamericana.
- Myers, D. G. (2006). *Psicología*. Madrid: Médica Panamericana.

- Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. México: Fontamara.
- Pereira, M. L. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Hernández, Collado, & Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Sánchez, Jiménez, & Parra. (2014). *Introducción a la psicoterapia* . México: Ecorfan.
- Sarason, I. G. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Sarason, & Sarason. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptad*. México: Pearson Educación.
- Vargas, M. G. (2010). *Concepto de psicoterapia en psicología clínica*. Medellín: Universidad de antioquia.

Sitios web

- Baringoltz, S. (3 de 2 de 2004). <http://apra.org.ar> . Obtenido de <http://apra.org.ar> : <http://apra.org.ar>
- Bruned., Q. V. (2o de Octubre de 2010). <http://eoepsabi.educa.aragon.es/>. Obtenido de <http://eoepsabi.educa.aragon.es/>: <http://eoepsabi.educa.aragon.es/>
- Camacho, J. M. (Noviembre de 2003). www.fundacionforo.com/. Obtenido de www.fundacionforo.com/: <http://www.fundacionforo.com/>
- Díaz, B. S. (SF). <http://mobiroderic.uv.es/>. Obtenido de <http://mobiroderic.uv.es/>: <http://mobiroderic.uv.es/>
- Ruiz, A. (2004). www.kennedy.edu.ar. Obtenido de www.kennedy.edu.ar: <https://www.kennedy.edu.ar>

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES, FILOSOFIA Y LETRAS
SECCIÓN DE PSICOLOGIA**



Entrevista semiestructurada

Lugar de trabajo: _____

Años de ejercer profesión: _____ Fecha: _____

Objetivo: Identificar los conocimientos que el profesional posee sobre el modelo de psicoterapia cognitiva, su efectividad, la frecuencia con que lo usa y cuáles son las cualidades que debe poseer el terapeuta para utilizarlo dentro de su práctica profesional.

Indicaciones: Conteste a cada pregunta según se le solicite.

Área 1. Conocimiento del modelo

1. ¿Cuáles modelos de psicoterapia conoce?

2. ¿Cuáles son los modelos de psicoterapia que más utiliza dentro de su práctica profesional?

3. Dentro de su práctica profesional, ¿Con qué frecuencia hace uso del modelo de psicoterapia cognitiva?

4. ¿Cuáles son algunos de los principios del modelo de psicoterapia cognitiva de los cuales conoce y hace uso?

5. ¿Cuáles técnicas de abordaje cognitivas conoce?

6. ¿En qué ayudaría el cambio de pensamientos en el paciente?

Área 2. Efectividad y frecuencia

7. ¿Cuáles son los casos en los que más hace uso del modelo cognitivo?

8. Según su experiencia, ¿Cómo describiría usted la efectividad del modelo cognitivo?

9. ¿Qué ideas irracionales predominan en los pacientes con los que utiliza dicho modelo?

10. ¿Considera usted que la depresión, la ansiedad y las emociones negativas pueden tener su origen en el área cognitiva del paciente? Explique:

11. ¿Piensa usted que las experiencias pasadas pueden incidir en los sentimientos y conductas del paciente? Explique:

12. ¿Considera usted que el ser humano interpreta cada situación de acuerdo a los pensamientos que posee? Explique:

Área 3. Rol del terapeuta

13. Según su experiencia ¿Qué cualidades personales le han ayudado a facilitar el proceso de psicoterapia cognitiva?

14. ¿Al utilizar el modelo de psicoterapia cognitiva cuáles son los objetivos que pretende cumplir?

15. ¿Cuáles son los procedimientos que realiza en los casos que son abordados con el modelo de psicoterapia cognitiva?

16. ¿A qué va dirigido el diagnóstico desde el enfoque de la psicoterapia cognitiva?

17. ¿Qué cualidades recomienda usted a los terapeutas que pongan en práctica al hacer uso del modelo de psicoterapia cognitiva?

18. Según su experiencia ¿Qué expectativas considera que tiene el paciente del psicoterapeuta cognitivo?

19. ¿Cómo debe ser el acompañamiento del terapeuta cognitivo durante en el tratamiento psicológico?

20. ¿Por qué considera usted que es importante que el terapeuta cognitivo acepte plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida?

21. A fin de enriquecer la investigación, podría comentarme un caso atendido en el que hizo uso del modelo de psicoterapia cognitivo y si es posible me permita grabarlo.

¡Por su amable colaboración muchas gracias!

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES FILOSOFIA Y LETRAS
SECCION DE PSICOLOGIA



Guía de observación no participativa

Lugar de aplicación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

Objetivo: Indagar si las condiciones de la clínica cumplen con los requisitos establecidos para ser parte de la muestra con la que se efectuara la investigación.

Indicaciones: Marcar con una “X” el indicador observado.

| N° | Indicador | Es visible | | Otras observaciones respecto al indicador |
|----|---|------------|----|---|
| | | Si | No | |
| 1 | Cuenta con el mobiliario que genere condiciones de comodidad tanto al paciente como al terapeuta. | | | |
| 2 | La ventilación e iluminación de las instalaciones permiten desarrollar actividades de manera tranquila. | | | |
| 3 | La clínica posee un área de uso exclusivo para brindar atención psicológica | | | |
| 4 | El área donde se brinda atención psicológica está limpia y ordenada | | | |
| 5 | La clínica cuenta con sala de espera | | | |
| 6 | El psicoterapeuta posee o diseña instrumentos psicotécnicos. | | | |
| 7 | Posee suficientes materiales y recursos para la atención psicológica. | | | |

ANEXO 3

Cuadro de categorías

| N° | Ítem | Respuestas del sujeto entrevistado | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|
| | | Sujeto 1 | Sujeto 2 | Sujeto 3 | Sujeto 4 | Sujeto 5 |
| Área 1. Conocimiento del modelo | | | | | | |
| 1 | ¿Cuáles modelos de psicoterapia conoce? | -Cognitivo- Conductual -Gestalt -Psicoanálisis | -Cognitiva -Cognitivo- Conductual -Terapia sistemática -Terapia interpersonal -Psicoanálisis | -Cognitivo- conductual -Cognitiva -Psicodinámica -Logoterapia - Sub-modalidad | -Conductismo -Gestalt -Cognitivo -Humanista -Psicoanálisis | -EMDR -Brainspotting -Cognitiva -Cognitivo- conductual -Pro-neuro filing -Música multidimensional -Sistémica familiar |
| | | Los modelos psicoterapéuticos que los profesionales conocen son: el cognitivo, el cognitivo conductual, el gestáltico, psicoanálisis, la terapia sistémica, la interpersonal, la humanista, la logoterapia, la EMDR, Brainspotting, la Pro-neuro filing. Categoría: conocimiento de varios modelos psicoterapéuticos. | | | | |
| 2 | | -Cognitivo- conductual | -Cognitivo- Conductual | -Cognitiva | -Cognitivo -Humanista | -EMDR -Brainspotting |

| | | | | | | |
|----------|---|--|--|---|--|--|
| | ¿Cuáles son los modelos de psicoterapia que más utiliza dentro de su práctica profesional? | -Gestalt | -Conductual | -Cognitiva- conductual -Logoterapia | -Conductual | -PNF -Cognitivo- conductual |
| | | Los modelos de psicoterapia que más utilizan los profesionales en su práctica son el cognitivo conductual, el gestáltico, el conductista, la logoterapia, el humanista, EMDR, y el cognitivo. Categoría: los tres modelos más utilizados son el cognitivo, el cognitivo conductual y el conductismo. | | | | |
| 3 | Dentro de su práctica profesional, ¿Con qué frecuencia hace uso del modelo de psicoterapia cognitiva? | Muy poco | Combinación de Cognitivo- Conductual | Todo el tiempo | Con mucha frecuencia | Casi nunca |
| | | La frecuencia con la que hacen uso del modelo los profesionales es de muy poco, todo el tiempo, mucha frecuencia y casi nunca. Categoría: el uso del modelo es variado. | | | | |
| 4 | ¿Cuáles son algunos de los principios del modelo de psicoterapia cognitiva de los cuales conoce y hace uso? | -Cambiar un pensamiento negativo por uno positivo. -Aceptación de la problemática. | -Depende de la problemática. -Abordaje claro y preciso. | -Que el paciente esté consciente de lo que se le va a trabajar y acepte términos. | -La persona es libre de tomar sus propias decisiones para modificar su pensamiento. - Usar las experiencias | - Los pensamientos son la fuente de las reacciones de las personas. - Hay varios tipos de pensamiento que son tipo de |

| | | | | | | |
|--|------------------------------|---|--|---|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> -Tener buena comunicación con el paciente. -Rapport -Empatía -Trabajar en base a resultados. | <ul style="list-style-type: none"> vividas de cada persona. - Reconocimiento de las personas que es capaz de resolver sus problemas por sí mismo. | <ul style="list-style-type: none"> pensamientos reformados. |
| <p>Entre los principios conocidos del modelo cognitivo están: cambiar un pensamiento negativo por uno positivo, aceptación de la problemática, que el paciente esté consciente de lo que se le va a trabajar y acepte términos, tener buena comunicación con el paciente, rapport, empatía, trabajar en base a resultados, la persona es libre de tomar sus propias decisiones para modificar su pensamiento, usar las experiencias vividas de cada persona, reconocimiento de las personas que es capaz de resolver sus problemas por sí mismo, los pensamientos son la fuente de las reacciones de las personas, hay varios tipos de pensamiento que son tipo de pensamientos reformados.</p> <p>Categoría: conocimiento de diversos principios del modelo cognitivo.</p> | | | | | | |
| 5 | ¿Cuáles técnicas de abordaje | <ul style="list-style-type: none"> -Sensibilización sistemática -Modelaje | <ul style="list-style-type: none"> -Confrontación -Cambios de pensamiento disfuncionales | <ul style="list-style-type: none"> -Sub-modalidad -EFT -MDR -Relajación | <ul style="list-style-type: none"> -De relajación. -Técnicas de desahogo | <ul style="list-style-type: none"> -Intención paradójica -Desensibilización sistemática. |

| | | | | | | |
|--|--------------------|-------------------------------------|---|------------|--|--|
| | cognitivas conoce? | -Sustitución de ideas irracionales. | -Planteamiento de preguntas -Cuestionamientos. | -Hipnosis. | -Resolución de conflicto -Test- de auto concepto -Técnicas de dibujo | -Manejo de pensamiento -Reacción progresiva -Inoculación del estrés -Aserción encubierta -Visualización -Desarrollo de habilidades de comunicación -9 y67 |
| <p>Entre las técnicas de abordaje cognitivo conocidas por los psicólogos están: sensibilización sistemática, modelaje, sustitución de ideas irracionales, confrontación, cambios de pensamiento disfuncionales, planteamiento de preguntas, cuestionamientos -sub-modalidad, EFT, MDR, relajación, hipnosis, de relajación, técnicas de desahogo, resolución de conflicto, test- de auto concepto, técnicas de dibujo, intención paradójica, desensibilización sistemática, manejo de pensamiento, reacción progresiva, inoculación del estrés, aserción encubierta, visualización, desarrollo de habilidades de comunicación.</p> <p>Categoría: conocimiento de varias técnicas de abordaje cognitivo.</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|--|
| 6 | ¿En qué ayudaría el cambio de pensamientos en el paciente? | -Aceptar la necesidad psicológica. -Cambio de conducta. | -Cambio de pensamientos. -Cambio de conducta. -Cambio de esquemas mentales. | -En la mejora de su conducta. -Reacciones positivas. -Percepción de su contexto y mejora en su resiliencia. | -Ayudaría a sacarlo de la crisis en la que se encuentra. -Cambio de actividades en su vida laboral, familiar, social. | Ayudaría a controlar estados de estrés, irritación, ansiedad, cólera. Todo lo que tiene que ver con ansiedad. |
| <p>Según la opinión de los psicólogos entrevistados el cambio de pensamiento ayudaría a: aceptar la necesidad psicológica, cambio de conducta, cambio de pensamientos, cambio de conducta, cambio de esquemas mentales, en la mejora de su conducta, reacciones positivas, percepción de su contexto y mejora en su resiliencia, ayudaría a sacarlo de la crisis en la que se encuentra, cambio de actividades en su vida laboral, familiar, social, ayudaría a controlar estados de estrés, irritación, ansiedad, cólera, todo lo que tiene que ver con ansiedad.</p> <p>Categoría: el cambio de pensamientos ayudaría a modificar pensamiento, conducta y a mejorar otras áreas afectadas.</p> | | | | | | |
| Área 2. Efectividad y frecuencia | | | | | | |
| 7 | ¿Cuáles son los casos en los que más hace uso | -Abuso sexual. -Separación de pareja. | -Depresión -Problemas de autoestima. | -Problemas académicos, conductuales, | -Depresión -Baja autoestima. -Estrés | - Ansiedad - Depresión |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|---|
| | del modelo cognitivo? | -Problemas de autoestima. | -Relaciones interpersonales -Hiperactividad -Emociones distorsionadas. | familiares y de pareja. -Ansiedad -Estrés -Acompañamiento en problemas de tiroides. -Acompañamiento el problemas psiquiátricos. | -Problemas escolares. -Problemas de conducta. -Conflictos familiares. -Déficit de atención. | |
| <p>En los casos mencionado en los que más se hace uso del modelo cognitivo fueron: abuso sexual, separación de pareja, problemas de autoestima, problemas académicos, conductuales, familiares y de pareja; ansiedad, estrés, depresión, relaciones interpersonales, hiperactividad, emociones distorsionadas, acompañamiento en problemas de tiroides y psiquiátricos, conflictos familiares, déficit de atención.</p> <p>Categoría: El modelo es usado en diferentes problemáticas.</p> | | | | | | |
| 8 | Según su experiencia, ¿Cómo describiría usted la efectividad del | Buenísima, debido a que muchos problemas son creados en nuestra mente. | Muy útil, al tratar de cambiar esquemas mentales. Todo depende de nuestros pensamientos. | Bastante efectivo. | Si es efectivo pero tiene deficiencias, por lo tanto a veces es necesario hacer un modelo | -Es más efectivo cuando se funciona con otros modelos. Aunque considero que si se usan sus técnicas puras |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|
| | modelo cognitivo? | | | | ecléctico. Porque las necesidades son diferentes y no puede estandarizarse un modelo. | también podría ser efectivo. |
| <p>En cuanto a la efectividad del modelo cognitivo ha mostrado ser buenísimo y útil debido a que muchos problemas son creados en nuestra mente y todo depende de nuestros pensamientos. Bastante efectivo al tratar de cambiar esquemas mentales. Pero tiene deficiencias, por lo tanto, a veces es necesario hacer un modelo ecléctico porque las necesidades son diferentes y no puede estandarizarse un modelo. Es más efectivo cuando se funciona con otros modelos. Aunque si se usan sus técnicas puras también podría ser efectivo.</p> <p>Categoría: El modelo es efectivo al tratar de cambiar esquemas mentales, sin embargo, a veces es más efectivo cuando se funciona con otros modelos.</p> | | | | | | |
| 9 | ¿Qué ideas irracionales predominan en los pacientes con los que utiliza dicho modelo? | <ul style="list-style-type: none"> -No valgo -Me quiero quitar la vida -Dependo de otra persona emocionalmente. | <ul style="list-style-type: none"> -No valgo nada -No puedo lograrlo -Todos piensan mal de mi -Soy incapaz de relacionarme. | <ul style="list-style-type: none"> -Conceptos erróneos. -Duda de capacidades. -Traumas -Fobias | <ul style="list-style-type: none"> -Miedo -Tristeza -Temor al fracaso -Temor al rechazo -temor a la muerte o personas. | <ul style="list-style-type: none"> - No puedo - No valgo - No tengo el control - Soy malo - Nadie me entiende |

| | | | | | | |
|-----------|--|--|--|---|--|--|
| | | | | -Auto-concepto equivocado. | -La muerte es la solución.Pesadillas. | - No sirvo - Nadie me quiere |
| | | <p>Las ideas irracionales que más predominan al hacer uso del modelo cognitivo son: no puedo, no valgo, no tengo el control, soy malo, nadie me entiende, no sirvo, nadie me quiere; tengo miedo, tristeza, temor al fracaso, al rechazo, a la muerte o personas. La muerte es la solución. Pesadillas. Conceptos erróneos. Duda de capacidades, traumas, fobias, auto-concepto equivocado, no puedo lograrlo, todos piensan mal de mí, soy incapaz de relacionarme, me quiero quitar la vida, dependencia emocionalmente.</p> <p>Categoría: Ideas irracionales predominantes impotencia.</p> | | | | |
| 10 | ¿Considera usted que la depresión, la ansiedad y las emociones negativas pueden tener su origen en el área cognitiva del paciente? Explique: | Sí, muchas veces producto de algunos traumas familiares y personales van creando la idea de creer que no valen y se aferran a ese problema, viviendo en el pasado. | Sí, porque todo está generado en los procesos psíquicos (pensamientos). Podemos manejar estos estados pero si nuestro pensamiento está bloqueado es difícil. | Es relativo, en el caso de la depresión si, debido a que al exigirse demasiado y recibir estímulos negativos que al final incide en el pensamiento. | Sí, los pensamientos e ideas que el ser humano crea de sí mismo se reflejan en su personalidad y en su autoestima. | Solo en parte, no podemos ser exclusivos, hay otros aspectos que están de fondo, pueden ser aspectos históricos o neurofisiológicos. |
| | | La depresión, ansiedad y las emociones negativas tienen su origen en el área cognitiva, según los psicólogos entrevistados: sí, muchas veces producto de algunos traumas familiares y personales van creando la idea de | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|---|--|---|--|---|
| | | <p>creer que no valen y se aferran a ese problema, viviendo en el pasado. Sí, porque todo está generado en los procesos psíquicos (pensamientos). Podemos manejar estos estados pero si nuestro pensamiento está bloqueado es difícil. En otros casos es relativo, en el caso de la depresión si, debido a que al exigirse demasiado y recibir estímulos negativos que al final incide en el pensamiento. Sí, los pensamientos e ideas que el ser humano crea de sí mismo se reflejan en su personalidad y en su autoestima. Solo en parte, no podemos ser exclusivos, hay otros aspectos que están de fondo, pueden ser aspectos históricos o neurofisiológicos.</p> <p>Categoría: La depresión, la ansiedad y las emociones negativas no en todos los casos tienen su origen en el área cognitiva.</p> | | | | |
| 11 | <p>¿Piensa usted que las experiencias pasadas pueden incidir en los sentimientos y conductas del paciente? Explique:</p> | <p>Depende, también tiene mucho que ver capacidades y habilidades que tiene la persona al enfrentar sus problemas, sin embargo en la mayoría de casos si afecta.</p> | <p>Definitivamente sí, todo pasado, presente y futuro incide en algún momento, por supuesto no todos reaccionamos igual.</p> | <p>Sí, cada persona vive de distinta manera sus conflictos. Toda experiencia tiene que ver.</p> | <p>Sí, es lo que va construyendo de acuerdo a lo que la persona ha vivido y refleja en su actividad diaria y en su conducta.</p> | <p>Sí, hay experiencias almacenadas y experiencias congeladas que no se asimilan “El pasado se hace presente”</p> |
| | | <p>Las experiencias pasadas pueden incidir en los sentimientos y conductas del paciente, al respecto respondieron: Depende, también tiene mucho que ver capacidades y habilidades que tiene la persona al</p> | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|
| | | <p>enfrentar sus problemas, sin embargo en la mayoría de casos si afecta. Definitivamente sí, todo pasado, presente y futuro incide en algún momento, por supuesto no todos reaccionamos igual. Sí, cada persona vive de distinta manera sus conflictos.</p> <p>Toda experiencia tiene que ver. Sí, es lo que va construyendo de acuerdo a lo que la persona ha vivido y refleja en su actividad diaria y en su conducta. Sí, hay experiencias almacenadas y experiencias congeladas que no se asimilan “El pasado se hace presente”</p> <p>Categoría: Las experiencias pasadas “Si” pueden incidir en los sentimientos y conductas del paciente.</p> | | | | |
| 12 | <p>¿Considera usted que el ser humano interpreta cada situación de acuerdo a los pensamientos que posee? Explique:</p> | <p>Si en una persona afecta por su condición emocional, pero si es una persona que ha alcanzado un grado de madurez de acuerdo a su edad, su percepción será más racional.</p> | <p>Si, aunque a veces difiere de acuerdo a ciertas influencias que tengamos.</p> | <p>Sí, aunque siempre lo correcto es relativo.</p> | <p>Sí, porque no todos percibimos de la misma manera el ambiente y de acuerdo a esta percepción así desarrolla su conducta.</p> | <p>Sí, cada quien tiene sus filtros.</p> |
| <p>Según la experiencia profesional el ser humano interpreta cada situación de acuerdo a los pensamientos que posee, la respuesta fue: si en una persona afecta por su condición emocional, pero si es una persona que ha alcanzado un grado de madurez de acuerdo a su edad, su percepción será más racional. Si, aunque a veces difiere de acuerdo a ciertas influencias que tengamos. Sí, aunque siempre lo correcto es relativo. Sí, porque</p> | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| | | no todos percibimos de la misma manera el ambiente y de acuerdo a esta percepción así desarrolla su conducta. Sí, cada quien tiene sus filtros. Categoría: El ser humano “si” interpreta cada situación de acuerdo a los pensamientos que posee. | | | | |
| Área 3. Rol del terapeuta | | | | | | |
| 13 | Según su experiencia ¿Qué cualidades personales le han ayudado a facilitar el proceso de psicoterapia? | -Objetividad -Empatía -Compromiso -Escucha activa. | -Confidencialidad -Respeto -Comunicación clara -Amabilidad -Claridad | -Saber escuchar -Analizar -Conocer bien la situación. -Tener estudio sobre diferentes patologías. -Compromiso -Responsabilidad. | -Empatía -Respeto -Compromiso -Confidencialidad. | -Revisión y dominio de técnicas. -Respetar los procesos del modelo cognitivo. -Dejar que la persona hable. -Describir e interpretar. -Mantenimiento propio. |
| Las cualidades que a los profesionales les han ayudado a facilitar el proceso de psicoterapia son: objetividad, empatía, compromiso, escucha activa, confidencialidad, respeto, comunicación clara, amabilidad, claridad, analizar, conocer bien la situación, tener estudio sobre diferentes patologías, responsabilidad, confidencialidad, revisión y dominio de técnicas, respetar los procesos del modelo cognitivo, dejar que la persona hable, describir e interpretar, mantenimiento propio. | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|---|
| | | Categoría: Diversas cualidades que facilitan el proceso de psicoterapia. | | | | |
| 14 | ¿Al utilizar el modelo de psicoterapia cognitiva cuáles son los objetivos que pretende cumplir? | Incidir en el pensamiento de la persona para que haya un cambio. | -Cambiar pensamientos disfuncionales -Reconocimiento por parte del paciente de sus pensamientos -Que la persona identifique momentos que le generan en mal estar. | -Satisfacción y bienestar del paciente. -Un cambio permanente y positivo y que la persona lo observe pronto. -Crear un buen referente de atención. | -Ayudar a la persona a salir de su crisis. -Concientizar a la persona a cambiar su pensamiento para que salga adelante. -Que siga el proceso de ayuda psicológica hasta el final. | -Disminuir las emociones ansiosas. -Modificar la forma de pensar. -Desarrollar pensamientos más adaptativos. -Eliminar visión del túnel por pensamientos reformados. |
| Los objetivos más comunes en la intervención desde el enfoque cognitivo son: incidir en el pensamiento de la persona para que haya un cambio de pensamientos disfuncionales, reconocimiento por parte del paciente de sus pensamientos, que la persona identifique momentos que le generan en mal estar, buscar la satisfacción y bienestar del paciente, lograr un cambio permanente y positivo y que la persona lo observe pronto, crear un buen referente de atención, ayudar a la persona a salir de su crisis, concientizar a la persona a cambiar su pensamiento para que salga adelante, que siga el proceso de ayuda psicológica hasta el final, | | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|--|
| | | <p>disminuir las emociones ansiosas, modificar la forma de pensar, desarrollar pensamientos más adaptativos, eliminar visión del túnel por pensamientos reformados.</p> <p>Categoría: con la terapia cognitiva son varios los objetivos que se persiguen.</p> | | | | |
| 15 | ¿Cuáles son los procedimientos que realiza en los casos que son abordados con el modelo de psicoterapia cognitiva? | <ul style="list-style-type: none"> -Necesidad psicológica -Objetivo Psicoterapéutico -Antecedentes -Establecimiento del diagnóstico -Establecimiento de procedimientos y técnicas a utilizar. -Asignación de tareas. -Cierre de proceso. | <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista de preguntas abiertas en las que las personas reconozcan sus pensamientos -Confrontación -Soluciones inmediatas -Establecimiento de técnicas. | <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista -Si el problema no es complicado lo abordo desde la primera sesión. -Descubro nuevo conflicto durante la terapia en los cuales voy trabajando. -Evalúo resultados durante el proceso. | <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista -Técnica para ayudar a ganar confianza. -Técnica de cambio de mentalidad. -Concientizar a la persona para que salga adelante. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar pensamientos. -Evaluar pensamientos. -Revisar solución cognitiva y aplicar. |
| | | <p>Los procedimientos que realiza en los casos que son abordados con el modelo de psicoterapia cognitiva según los psicólogos son: necesidad psicológica, objetivo psicoterapéutico, antecedentes, establecimiento del diagnóstico, establecimiento de procedimientos y técnicas a utilizar, asignación de tareas, cierre de</p> | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|---|
| | | <p>proceso, entrevista de preguntas abiertas en las que las personas reconozcan sus pensamientos, confrontación, soluciones inmediata, si el problema no es complicado se aborda desde la primera sesión, se descubren nuevos conflicto durante la terapia en los que se trabaja, se evalúan resultados durante el proceso. Aplicación de técnica para ayudar a ganar confianza, técnica de cambio de mentalidad, concientizar a la persona para que salga adelante, identificar pensamientos, evaluar pensamientos, revisar solución cognitiva y aplicar.</p> <p>Categoría: procedimientos realizados en los casos abordados desde el modelo de psicoterapia cognitiva.</p> | | | | |
| 16 | ¿A qué va dirigido el diagnóstico desde el enfoque de la psicoterapia cognitiva? | <p>A la persona que busca ayuda psicológica.</p> | <p>-Resaltar el punto problema -Establecer el seguimiento del proceso. -Guiado a la transformación del pensamiento.</p> | <p>-El diagnóstico expresa la sintomatología. -En el diagnóstico se inspeccionan todas las áreas del paciente, porque a veces el problema está en el inconsciente.</p> | <p>-Cambio de la mentalidad de la persona. -Quietar ideas irracionales que lleva a un cambio de conducta.</p> | <p>Todo lo que tiene que ver con cogniciones. Aspectos como fobias, ansiedad, depresión. Manejo y modificación de pensamientos.</p> |
| | | <p>Según la experiencia profesional en el enfoque cognitivo el diagnóstico va dirigido a la persona que busca ayuda psicológica. Se resalta el punto problema, se establecer el seguimiento del proceso. Esta guiado a la transformación del pensamiento en el se expresa la sintomatología. Además, en el diagnóstico se inspeccionan todas las áreas del paciente, porque a veces el problema está en el inconsciente. Busca el</p> | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|---|---|--|--|
| | | <p>cambio de la mentalidad de la persona, es decir, quitar ideas irracionales que lleva a un cambio de conducta. Está relacionado a todo lo que tiene que ver con cogniciones. Aspectos como fobias, ansiedad, depresión, manejo y modificación de pensamientos.</p> <p>Categoría: el diagnóstico desde el modelo cognitivo resalta cogniciones.</p> | | | | |
| 17 | ¿Qué cualidades recomienda usted a los terapeutas que pongan en práctica al hacer uso del modelo de psicoterapia cognitiva? | <ul style="list-style-type: none"> -Objetividad -Manejo de teoría -Dominio de las ideas racionales e irracionales. | <ul style="list-style-type: none"> -Lenguaje claro y sencillo -Respeto -Cuestionar sin Revictimizar -Ser humano con la persona. | <ul style="list-style-type: none"> -Criterio amplio -Respetar pensamientos -Conocer todos los modelos de intervención. -Remitir paciente cuando considera no puede abordar las problemáticas. | <ul style="list-style-type: none"> -Compromiso -Apoyo -Concientizar a la persona ayudada a que desarrolle cambios por sí misma. | <ul style="list-style-type: none"> -Respetar los procesos (procedimientos). -Ser sometido a un proceso cognitivo. -Escucha activa. -Respetar el tiempo del paciente. |
| | | <p>Los psicólogos recomiendan que las cualidades que los terapeutas deben poner en práctica al hacer uso del modelo de psicoterapia cognitiva son: objetividad, manejo de teoría, dominio de las ideas racionales e irracionales, lenguaje claro y sencillo, respeto, cuestionar sin Revictimizar, ser humano con la persona, criterio amplio, respetar pensamientos, conocer todos los modelos de intervención, remitir paciente cuando considera no puede abordar las problemáticas, compromiso, apoyo, concientizar a la persona ayudada a que desarrolle cambios por sí misma, respetar los procesos (procedimientos), ser sometido a un proceso cognitivo, escucha activa, respetar el tiempo del paciente.</p> | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--|---|--|--|---|--|
| | | Categoría: el terapeuta que hace uso del modelo cognitivo debe desarrollar varias cualidades que facilitaran el proceso de ayuda. | | | | |
| 18 | Según su experiencia ¿Qué expectativas considera que tiene el paciente del psicoterapeuta cognitivo? | -Sentirse mejor | -Que uno lo va a cambiar (ideas erróneas) | -Ver una mejoría en su estado rápidamente. | -Ser escuchado | Viene porque quiere una solución. |
| | | -Un espacio donde poder ser él o ella | -Que en poco tiempo va a cambiar sus esquemas. | | -Desahogar complejos e ideas. | |
| | | Algunas expectativas que las personas tienen al buscar ayuda según los psicólogos entrevistados son: sentirse mejor, encontrar un espacio donde poder ser él o ella, recibir empatía, confidencialidad, que el psicólogo lo cambie (ideas erróneas), que en poco tiempo va a cambiar sus esquemas, ver una mejoría en su estado rápidamente, ser escuchado, desahogar complejos e ideas, recibir ayuda del terapeuta para tener un cambio, quiere una solución. | | | | |
| | | Categoría: expectativas variadas del paciente respecto a la atención psicológica. | | | | |
| 19 | ¿Cómo debe ser el acompañamiento del terapeuta | -Racional | -Mostrar confianza, Mostrarle que uno no lo va a cambiar simplemente le va a | Es relativo al diagnóstico, bastante comprometido, | -Trabajar de la mano con la persona para ir realizando cada | -Monitorear el proceso, dar seguimiento. |
| | | -Claro | | | personas para ir realizando cada | |
| | | -Breve | | | realizando cada | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|--|
| | cognitivo durante el tratamiento psicológico? | | proporcionar herramientas para el cambio, hacerle responsable de su compromiso para el cambio. | responsable e empático, generar un buen rapport. | etapa de la psicoterapia. -Brindar apoyo. -Evaluar cada etapa del sujeto en el proceso de ayuda. -Monitorear el proceso. | -Elaborar plan de intervención. -Terapia breve. |
| <p>El acompañamiento del terapeuta cognitivo debe ser: Racional, claro, breve, mostrar confianza, mostrarle que uno no lo va a cambiar simplemente le va a proporcionar herramientas para el cambio, hacerle responsable de su compromiso para el cambio, bastante comprometido, responsable y empático, generar un buen rapport. Trabajar de la mano con la persona para ir realizando cada etapa de la psicoterapia, brindar apoyo, evaluar cada etapa del sujeto en el proceso de ayuda, Monitorear el proceso, dar seguimiento, elaborar plan de intervención, realizar terapia breve</p> <p>Categoría: el acompañamiento del terapeuta cognitivo debe ser completo.</p> | | | | | | |
| 20 | ¿Por qué considera usted que es importante que el terapeuta | -Sino no lo hace no hay calidad de atención y las posibilidades de | -Porque cada quien tiene su perspectiva de vida y el psicólogo no lo va a cambiar, solamente | -Porque el comportamiento del terapeuta debe ser neutro siempre. | -Porque de lo contrario no podría brindar ayuda, el rechazo crea una barrera | -Porque el paciente merece respeto, también necesita ser entendido y que |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--------------------------------|
| <p>cognitivo acepte plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida?</p> | <p>cambio en las personas son pocas.</p> | <p>proporcionará herramientas para el cambio.</p> | <p>-No debe haber crítica. -Aplicar código de ética. -Brindar un acompañamiento objetivo.</p> | <p>entre el terapeuta y el paciente.</p> | <p>se sea empático con él.</p> |
| <p>El terapeuta cognitivo debe aceptar plenamente al paciente, su mundo y sus problemas, aunque no comparta su cosmovisión o filosofía de vida, al respecto los psicólogos opinan: sino no lo hace no hay calidad de atención y las posibilidades de cambio en las personas son pocas. Cada quien tiene su perspectiva de vida y el psicólogo no lo va a cambiar, solamente proporcionará herramientas para el cambio. El comportamiento del terapeuta debe ser neutro siempre, no debe haber crítica, mantener su código de ética, debe brindar un acompañamiento objetivo, porque de lo contrario no podría brindar ayuda, el rechazo crea una barrera entre el terapeuta y el paciente y el paciente merece respeto, también necesita ser entendido y que se sea empático con él.</p> <p>Categoría: la aceptación del paciente el vital en los procesos de ayuda psicológica.</p> | | | | | |