

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Percepción de impacto y preferencia por terapias cognitivo conductuales
y humanistas por parte de estudiantes de quinto año de psicología clínica
de la Universidad San Francisco de Quito**

Francisca Barros León

Esteban Utreras, Ph.D., Director de Tesis

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de psicólogo clínico

Quito, abril de 2013

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS

**Percepción de impacto y preferencia por terapias cognitivo conductuales
y humanistas por parte de estudiantes de quinto año de psicología clínica
de la Universidad San Francisco de Quito**

Francisca Barros León

Esteban Utreras, PhD.
Director de la tesis

Teresa Borja, PhD.
Miembro del Comité de Tesis

Esteban Ricaurte, MA
Miembro del Comité de Tesis

Carmen Salvador, PhD.
Decano del Colegio de Ciencias
Sociales y Humanidades

Quito, abril de 2013

© PÁGINA DERECHOS DEL AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: _____

Nombre: Francisca Barros León

C. I.: 171189507-6

Lugar: Quito-Ecuador

Fecha: abril 2013

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, por todo su apoyo y esfuerzo invertido a lo largo de estos cinco años. Sobre todo lo dedico a mi madre ya que sin su apoyo y visión esto no hubiera sido posible.

AGRADECIMIENTOS

A:

Mi madre María Beatriz León Bravo, por haber creído en lo imposible y haberme acompañado todos estos años, teniendo siempre fe en mí. Por todos los consejos y valores que me dio, por ser el ejemplo a seguir siempre.

Mi padre Hernán Barros, por haber sido parte de este paso tan importante en mi vida y por la paciencia y sabiduría con la que ha manejado todo el proceso. Por ser una persona muy importante para mí.

Mis hermanos y hermanas, por haberme acompañado a lo largo de toda esta aventura y no haber dejado de creer en mí. Por su esfuerzo y su comprensión, su guía y todo su amor.

Mi esposo Marcelo Chiriboga, por haber estado en las buenas y en las malas y haber sido un soporte en mis peores momentos y una alegría en los mejores.

Mis profesores, Esteban Utreras, Teresa Borja y Esteban Ricaurte por su tiempo, guía y apoyo. Sin ellos esto no hubiera sido posible.

Mis amigos. Gracias a todos los que estuvieron ahí cuando no sabía qué hacer y que me escucharon y supieron levantarme el ánimo. A quienes me aconsejaron y estuvieron a mi lado.

RESUMEN

Esta tesis investigativa fue diseñada para ver cuál es el impacto percibido y la preferencia que tienen los estudiantes de psicología clínica de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito por las terapias cognitivo conductual y humanistas. Para ver también cómo y hasta qué punto se diferencian la terapia cognitiva conductual y la terapia humanista en la percepción del impacto de terapias cognitivas y humanistas recibidas por estudiantes que cursaban el quinto año de psicología clínica en la Universidad San Francisco de Quito durante el 2012. Para seleccionar a los sujetos se tomó en cuenta que sean estudiantes del último año de psicología clínica, que hayan tomado clases de terapia cognitiva conductual y terapia humanista y que hayan asistido a por lo menos cinco sesiones de terapia cognitivo conductual y de terapia humanista con el fin de manejar sus propios procesos personales. El estudiante debe asistir a un terapeuta cognitivo conductual y a otro humanista para poder comparar entre ambos y que además hayan podido experimentar en sesión por lo menos tres técnicas de cada una de las terapias. Era posible que algunos terapeutas hayan sido los mismos para algunos estudiantes. Para saber todos estos datos se hizo un formulario de filtro el cual se mandó vía electrónica a una lista de estudiantes de quinto año, después se vio cuales cumplían con estos requisitos. Los sujetos que cumplieron con esto fueron ocho, un hombre y siete mujeres. A partir de esto se hicieron preguntas para una entrevista para que los sujetos expliquen su percepción del impacto que tuvo cada terapia en su vida personal, que hablen sobre las técnicas, el terapeuta y el estilo de terapia. Las preguntas dieron muchos resultados, de los cuales se buscaron temas que se repitieran significativamente dentro de los ocho sujetos para poder hacer un análisis cualitativo. Los estudiantes coincidieron en que ambos estilos

terapéuticos son eficientes, además describieron a la terapia cognitivo conductual como una terapia estructurada, rígida, que brinda herramientas útiles para el paciente y el terapeuta y que es una terapia rápida. A la terapia humanista la describieron como una terapia que sirve de base, y que está enfocada a las emociones. Dentro de las preguntas abiertas del cuestionario de filtro, surgieron temas importantes. Uno de los principales es que seis pacientes vieron a su terapeuta humanista como alguien muy empático y que los acompañaba en su proceso, dos sujetos comentaron que les parecía muy tierno su terapeuta. Con respecto a la terapia cognitiva mencionaron que el terapeuta fue claro y bueno explicando las cosas. Las técnicas que más disfrutaron fueron los distintos tipos de silla vacía y los registros de pensamiento. Junto con esto, tres pacientes mencionaron que para ellos fue más importante el terapeuta por la conexión que sintieron.

ABSTRACT

This research thesis was designed to see how the impact is perceived and the preference of students from fifth-year clinical psychology from the University of San Francisco de Quito from cognitive behavioral therapies and humanistic therapies. How they differ from cognitive behavioral therapy and humanistic therapy on the perceived impact of cognitive and humanistic therapies received by students who were in the fifth year of clinical psychology at the Universidad San Francisco de Quito in 2012. To select the subjects, it was taken into account that they were in the fifth year of clinical psychology, who have taken classes of cognitive behavioral therapy and humanistic therapy and who have attended at least five sessions of cognitive behavioral therapy and humanistic therapy in order to manage their own personal processes. The student must attend a cognitive behavioral therapist and other humanist to compare both and also may have experienced in

session at least three techniques for each of the therapies. It was possible that some therapists have been the same for some students. To find all of these data it was used a form of filter which was electronically sent to a list of students to find the people who met these requirements. Subjects who met this were eight, one man and seven women. From these questions was made an interview that wanted to explain their subject's perceived impact that each therapy had on their personal life, talk about techniques, the therapist and therapy style. The questions showed many results, which were sought significantly themes recur within eight subjects in order to make a qualitative analysis. Students agreed that both are efficient therapeutic styles, also described the cognitive behavioral therapy as a structured therapy, rigid and that it provided useful tools for patients and therapists. The humanistic therapy was described as a therapy that is the base for therapy, and focuses on the emotions. Among the open questions in the questionnaire of filter, key themes emerged. One of them is that six patients saw their humanistic therapist as very empathetic and accompanying them in their process, two subjects commented that they thought that their therapist was very tender. About cognitive therapy the subjects mentioned that their therapist was clear and good at explaining things. The subjects enjoyed different techniques like the empty chair technique, or thought register. Along with this, three patients reported that for them it was more important the therapist because of the connection they felt.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción al problema.....	11
Introducción.....	11
Antecedentes	12
El problema	16
Hipótesis	17
Pregunta(s) de investigación	17
Contexto y marco teórico	17
Definición de términos	19
Presunciones del autor del estudio	31
Supuestos del estudio	32
Revisión de la literatura	33
Géneros de literatura incluidos en la revisión	33
Pasos en el proceso de revisión de la literatura	33
Formato de la revisión de la literatura.....	34
Metodología y diseño de la investigación	45
Justificación de la metodología seleccionada	49
Herramienta de investigación utilizada	49
Descripción de participantes	50
Fuentes y recolección de datos	51
Análisis de datos	54
Detalles del análisis	54
Importancia del estudio	88
Resumen de sesgos del autor	89
Conclusiones	91
Respuesta(s) a la(s) pregunta(s) de investigación	91
Limitaciones del estudio	97
Recomendaciones para futuros estudios	98
Resumen general	99
Referencias	100
APÉNDICE A: Preguntas de la entrevista	106
APÉNDICE B: Preguntas de filtro	108

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

En esta tesis se comparan dos de las ramas más importantes de la psicología clínica, la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual. Estas dos terapias son muy influyentes actualmente y tienen técnicas que las diferencian, ambas son efectivas; sin embargo, la percepción de su impacto es variable con respecto a cada persona. Esta investigación busca saber cuál es la diferencia en cómo las distintas técnicas, el terapeuta y el estilo de terapia tienen un impacto en los estudiantes de psicología clínica de quinto año. La investigación se centra en explorar las opiniones, percepciones de impacto, razones para la preferencia por cada una de estas corrientes desde la perspectiva de estos estudiantes. Otro punto importante de esta investigación, es que se basa en las experiencias que tienen ocho alumnos del último año de psicología clínica, por lo cual es un grupo que tiene conocimientos sobre ambas terapias y que tienen una perspectiva desde el terapeuta y la teoría de ambas modalidades de terapia, esto da una visión distinta de la que tiene un paciente que no tiene este conocimiento sobre las terapias. Este tipo de investigación es significativa ya que puede servir como guía para entender mejor cómo los pacientes se sienten cuando ellos hacen terapia y aplican técnicas humanistas y cognitivo conductuales. Esto va a permitir que tengan una perspectiva desde lo teórico y lo práctico con una visión tanto desde el terapeuta como del paciente. Esta perspectiva global permite que el terapeuta entienda mejor a su paciente al momento de poner en práctica las diferentes técnicas. También sirve para entender mejor estas terapias y por consiguiente para dar un mejor servicio a nuestros clientes, ya que finalmente eso es lo único que importa, independientemente del estilo que usemos.

Antecedentes

La historia de la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual: una breve reseña.

La terapia humanista es una terapia que se vio influenciada por un movimiento llamado *contracultura*, el cual se refiere a todos los conceptos, ideologías y creencias que se oponen a lo que la sociedad dictamina en ese momento (Roszak, 1968). Dentro de este movimiento global nace la terapia humanista con autores como Erick Fromm, Karen Horney y Viktor Frankl. La constitución formal de la terapia humanista o “tercera fuerza” en lo que es la psicología se da en los años 60 con la constitución de la Asociación Americana de Psicología Humanista, la cual después cambiaría a Asociación de Psicología Humanista fundada por A. H. Maslow. Ch. Buhier y R. May (Carpintero, Mayor & Zalbidea, 1990). Después, algunos autores como Carl Rogers y Frederick Perls fueron ramificando esta terapia en distintos estilos hasta llegar a Leslie Greenberg, el cual es uno de los más representativos hoy en día. Este autor ha hecho investigaciones sobre todo con respecto a la terapia centrada en las emociones, sus investigaciones incluyen terapia para parejas, depresión y cómo manejar las emociones en terapia (Greenberg, 2010). Sin embargo no se centran en comparar cómo las técnicas y el estilo de terapia es percibida por psicólogos en entrenamiento que hacen sus propios procesos psicoterapéuticos con terapeutas que utilizan diversas modalidades, por el contrario, se centran en ver la efectividad de sus técnicas en personas con distintos trastornos. En el caso de la terapia humanista, existen algunos grados de directividad dependiendo el enfoque, mientras que una característica de la terapia cognitiva es que es bastante directiva siempre, generalmente los terapeutas cognitivos conductuales hacen preguntas más directivas (Elliot, 2012). Los modelos humanistas son modelos que consideran que las emociones y las sensaciones corporales dan información importante a la persona porque son la primera reacción

instintiva frente a los acontecimientos. Cuando el paciente se logra poner en contacto con sus emociones puede entender mejor sus cogniciones y sus comportamientos. Las técnicas que se utilizan en terapia son utilizadas para que el paciente logre contactarse con sus emociones y pueda elaborar cognitivamente sobre ellas. En el caso de la terapia centrada en el paciente el terapeuta se enfoca en la autenticidad, en reflejar lo que su cliente dice y permitir que el cliente descubra por sí mismo qué es lo que necesita (Rogers, 1952). La terapia humanista de Carl Rogers (1962) se enfoca en que el ser humano tiene una tendencia natural de cambiar y crecer. Esto es algo central en la terapia humanista, ya sea de Carl Rogers, de Leslie Greenberg o de Frederick Perls. Hay distintas técnicas que se han forjado en esta terapia; algunas de ellas se centran en la interacción entre el paciente y una persona con la que tenga conflictos, ya sea ella misma u otra persona completamente diferente (Perls, 1952). Esta técnica empezó llamándose “silla caliente” ya que Frederick Perls ponía al paciente en una silla en medio del círculo y lo hacía enfrentar sus problemas de una manera directa; con el tiempo fue evolucionando hasta convertirse en lo que hoy se conoce como la silla vacía (Woldt, 2007). Otras técnicas no se enfocan en el pasado en sí, más bien se centran en cómo se siente la persona actualmente sobre su pasado o se enfocan en los gestos corporales y que sean congruentes con lo que dice la persona y lo que muestra su cuerpo en la sesión. Dentro de las técnicas de la Gestalt de Frederick Perls se pueden encontrar también técnicas supresoras que se enfocan en que el paciente se dedique a vivenciar las cosas el objetivo es que el paciente deje de hacer cualquier cosa que no sea vivenciar el presente, para lo cual puede ayudarse en terapia cerrando persianas o las ventanas para evitar los estímulos externos. También se encuentran las técnicas expresivas, las cuales se consideran como momentos que permitan que se inicie una acción, se concluya o se complete. Se busca expresar lo que no se está expresando. Las técnicas de

integración también son importantes ya que promueven la integración de la personalidad, como fue mencionado anteriormente; que exista congruencia en el cliente (Perls 1975). En focusing no existen técnicas como tal, pero sí pasos a seguir para lograr el “sentimiento sentido”. Lo primero es despejar el espacio, para esto la persona busca un espacio en donde esté cómoda y que además pueda alejar sus preocupaciones de su mente. Después de esto debe escoger una preocupación, lo cual es un asunto sobre el que desee trabajar y que cada parte de la persona acepte trabajar solamente en eso por un tiempo (Gendling, 2007). Se procede a encontrar una “sensación sentida”, en esta etapa se invita a la sensación corporal a tomar forma. Después se necesita encontrar una imagen certera, algo que identifique realmente la sensación sentida, después se hace resonar la imagen, esto quiere decir que se verifica que esa imagen realmente se ajusta a la sensación sentida (Gendling, 2007). El paso siguiente es hacer preguntas finales para posibles ajustes, esto se refiere a hacer preguntas para ver si la sensación sentida cambia. El último paso es el cambio sentido, lo que se refiere a que si la sensación sentida toma un giro o cambia, uno debe aceptar lo que suceda (Gendling, 2007). Todas estas técnicas ayudan a que el paciente se ponga en contacto consigo mismo y esto ayuda finalmente a su proceso terapéutico.

Por otro lado, la terapia cognitiva conductual se enfoca en las cogniciones dentro del proceso terapéutico. Las cogniciones se refieren a las ideas, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado y las expectativas que tiene una persona sobre los distintos sucesos en su entorno (Beck, 1995). La importancia que tienen las cogniciones es central en los procesos humanos en general y en la génesis de los trastornos mentales en particular (Camacho, 2003). La terapia cognitiva tiene técnicas como el análisis y la búsqueda de los pensamientos automáticos y las creencias centrales; también se mandan tareas conductuales para modificar estas creencias (Beck, 1995). Todas

las cuales están conformadas por los pensamientos que las personas tienen del mundo, de ellos mismos y de otros. Esta terapia se ha dedicado a hacer investigaciones sobre la eficacia de sus técnicas, ha demostrado que funciona en un rango amplio de trastornos y esto la hace una de las más usadas actualmente (Beck, 2005).

Ambas terapias son eficaces y tienen enfoques distintos, por lo cual es interesante ver cómo estas diferencias afectan a las personas. La terapia centrada en las emociones ha demostrado ser sumamente efectiva en depresión (Greenberg, 2010). También la terapia cognitiva conductual es sumamente efectiva para este trastorno (Beck, 2005). Junto con esto un meta análisis de Elliot (2012) comenta que con respecto a la ansiedad la terapia centrada en las emociones y la terapia experiencial centrada en la persona son efectivas para tratarla, aunque la terapia centrada en las emociones muestra mejores resultados. Por otro lado también la compara con la terapia cognitiva conductual y muestra que ésta tiene mejores resultados que la terapia experiencial centrada en la persona. Otro meta análisis de Elliott, Watson, Greenberg, Timulak y Freire (2013) indica que en una comparación entre terapias humanistas experienciales y terapias cognitivas conductuales existe una diferencia que no es estadísticamente significativa. Ambas terapias han investigado sobre la eficacia de sus técnicas aplicadas en diversas psicopatologías. La terapia cognitiva conductual cuenta con más de 200 manuales y muchos libros sobre estos temas (Ryan, 2011). Tanto la terapia cognitivo conductual como las terapias humanistas son efectivas pero todavía faltan estudios para entender los procesos que determinan los resultados terapéuticos. La mayoría de investigaciones sobre su efectividad se ha centrado en estudiar a pacientes que reciben terapia. En este estudio, en cambio, los pacientes son realmente estudiantes. La investigación desde los estudiantes permite que se vean sus efectos de primera mano en los mismos estudiantes, por lo cual podremos entender mejor cómo se sienten los pacientes

cuando aplicamos las técnicas en ellos y quizá también si hay técnicas que causan rechazo o no. Toda esta información puede ser muy útil para mejorar la psicología desde el punto de vista de quien experimenta las terapias.

El problema

El problema es encontrar métodos adecuados que permitan entender los factores que determinan la efectividad de una terapia. Se han usado diversos métodos pero ninguno puede explicar en forma completa lo que ocurre en terapia. Por este motivo hay que continuar buscando métodos diversos, no solo desde la perspectiva de un paciente que no conoce sobre terapia sino también desde la perspectiva de los estudiantes de psicología que no solo entienden las teorías, han practicado sicoterapia y además han pasado por la experiencia de ser pacientes de varias corrientes terapéuticas. La efectividad no se mide solamente con un cambio de síntomas o medidas cuantitativas, sino que también es necesario incorporar la visión del cliente en el proceso. No existe suficiente información e investigación disponible sobre cómo afectan los distintos tipos de terapia a los mismos estudiantes. Una hipótesis es que debido a que el campo de la psicología al ser una ciencia relativamente nueva y en muchos aspectos considerada meramente subjetiva, no empieza a hacer sus investigaciones sino hasta épocas recientes. Existe mucha investigación sobre las terapias en los pacientes, tanto en terapia cognitiva conductual como en terapia humanista (Ryan, 2005; Greenberg, 2010). Esto es sumamente importante, pero no es suficiente. Esto quiere decir que en el campo de la psicología queda muchísimo por descubrir y más aun con respecto a nosotros mismos, los psicólogos.

Hipótesis

Como hipótesis se considera que: 1) La relación que tienen los sujetos con el terapeuta va a determinar cuál de las dos terapias tuvo un mayor impacto en su vida. 2) El terapeuta que se muestre más empático va a generar que el sujeto se incline más hacia esa terapia 3) Los terapeutas humanistas van a tener las cualidades de genuinidad, aceptación incondicional y empatía y esto va a generar un mayor impacto para los sujetos. 4) Los sujetos se verán más afectados por trabajar más con sus emociones y no con sus cogniciones. 5) La percepción de la terapia cognitiva conductual será que es efectiva y una herramienta para la vida diaria, pero no tan profunda como la terapia humanista. 6) Las técnicas de la terapia humanista van a ser más aceptadas ya que trabajan con las emociones de la persona y buscan profundizar lo que causan.

Pregunta de investigación

Cómo y hasta qué punto se diferencian la terapia cognitiva conductual y la terapia humanista en la percepción del impacto y la preferencia de la terapia cognitiva conductual y la terapia humanista aplicada en estudiantes de quinto año de psicología clínica.

Contexto y marco teórico

Es importante considerar que dentro de esta investigación se busca encontrar la manera en la cual dos tipos de terapias influyen y afectan a los estudiantes de último año de psicología clínica de la Universidad San Francisco de Quito. El enfoque utilizado para esta investigación de tesis, es un enfoque psicológico que pueda explicar cómo se ven afectados los estudiantes. Con esta perspectiva se espera entender cómo perciben cada terapia en las personas con conocimiento sobre psicología. El marco teórico se basará en la parte teórica en las teorías de Aaron y Judith Beck en la parte cognitiva y en Leslie

Greenberg, Carl Rogers y Frederick Perls por la parte humanista. Estos autores cuentan con investigaciones que respaldan sus teorías y son autores que han hecho avances importantes en psicología (Ryan, 2011; Martinez, 2011 Woldt, 2007); por este motivo se considera importante tenerlos como base de investigación. En la parte investigativa se verán dos meta análisis por Elliot et. al. (2012, 2013) y También se implementarán teorías de otros autores que tengan información significativa dentro de estas ramas de la psicología, sobre todo las que involucren las opiniones de terapeutas sobre las técnicas de cada teoría ya que es la información más cercana a esta investigación.

El propósito del estudio.

Esta investigación tiene varios propósitos. Uno de ellos es servir como guía en cuanto a lo que piensan los estudiantes sobre la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual; así en un futuro ser de ayuda para profesores y estudiantes. Esto se lograría al usar la opinión y experiencia de los estudiantes ya que cuentan con conocimiento teórico y práctico de las terapias y junto con esto, son personas que no necesariamente van con un problema específico a consulta, por lo que pueden dar una visión diferente sobre la terapia. Otro propósito es empezar con investigaciones sobre psicología clínica en el Ecuador, poder analizar la percepción del impacto que tiene la terapia en nuestro país y cómo se emplean las distintas técnicas de terapia en el entorno ecuatoriano. De esta manera el país empezará a tener información valiosa que pueda ser encontrada y estar a la par con otros países más desarrollados. También se busca encontrar información relevante sobre el tema para ayudar como guía a futuros terapeutas y dar un mejor servicio a nuestros clientes. Por otro lado, se quiere dar disponibilidad de la información encontrada para que cualquier persona se pueda beneficiar y ponerlo en práctica, quizá también poder incentivar a otras personas a que continúen con la investigación en nuestro país. Finalmente, también es

importante ya que la Universidad San Francisco de Quito podrá contar con información sobre la experiencia que están obteniendo sus estudiantes de quinto año de psicología en terapia con profesionales ya graduados en la carrera, lo cual brindará una guía para mejorar las herramientas prácticas utilizadas por la universidad en el área psicológica y también para mejorar la calidad de profesionales que se gradúan de la misma.

El significado del estudio.

La información sobre las opiniones de los estudiantes es importante porque provee datos sobre los factores que ayudan a generar más atracción de los estudiantes hacia una terapia u otra. Esto puede ayudar a los futuros psicólogos a proveer un mejor servicio a los pacientes y también a la universidad a analizar cómo se presentan ambas terapias ante los estudiantes. En este sentido, es un estudio que puede ayudar a muchos psicólogos que quieran estudiar cualquiera de las dos terapias o que quiera mejorar su servicio y se puede generalizar a otros estudiantes de psicología ya que estas terapias son aplicadas mundialmente y han demostrado funcionar en distintas culturas y géneros. Por último, también se busca agregar investigaciones sobre psicología a nuestro país.

Definición de términos

Percepción del impacto de la terapia

En esta investigación el impacto de la terapia se refiere a los efectos percibidos por el paciente que ha recibido una terapia específica. A la huella que puede dejar una sesión en un paciente, las cosas que se trabajan en sesión y que se vuelvan útiles para el paciente (Timulak, 2007). Se da cuando el paciente identifica un momento importante para él en la terapia (Timulak, 2010). Se relaciona con la relación terapéutica, resultados de las sesiones y el resultado de la terapia en sí. Es importante reconocer que la percepción del impacto de

sesión y de la terapia es algo sumamente ambiguo y no siempre coinciden las opiniones del terapeuta y del paciente, además depende mucho del contexto en el que se da (Timulak, 2010). Para algunos pacientes el impacto tiene que ver con la relación con el terapeuta, para otros significa conocer algo de ellos o alguien más que antes no conocían o un cambio personal (Elliot et. al, 2013). El estudio de Elliot et al. (2013) muestra que para que exista un impacto positivo es importante que exista la empatía, entendimiento, una guía, atención y la posibilidad de estimular la conciencia constante. La relación con el terapeuta y lo que él puede hacer dentro de la sesión es importante ya que brinda o no todas estas cualidades. En esta investigación se vio que el proceso de cambio se daba porque el terapeuta respondía ante el sufrimiento de la persona, se movilizaron las necesidades que no fueron satisfechas previamente o que el terapeuta haya mostrado compasión y afirmación sobre esas necesidades.

Terapias

Terapia Humanista.

La terapia humanista es una corriente que nace en los años 60 como una contraparte a la terapia conductista y al psicoanálisis. Este tipo de terapia está muy asociada con la terapia existencial, la cual se enfoca mucho en el ser humano, con sus limitaciones y con las dimensiones trágicas de la misma (Martínez, 2011). Una de las bases de la terapia humanista nace desde el principio en el que si el terapeuta es capaz de darle un cierto tipo de relación al cliente, éste, será capaz de usarla de tal manera que encuentre en sí mismo la capacidad de crecer (Rogers, 1989). Este tipo de relación necesita tres componentes fundamentales, el terapeuta debe ser genuino con su cliente, debe tener una aceptación incondicional positiva y empatía. Estas tres características permiten entender a la persona como un individuo separado de su problemática, entender o intentar entender

genuinamente lo que le sucede y no juzgarlo (Rogers, 1989). Junto con esto, también se basa en la premisa que el ser humano no puede separarse de su entorno ni el entorno del ser humano, por lo cual esta interacción entre ambas partes es fundamental para el cambio (Rogers, 1989). Además consideran que las emociones son fundamentales porque son una base para el significado que dan las personas a sus experiencias (Elliot et. al, 2013). La rama humanista de la psicología se enfoca mucho en lo no verbal y se cree que una persona que tenga en sesión las condiciones adecuadas para crecer, lo hará naturalmente (Rogers, 1953). Rogers menciona tres condiciones básicas para la terapia, la aceptación incondicional positiva, congruencia con el paciente, ser honesto y genuino y por último mostrar empatía (Rogers, 1953). Todos estos enfoques ven al ser humano como su centro, se preocupan mucho de las emociones y de cómo la persona se presenta en la terapia, el reflejo también es parte importante de estos estilos (Martínez, 2011).

Para la terapia centrada en el cliente es importante ser menos directivo y darle más espacio al paciente para que se dé su proceso personal. Es una terapia que se enfoca en el hoy y el ahora, en lo que sucede en la misma sesión (Konrad & Yoder, 2000). Este tipo de terapia permite que el paciente guíe la sesión y que encuentre el sentido de la terapia por sí mismo, el terapeuta en terapia centrada en el paciente interactúa muy poco en la sesión, escucha y refleja mucho. La terapia centrada en el paciente es la menos directiva dentro de la terapia humanista ya que no pretende en ningún momento guiar, sino solamente acompañar al cliente en su proceso de crecimiento personal (Rogers, 1953).

En la Gestalt se es más directivo ya que constantemente se señalan incongruencias para que el paciente esté consciente de ellas y se usan técnicas como la silla vacía, la cual ya necesita dirección para poder ser aplicada (Perls, 1973). Dentro de esta terapia también la persona es el centro, pero a diferencia de la terapia Rogeriana, se enfoca más en las

incongruencias del paciente y busca mucho traer lo inconsciente a lo consciente. El rol del terapeuta es saber escuchar a su paciente y ver los momentos indicados para aplicar ciertas técnicas que permitan al paciente entender o ver las situaciones de una manera diferente (Rogers, 1953). Ser congruentes con ellos mismos dentro y fuera de la sesión. Por parte de la Gestalt el cliente debe poder diferenciar el fondo de la figura, el fondo se refiere a lo que contiene los elementos interrelacionados del contexto, pero no son centro de atención; por otro lado la figura es lo que se destaca es un espacio o campo que se destaca (Perls, 1973). Cuando la persona aprende a diferenciar estas partes, puede darle la importancia a cada una y ver su interacción con ambas, de esta manera podrá buscar su significado.

Para focusing lo importante es encontrar una sensación sentida y darle forma para que aclare lo que sentimos realmente ante una situación que nos acongoja, por eso le da un espacio al cuerpo para que nos de la información que tiene sobre una situación y esto nos permita después entenderla y aceptar lo que nos sucede (Gendling, 2007). Este tipo de terapia tiene un grado de directividad ya que se guía al paciente para que vaya experimentando esa sensación, sin embargo es él quien maneja el ritmo de este proceso, el terapeuta lo acompaña (Gendling, 2007).

En el caso de la terapia centrada en las emociones de Leslie Greenberg es directiva ya que guía al paciente a experimentar sus emociones y cambiarlas (Greenberg, 2010). Intenta que el paciente vaya desde las emociones primarias a las secundarias y que pueda ver la diferencia para que cuando logre manejarlas pueda sentirse mejor. En esta terapia también se usan técnicas como silla vacía, focusing, Gestalt y terapia centrada en el paciente; en los cuales el terapeuta va guiando al paciente dentro de un proceso (Greenberg, 2010).

Terapia Cognitiva Conductual.

La terapia cognitiva conductual es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de que la psicopatología se mantiene porque la percepción y la estructura cognitiva de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta y mantienen la psicopatología (Beck, 1967 y 1976). Esto quiere decir que los pensamientos que la persona tiene son los que mantienen conductas y emociones, tanto negativas como positivas. Este proceso de percepción cambia en cada persona y esto hace aún más interesante la aplicación que ha tenido esta terapia en los distintos ámbitos de la psicología clínica (Riso, 2006). Uno de sus enfoques más importantes es el modelo cognitivo. Beck (1995) indica que el modelo cognitivo implica la teoría de que las conductas y las emociones de las personas se ven afectadas por su percepción de los eventos, no es una situación en sí misma, si no, como la persona la reconstruye en su mente (Beck, 1964; Ellis, 1962). El modelo cognitivo es una manera de presentar el problema de percepción que tiene un paciente, en ese momento si se logra modificar ese problema, las emociones varían en su intensidad y las conductas cambian; pudiendo ser así también la fuente para cambiar y reestructurar las creencias de la persona (Riso, 2006), Este modelo se aplica a distintos trastornos y cambia según cada uno de ellos, sin embargo sigue manteniendo la importancia a las cogniciones que tenemos en una situación dada. Desde esta perspectiva se dan las tareas y las actividades que se hacen en terapia. Para modificar las creencias de una persona, se usa el modelo cognitivo en la parte de reconocer este problema de procesamiento, sin embargo el siguiente paso es encontrar evidencia y lógica dentro de estos pensamientos para poder encontrar pensamientos alternativos que no causen disfunción (Leahy, 2003). Se ha demostrado que este tipo de terapia funciona en un amplio rango de trastornos como la depresión, ansiedad y trastornos de la personalidad. Esto se

debe a que esta estructura se puede aplicar a diferentes personas y diferentes problemáticas debido a que analiza como la persona interpreta las situaciones y no se enfoca en la situación en sí (Riso, 2006). Las técnicas que son usadas en esta terapia son para buscar evidencia que apoyen o rechacen los pensamientos que tiene la persona, de esta manera se usa la lógica para que la persona por sí misma pueda ver un pensamiento como irracional y disfuncional; lo cual permitirá que pueda empezar a buscar pensamientos alternativos ante una situación y esto a su vez cambiar sus emociones y sus acciones. Todo esto permite que el paciente encuentre por sí mismo una solución a sus problemas y que las herramientas aprendidas en terapia después las pueda reproducir en su vida sin necesidad de ir a terapia (Leahy, 2003).

Técnicas de la Terapia Humanista

Silla vacía.

La silla vacía es una técnica que nace Frederick Perls y la Gestalt. Se usa para explorar el entorno y a uno mismo por medio de la exploración. La técnica se basa en tener 3 sillas, una para el terapeuta, otra para el paciente y otra silla vacía. En esta silla se pondrá una persona imaginaria, esto se puede dividir en uno mismo, siendo esto un “self Split” o “yo dividido”. Esto se da cuando la persona tiene un conflicto interno consigo mismo y tiene que separar ambas partes para que interactúen y la persona explore ambas partes por separado. Los otros casos se dan cuando el conflicto es con otra persona y ahí el paciente imagina a la persona deseada en la silla vacía e interactúa con ella para resolver algún conflicto; de esta se pueden tener algunas variables como asuntos inconclusos con una persona no disponible, o con una situación o evento importante, con la cual se resolverán distintos conflictos de la persona (Feliciano, Medina, Tadio; 2009)

Reflejo.

El reflejo es una técnica que se usa comúnmente en la psicología, pero fue nombrado y reconocido por Carl Rogers (1952). Carl Rogers se refiere a esto como la imagen de la comunicación emocional; si el paciente dice: “me siento pésimo, como si estuviera en un agujero”, el terapeuta puede reflejar esto diciéndole algo como “Claro, te sientes muy mal porque sientes que la vida no te ha tratado bien” Al hacer esto, el terapeuta le está comunicando al paciente que de hecho está escuchando y se está preocupando lo suficiente como para comprender (Rogers, 1995). Esto es una empatía genuina, el terapeuta humanista usa esta técnica todo el tiempo en terapia. Sin embargo, si bien se ve como algo simple, es una técnica que debe ser congruente y genuina, no debe ser una práctica que se aplique sin sentido ya que esto es percibido por el paciente y tiene efectos contraproducentes como que el paciente sienta que es algo falso y lo perciba como una falta de interés y de respeto; esto podría causar que el paciente se cierre o incluso que no quiera regresar a terapia (Rogers, 1952). Si se aplica de una manera genuina, esta herramienta es muy útil cuando se trata de construir una buena alianza terapéutica.

Focusing.

Esta es una herramienta desarrollada por Eugene Gendlin (1953). Él lo define como, primeramente, prestarle atención a una sensación holística, implícita en el cuerpo (Gendlin, 1981). Esto quiere decir que uno debe estar consciente de lo que nuestro cuerpo nos indica en todo momento ya que nos provee de información valiosa para actuar. Gendlin indica que para este proceso se debe tener un espacio tranquilo, a solas o con otra persona y que esto nos puede dar claridad mental respecto a lo que sentimos y pensamos y de esta manera podremos actuar de una manera más adecuada y congruente (Gendlin, 1981).

Señalar incongruencias.

Esto es algo que podría considerarse una técnica ya que se ve como la búsqueda de la “Gestalt” o de la unión de las partes, un todo y no como la terapia de Frederick Perls. Lo que se busca en terapia haciendo énfasis a lo que la persona muestra, con lo que dice y con lo que hace. Haciendo que la persona vea esto, se quiere conseguir que haya congruencia entre lo que la persona siente, con lo que dice y lo que hace y de esta manera sea una persona completa ya que se cree que así se logra entrar a un proceso de sanación propia (Perls, 1973). El terapeuta debe estar pendiente de los detalles que el paciente muestra, físicos, verbales y conductuales. Por ejemplo, una paciente llega a terapia porque su esposo a muerto, ella cuenta la historia con palabras muy tristes, sin embargo tiene una leve sonrisa en la cara. Esto no muestra una congruencia entre lo que dice que siente y lo que su rostro indica, por lo cual el terapeuta puede indicarle lo que ve y de esa manera profundizar en eso.

Repetición de palabras.

La repetición de palabras se basa en que el paciente repita alguna palabra o frase hasta que lo diga con el sentimiento que tiene. Esta técnica intenta que el paciente al repetir una palabra logre sentir realmente lo que está diciendo para de esta forma sea congruente entre lo que dice, lo que siente y lo que hace (Perls, 1973). Muchas veces este proceso permite que el paciente entienda más lo que está experimentando.

Exageración de gestos.

Esta técnica permite al igual que la repetición de palabras o frases que la persona sienta lo que está haciendo. A veces las personas dicen una cosa con palabras y otra con el cuerpo, por lo que la repetición de gestos permite que la persona se vuelva consciente de esto (Perls, 1973).

Hacer lo contrario.

Esta técnica permite que el paciente asuma como suyas las proyecciones que emite. Un ejemplo de esto es si el paciente en terapia dice: “mi padre me odia” el terapeuta puede decir “imagina por un momento que eres tú quien odia a su padre, ¿qué sientes en ese momento? Esto podría permitir que el paciente se consciente de lo que le sucede y lo pueda externalizar (Perls, 19973).

Gráficos de emociones.

Los gráficos de emociones permiten que lo inconsciente salga al consciente, el paciente dibuja cómo representaría gráficamente la emoción que está experimentando (Oaklander, 1992). Esta técnica es muy utilizada para tratar niños y adolescentes en Gestalt.

Técnicas de la Terapia Cognitiva Conductual**Registro de pensamientos automáticos.**

El registro de pensamientos automáticos es una técnica que se usa para que la persona se dé cuenta de los pensamientos que tiene ante distintas situaciones. Estos pensamientos son como reacciones que una persona tiene instantáneamente ante una situación, pueden venir en forma de pensamiento o como imagen, y muchas veces pueden ser mal adaptativos y generar problemas, por lo que su registro es importante para poder cambiarlos (Beck, 1995). Para aplicar esta técnica, se hace un cuadro en el que se escribe una situación, al lado de esto la emoción con un porcentaje de intensidad entre 0 y 100, después el o los pensamientos que surgen después de ese momento. Se anota la distorsión cognitiva de cada pensamiento, una respuesta racional alternativa y el resultado de cómo se siente después, puesto también con su porcentaje. Esto se hace para reconocer el pensamiento y la emoción, después se va trabajando en la distorsión cognitiva que tiene

ese pensamiento, que tan factible es y se da evidencia que lo apoye y también evidencia que lo rechace y se busca un pensamiento alternativo, poniendo al lado de todo esto el porcentaje de creencia en cada una de las partes. Todo este proceso se hace con el paciente, respetando su ritmo y se puede aplicar durante toda la terapia.

Tabla 1 Registro de pensamientos automáticos de Aaron Beck (1979)

Registro de pensamientos automáticos					
Situación	Emociones	Pensamiento automático	Distorsión Cognitiva	Respuesta Racional	Resultado
Describa brevemente la situación real que le causó una emoción desagradable.	Especifique cómo se sintió: triste, ansioso, alegre, etc. Y ponga la intensidad de la emoción de 0 a 100%	Escriba el pensamiento o pensamientos que acompañaron esta situación y emoción.	Identifique la o las distorsiones cognitivas que se presentan con el pensamiento.	Anote una respuesta racional para cada pensamiento automático	Anote y califique la intensidad de sus emociones posteriores de 0 a 100 %
Una amiga mía pasa a mi lado sin saludarme.	Triste 70% Irritada 90%	Le caigo mal y por eso no me saluda. Nunca voy a poder hacer o mantener amigos. Soy una persona desagradable.	Generalización, Catastrofización, Etiquetación.	Quizá no me vio. No porque ella no me saludó quiere decir que no voy a tener amigos. Quizá ella estaba teniendo un mal día y por eso no me saludó, no quiere decir que yo sea desagradable.	Triste 50% Irritada 30%

Experimentos conductuales.

Los experimentos conductuales son tareas que se mandan en la terapia para que el paciente los realice fuera de ella y después discutir lo que sucedió en la sesión siguiente. Estos experimentos son situaciones que generalmente son complejas para la persona y le traen problemas, entonces el terapeuta le manda una tarea más simple y que le cause menos ansiedad para que pruebe sus nuevas habilidades y eso pueda ayudar a su tratamiento (Beck, 1995). Estos experimentos están diseñados para preparar al paciente para que pueda lidiar con situaciones muy estresantes paso a paso, es como una exposición gradual que puede ayudarlo a sentirse más cómodo con eventos que antes le generaban

muchos problemas. Es importante discutir lo que sucede en esa situación en la terapia y ver los avances o retrocesos del paciente para el tratamiento, también es importante ir al ritmo del paciente y no mandar algo que sea muy difícil para la persona ya que esto puede generar más frustración y ansiedad (Beck, 1995).

Técnica del pie o del pastel.

Ésta técnica se basa en graficar en un círculo cuánto tiempo le dedica el paciente a cada actividad diaria y a su problema. Después se le pide al paciente que grafique de la misma manera cómo quisiera repartir su tiempo y poner otras actividades que podría realizar si no usara su tiempo de esa manera. Esto ayuda a que la persona tenga una perspectiva visual de su tiempo y muchas veces permite que vea cuánto de su día le dedica a su trastorno o problema (Beck, 1995).

Registro de creencias intermedias y centrales.

Cuando el paciente ha completado varios registros de pensamientos, se puede ir encontrando temas que se repiten. En este punto se puede seguir con el registro de creencias intermedias y creencias centrales. Las creencias intermedias son pensamientos adjudicados a algo, muchas veces son reglas, actitudes y supuestos (Riso, 2009). Un ejemplo de esto puede ser una paciente que tiene problemas en sus relaciones de pareja y tiene una creencia intermedia en la que piensa “tengo que ser delgada para mantener una relación amorosa”. Este tipo de pensamiento es una suposición de las cosas y es algo que en su mente se debe cumplir (regla). Las creencias centrales son muy rígidas y son la explicación que el paciente tiene del mundo que lo rodea y de sí mismo (Beck, 1995). Un ejemplo relacionado con el anterior puede ser, esta misma paciente que tiene problemas de pareja, piensa que solamente las mujeres delgadas son felices y obtienen lo que desean. Esta creencia es una explicación que ella da a las cosas, entonces si no cumple con éste

requisito, va a tener sentimientos que le generen malestar. Estas creencias son parte de la estructura del paciente y es por esto que crean tanta disfunción y que son tan difíciles de cambiar.

Registro de distorsiones cognitivas.

Las distorsiones cognitivas son errores del pensamiento y del procesamiento de la información (Beck, 1990). El registro de esto ayuda a que la persona pueda procesar de manera más objetiva la información. Hay 15 distorsiones cognitivas (McKay, Davis & Fanning, 1988)

- Abstracción selectiva o filtraje que consiste en que solo se percibe lo congruente con el estado de ánimo de la persona.
- Pensamiento polarizado en el que se perciben los acontecimientos de manera extrema sin tener en cuenta las partes intermedias.
- Sobre generalización, el sujeto saca una conclusión general para todos los aspectos de su vida de un evento concreto.
- Interpretación del pensamiento, se interpretan sin base lógica las intenciones de las demás personas hacia uno.
- Visión catastrófica, en donde el sujeto imagina el peor escenario para una situación.
- Personalización, consiste en relacionar todos los eventos como si tuvieran relación con uno mismo.
- Falacia de control, consiste en pensar que uno tiene el control de todos los sucesos, así sean ajenos.
- Falacia de justicia, consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con los deseos personales.
- Razonamiento emocional, es la tendencia a creer que siempre se tiene un motivo legítimo para sentirse de una u otra manera.
- Falacia de cambio, se basa en la creencia de que todo cambio en el bien estar propio depende de que el resto cambie.
- Etiquetación, consiste en dar una etiqueta generalizadora a las personas y eventos, usando el verbo ser.

- Los "deberías" que consisten en la tendencia a exigirse a uno mismo y a las otras personas acciones que vayan hacia una dirección específica.
- Culpabilidad, esto consiste en la tendencia a atribuir sin evidencias la responsabilidad de los eventos totalmente a uno mismo o a los demás.
- Falacia de razón, esto se refiere al hábito de no escuchar las razones de otras personas y siempre pensar que se tiene la razón.
- Falacia de recompensa divina, esto se refiere a la tendencia de esperar que los problemas se resuelvan por medio de algo divino sin tomar acción por uno mismo.

Si bien todas las técnicas son muy utilizadas por ambas terapias (TCC y TH), eso no significa que son exclusivamente de ellas ya que hay técnicas que son usadas por otros estilos de terapia como por ejemplo Focusing, que es también utilizado como Mindfulness en la terapia dialéctica conductual, psicoanálisis y terapia positiva o también como la técnica del pie, el registro de pensamientos y las tareas conductuales que se usan en la terapia dialéctica (Anchorena, 2012).

Presunciones del autor del estudio

Se presume que los estudiantes respondieron de manera honesta y con el conocimiento necesario sobre ambas terapias. Para esta tesis también se presume que todos los participantes contestaron de acuerdo a sus creencias y experiencias reales y no en base a lo que otras personas piensan sobre las terapias. Se presume que la información obtenida de los ensayos académicos y libros pueden ser usados a pesar de tener diferencias culturales, por lo cual no generan un cambio en los resultados.

Supuestos del estudio

Para esta tesis, se cree que existe una diferencia en cómo los estudiantes de quinto año de psicología clínica perciben la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual.

Se busca saber cuál de las dos agrada e impacta más a estos estudiantes y el por qué. Se empieza la investigación suponiendo que hay factores que pueden determinar esto, como la calidad del terapeuta, el tipo de técnicas que aplican durante la terapia y los prejuicios que tiene cada persona sobre las diferentes terapias. Se quiere determinar cuál de los factores determina esto y si efectivamente existe una diferencia en la preferencia de una u otra terapia. También comparar que estilo de técnicas con aquellas que causan un mayor impacto en las personas.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

En esta sección se explica bajo qué parámetros se realizará tu revisión de literatura. Por un lado, deberás explicar los géneros que se considerarán. Después de esto deberás explicar los pasos que realizarás y el formato en el cual harás la revisión.

Géneros de literatura incluidos en la revisión

Fuentes.

Las fuentes utilizadas son libros de ambas terapias, Cognitive Therapy, basics and beyond (1995) de Judith Beck, Emotion-Focused Therapy (2010) de Leslie Greenberg, On becoming a person de Carl Rogers (1995) y The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy (1973) de Frederick Perls. Los cuales son autores reconocidos en el área y fueron libros utilizados en las clases dictadas en la Universidad San Francisco de Quito. Junto con esto, se toman ensayos académicos de la base de datos electrónicos llamada “EBSCO” (Elton B. Stephens Company) la cual es una corporación privada y la mayor agencia mundial de suscripciones (ebscoind, 2013). Además se usaron revistas científicas de psicología. Por último, los datos tomados son resultado de las preguntas de las encuestas que realizaron los sujetos que participaron en la investigación.

Pasos en el proceso de revisión de la literatura

Los pasos que se siguieron en esta investigación empezaron con la pregunta de investigación. Después de esto se empezó a buscar información relevante sobre ambas terapias y hacer una lluvia de ideas, lo cual consiste en anotar todos los temas e ideas que parecían relevantes y que se relacionan con el tema principal y después formular las preguntas para las entrevistas. Estas a su vez generaron más preguntas y de esto se sacaron

más ideas para buscar información en EBSCO y en los libros mencionados anteriormente. Hablar con los profesores encargados de cada materia fue importante ya que esto llevó a tener una mejor guía en cuanto a la información relevante y a lo que sería más útil para la tesis.

Formato de la revisión de la literatura

El diseño de la revisión se realizó por temas ya que hay varios autores muy relevantes que han hecho artículos en fechas muy distantes unas de otras. Esto permite que en cada tema se tenga la perspectiva de distintos autores en distintas épocas.

Beneficios y limitaciones de la terapia humanista.

La terapia humanista es una terapia que cuenta con una gran variedad de beneficios. En la terapia centrada en el cliente de Rogers al no ser directiva el paciente saca sus propias conclusiones de lo que sucede en la sesión (Rogers, 1989). Esto es sumamente beneficioso ya que la persona va avanzando a su propio ritmo y lo que aprende durante el proceso terapéutico es algo propio y no desde la perspectiva del terapeuta; es fundamental que el paciente cree sus propios conceptos e ideas en sesión para que los tome como propios y los internalice, así generando un cambio de crecimiento. Por otro lado, el “clima” que provee la terapia permite que el paciente se sienta aceptado y que esto lo ayude aceptarse a sí mismo, lo cual es una ventaja para su proceso (Rogers, 1989). Esto es fundamental ya que provee un entorno saludable que puede servir como ejemplo para que el paciente aprenda a tratarse a sí mismo de esa manera. Se le da especial importancia a la espontaneidad y libertad del paciente, lo que permite fortalecer el autoestima dándole importancia a los propios méritos (Rogers, 1989). Esto sigue ayudando al proceso en el cual el paciente aprende nuevas cosas sobre sí mismo, va ganando confianza en sus

acciones y emociones y también valida lo que está experimentando. Desde esta base, la terapia humanista cree arduamente en que el paciente posee en sí mismo todas las claves para el cambio, además de la tendencia natural de avanzar hacia la madurez, se piensa que la terapia permite que esta tendencia se vuelva activa en vez de latente (Rogers, 1989). Este tipo de enfoque le permite ver una capacidad de cambio intrínseca en la terapia.

La terapia humanista, sobre todo focusing, una terapia que permite al paciente centrarse en su cuerpo y sus emociones, sentir lo que el cuerpo expresa de una manera en la que usualmente no lo experimenta, esto es una herramienta que permite al paciente experimentar nuevas sensaciones y estar más pendiente de sí mismo (Gendling, 2007). Es una terapia que se centra en el “todo” de la persona, en sus experiencias y emociones (Moyano, 2008); lo cual ayuda a ver desde una perspectiva holística al paciente. Se le pone un énfasis al ambiente de la persona como algo con lo que interactúa y a su vez es parte de él (Perls, 1973). Es una terapia que denomina al paciente como cliente ya que no desea etiquetar como si estuviera enferma la persona, simplemente lo ve como alguien con necesidades (Rogers, 1989). Existen diferentes técnicas que usa la terapia humanista que son sumamente beneficiosas para el sujeto. Una de ellas es “focusing”, la cual permite que el paciente empiece un proceso de introspección que a la larga le permitirá conocerse mejor y entender sus emociones de mejor manera (Gendling, 2007). La silla vacía permite que la persona entienda desde otra perspectiva las diferentes problemáticas a las que debe enfrentarse (Perls, 1973) y esto puede generar mayor comprensión y empatía. La importancia que se le da a las emociones en esta terapia ayuda a la aceptación, expresión, utilización y regulación de la emoción como una parte del cambio fundamental de las personas (Greenberg, 2011). “La terapia humanista busca fortalecer el yo, regular el afecto y crear nuevo significado” (Greenberg, 2011. pp 3). Este proceso de crear un nuevo

significado es lo que le permite al paciente experimentar las cosas de una manera diferente y más adaptativa, lo cual se vuelve una experiencia beneficiosa para el paciente en su proceso. Otra fortaleza que tiene este tipo de terapia es que considera que las emociones tienen un potencial adaptativo innato (Greenberg, 2011), para lograr esto, el paciente debe aprender a regular esta función en terapia. Los aspectos emocionales de la terapia humanista son los que generan una buena recepción por parte de los pacientes (Watson, Jeanne & Bedard, 2006). La limitación más importante de esta terapia es que si no existe una alianza terapéutica fuerte, el paciente va a mostrar resistencia ante el proceso terapéutico y también un nivel mayor de desacuerdo con las respuesta del terapeuta (Elliot et al., 2013).

Beneficios y limitaciones de la terapia cognitiva conductual.

La terapia cognitivo conductual es sin duda una de las terapias más utilizadas actualmente, ya que ha avanzado en cuanto a su teoría, práctica e investigación (Riso, 2006). En las últimas décadas ha tenido un incremento en su uso y además es una de las terapias que más trastornos trata eficazmente (Bas, 1995). La terapia cognitiva conductual es una terapia con un enfoque directivo, activo, estructurado y con un tiempo límite para tratar una variedad de trastornos (Beck, 1976). Esto puede ser tanto un beneficio como algo negativo ya que por un lado se enfoca en obtener resultados de manera rápida, pero también puede ser experimentado como algo apurado para el paciente. Por este motivo es importante saber mantener un equilibrio entre ambos para sacar el mayor provecho posible. Autores como Aaron Beck y Judith Beck han hecho muchas investigaciones para comprobar la utilidad de esta terapia, además de contar con el Instituto Beck de terapia cognitivo conductual en el cual desarrollan investigaciones sobre esta terapia para

diferentes trastornos. La terapia cognitivo conductual ha probado ser efectiva ya que logra las metas deseadas en trastornos tan diversos como ira hasta depresión o ansiedad (Beck & Fernández, 1998), lo cual la hace una opción que muchos terapeutas toman al momento de tratar a un paciente. Su efectividad ha comprobado ser mayor que el placebo y otros acercamientos psicosociales (Barlow, 2008). Por este motivo, este estilo de terapia se ha mantenido como una de las más utilizadas por distintos terapeutas en el mundo.

Esta terapia cuenta con muchos beneficios tanto para el paciente como para el terapeuta. Uno de ellos es que cuenta con una estructura que brinda una guía paso a paso durante todo el proceso y eso ayuda a reducir la ansiedad del paciente y el terapeuta en sesión (Beck, 1995). Esto permite que este estilo de terapia sea muy instructivo (Pucci, 2010) y que facilite su implementación en terapeuta con poca experiencia. Este tipo de terapia pone énfasis a que sea a corto plazo (Pucci, 2010). Este factor la vuelve muy recomendable ya que los pacientes pueden percibir sus beneficios en un corto periodo de tiempo y esto genera adherencia a la terapia. Este es un beneficio importante ya que muchas veces el paciente entra a terapia desamparado y con mucho tiempo intentando solucionar su problemática. Si la terapia da resultados pronto, sirve como un incentivo para que el paciente siga yendo a terapia y haciendo sus deberes (Beck, 1995); lo cual al mismo tiempo ayuda a que su recuperación se dé en un tiempo más corto. La terapia cognitiva conductual es una terapia con un enfoque directivo, activo, estructurado y con un tiempo límite para tratar una variedad de trastornos (Beck, 1976). Esto puede ser tanto un beneficio como algo negativo ya que por un lado se enfoca en obtener resultados de manera rápida, pero también puede ser experimentado como algo apurado para el paciente. Por este motivo es importante saber mantener un equilibrio entre ambos para sacar el mayor provecho posible.

Por otro lado, se enfoca mucho también en solucionar la raíz del problema, por lo cual sus resultados son duraderos (Pucci, 2010). Está basada en pensamientos y comportamientos que causan disfunción al paciente, por lo cual es una terapia que se adapta a cada persona y esto la hace muy versátil al momento de tratar un trastorno. Cada tarea está hecha para el paciente que se está tratando, la tarea debe ser diseñada de acuerdo a lo que se ha tratado en sesión y por este motivo se considera una terapia bastante personalizada (Barlow, 2008). Hay estudios que muestran que en el tratamiento intensivo del trastorno de pánico con agorafobia se ven resultados a los dos días (Barlow, 2008). Es por esto también que ha sido utilizada para tratar un amplio rango de trastornos psicológicos (Beck & Fernández, 1998). Al enfocarse en metas encontradas por el paciente y el terapeuta, tiene una estructura que permite reducir la posibilidad de que la sesión se vuelva una “conversación entre amigos” y se pierda objetividad (Pucci, 2010). Por último, sus técnicas pueden ser fácilmente buscadas científicamente y están bien definidas, lo cual le otorga gran credibilidad.

Las técnicas de la terapia cognitivo conductual, están diseñadas para que los pacientes estén conscientes de sus pensamientos, conductas y emociones; de tal manera que puedan intervenir conscientemente en el momento en el que una situación las haga surgir. También ayudan a que los pacientes puedan forjar su propio proceso de cambio en conjunto con una guía del terapeuta como apoyo, esto ayuda a que el paciente sienta menos ansiedad al ver que cuenta con el apoyo del terapeuta (Beck, 1995).

Las investigaciones con respecto a la efectividad y a la prevención de recaída de la terapia cognitivo conductual, indican en su mayoría que esta terapia es muy efectiva y tiene un gran margen de prevención de recaída. Un estudio que analizó la recaída en

pacientes con depresión se encontró que un 29.5% de los pacientes de terapia cognitiva conductual tuvieron una recaída a diferencia de un 60% de pacientes que fueron tratados con antidepresivos (Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998). Además, Reinicke (1998) en otro estudio encontró que esta terapia era superior a la relajación y a la terapia de soporte, sus efectos se mantenían después del seguimiento de las 6 y 12 semanas. También hay investigaciones que muestran que los efectos de la se ven inclusive a los 8 o 10 años después del tratamiento. Esto demuestra que es una terapia sumamente efectiva, además no solamente en depresión, sino en otros trastornos como ansiedad generalizada en la cual Gould (1997) encontró que la TCC era superior a la terapia no directiva, la relajación, farmacoterapia y los efectos se mantenían en el seguimiento de seis meses.

Diferencias y similitudes entre la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual.

Diferencias.

La diferencia principal entre la terapia humanista y la terapia cognitivo conductual es la importancia y orden que se da a las emociones y a las cogniciones. La terapia humanista piensa que vivir una emoción intensamente y transformarla, puede transformar el comportamiento y la cognición; mientras que la terapia cognitiva piensa que cambiar las cogniciones puede cambiar las emociones y la conducta (Elliot et al., 2013). La terapia humanista considera que fijarse en las conductas más que en las emociones es una manera de limitar al paciente, como si se pudieran programar las emociones y las acciones, por lo cual se le quita libertad al paciente (Rogers, 1989). Por otro lado la terapia cognitiva conductual toma como base los pensamientos y también las conductas como algo que al modificarse, ayuda a modificar la emoción también (Beck, 1995). La terapia humanista

considera que existe una diferencia entre la experiencia y el conocimiento y que la sabiduría de una persona es más que lo intelectual (Greenberg, 2011). Para la terapia cognitiva conductual los pensamientos son la base que mantienen conductas y emociones patológicas (Beck, 1995). En este sentido de patología, ambas terapias difieren mucho ya que la terapia humanista no cree en que las personas tienen patologías, simplemente que tienen problemas con su relación con el entorno, incongruencias o necesidades que no han sido satisfechas (Rogers, 1989). Por otra parte la terapia cognitiva conductual presenta la patología como una serie de pensamientos que sostienen un comportamiento o emoción que causa disfunción a la persona (Beck 1995). Con respecto a esto, la terapia cognitiva conductual se enfoca principalmente en la cognición distorsionada que mantiene un trastorno (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996). La terapia cognitiva tiene un enfoque más guiado durante todo el proceso, se enfoca mucho en los deberes y en el esquema de la terapia (Beck, 1995). Mientras que la terapia humanista mantiene un enfoque más libre que permite mucha más espontaneidad en las sesiones (Perls, 1973). Otra diferencia fundamental es que la terapia humanista considera la relación terapéutica como algo que puede curar al paciente (Elliot et al., 2013). Si bien para la terapia cognitiva es algo importante no se ve como algo curativo en sí. Estas diferencias ofrecen diferentes resultados en el tratamiento de trastornos y también en cómo los terapeutas y pacientes se sienten al experimentar un estilo u otro. La terapia humanista se opone al énfasis que se le da a la conducta y cognición ya que considera que están más expuestos en la conciencia que las emociones (Greenberg, 2011). Por otro lado, la terapia cognitiva no considera que los pensamientos están necesariamente expuestos ya que muchas veces son automáticos y la persona no los racionaliza (Beck, 1995). Hay estudios que indican factores comunes entre las distintas terapias, sin embargo dentro de estos mismos factores muchas veces hay

diferencias entre terapias. Según Weinberge (2006) estos factores son la relación terapéutica, las expectativas, la confrontación de problemas y la atribución del resultado. La relación terapéutica cambia según cada terapeuta, en terapia humanista se pone mucho énfasis en la aceptación incondicional positiva, la autenticidad y empatía; mientras que si bien estos son factores importantes en la terapia cognitiva conductual no siempre existe el mismo énfasis (Weinberge, 2006). En el caso de la confrontación de problemas, en ambas terapias se tienen enfoques distintos, la terapia humanista usa técnicas como la silla vacía, que permiten que la persona interactúe con su problema asumiendo algún rol; mientras que la terapia cognitiva usa técnicas de registro de pensamientos en donde se ven las evidencias de que algo realmente suceda o no y así se confronta el problema de manera más objetiva (Weinberge, 2006). La terapia humanista no ve a la persona como alguien a quien hay que diagnosticar ni como un caso (Elliot et al., 2013). Mientras que para la terapia cognitivo conductual el diagnóstico es parte del proceso y ayuda en la guía y también en la psicoeducación que se da en terapia (Beck, 1995). Estas diferencias se basan en la experiencia y la percepción que han tenido los terapeutas a lo largo de la historia de la psicoterapia, por lo cual no significa que una sea mejor que la otra, simplemente son dos visiones diferentes del manejo de la terapia.

Similitudes.

Ambas terapias buscan el bienestar del paciente y que éste encuentre herramientas para su sanación. Un meta análisis de Elliot et al. (2013) indica que no existe diferencia entre la percepción de los pacientes en cuanto a la empatía, incondicionalidad y congruencia de su terapeuta, ya sea de terapia humanista o terapia cognitivo conductual. Son terapias que como fin tienen una autoexploración que permita que la persona entienda

mejor su problemática y cómo superarla. Ambas han demostrado ser eficientes para el tratamiento de distintos trastornos, lo cual las convierte en excelentes opciones al momento de tratar a un paciente. Ambas terapias consideran que el ambiente es un factor muy importante para las personas y su tratamiento. Esto es un factor importante porque las técnicas que usan de una u otra manera toman en cuenta el entorno y cómo esto afecta la vida del paciente, por lo cual es importante. Otro factor que comparten estas terapias es el hecho de tomar en cuenta al ser humano como agente creador de significado, en su investigación, Elliot et al. (2013) menciona que esto es fundamental para cualquiera de las divisiones de la terapia humanista. Junto con esto, Beck (1995) también ve a la persona como alguien que crea significados y en terapia se le da mucha importancia a los significados. Dentro de las similitudes también existen los factores de relación que se deben mantener en toda terapia. Un ensayo según Karson y Fox (2010) indica que el terapeuta debe definir su relación bajo el profesionalismo y la ética. También es importante que se hable constantemente de lo que sucede en la sesión ya que esto fortalece el vínculo de terapeuta-paciente. Observar los comportamientos en sesión para poder señalarlos, poder hablar de lo más personal de la vida del paciente sin necesariamente discutir la vida del terapeuta, estar pendiente de las reacciones personales, responder ante muestra de rabia o frustración con curiosidad sin tomarlo como algo personal y que el terapeuta no permita que asuntos personales lo distraigan de la terapia. Todos estos factores son cosas que un terapeuta debe considerar sin importar el modelo que use. Un estudio de Watson y Bedard (2006) indica que para que estas terapias tengan un buen resultado se necesita que los pacientes tengan un nivel alto de exploración y reflexión, por lo que también compartir este factor es lo necesario para una buena terapia.

Comparación de eficacia entre terapia humanista y terapia cognitivo conductual.

Actualmente hay meta análisis que muestran que existe una igualdad en su eficacia (Elliott, Watson, Greenberg, Timulak, & Freire, 2013). Una investigación de Elliot (2012) sobre la ansiedad generalizada y la fobia social comparan la terapia centrada en las emociones, la terapia centrada en la persona y la terapia cognitivo conductual. Los resultados del primer análisis indican que la terapia cognitivo conductual es superior en efectividad, sin embargo el autor muestra también resultados preliminares de otro estudio que indica algunos cambios. Uno de ellos es que la terapia menos efectiva es la terapia centrada en la persona, sin embargo muestra más efectividad que el análisis anterior. Otro resultado es que la terapia centrada en las emociones es igual de efectiva que la terapia cognitivo conductual; junto con esto también se muestra que ambas tienen una efectividad a largo plazo. Además se debate si la superioridad se debe a la terapia cognitiva conductual pura o a que en la definición de la terapia humanistas de muchos estudios se incluye a lo que se denominan “terapias de apoyo” que no son necesariamente humanistas como sicodinámico o integrativo. También este meta análisis indica que siempre existe una leve inclinación hacia la terapia cognitiva conductual en cuanto a la efectividad, si bien esto se puede deber a que en las terapias cognitivas conductuales del estudio se usaban herramientas de apoyo de terapia humanista, tales como reflejo, silla vacía y focusing, se necesita más investigación al respecto ya que no se puede confirmar completamente. En la investigación de Elliot et al. (2013) indica que en una comparación entre terapias humanistas experienciales y terapias cognitivas conductuales existe una diferencia a la cual ellos llaman “trivial” entre la cognitiva conductual sobre la humanista experiencial. Este hecho lo atribuyen a técnicas no directivas utilizadas como apoyo a la terapia cognitiva

conductual. Un estudio de Watson, Jeanne y Bedard (2006) indica que el procesamiento emocional aumentaba desde el inicio hasta la mitad de la sesión en el caso de la terapia humanista y estos pacientes reportaban mejores resultados en comparación a la terapia cognitivo conductual. Un estudio de Bower et al. (2000) comparó la efectividad de la consejería no directiva y la terapia cognitivo conductual, el resultado muestra que ambas terapias fueron igual de efectivas a largo plazo en pacientes con depresión. Finalmente el estudio de Watson, Jeanne y Bedard (2006) y el de Bower et al. muestran que las dos terapias son en su mayoría efectivas.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación cualitativa no busca describir solamente fenómenos, si no que intenta describir qué existe, cómo y sus causas (Ferreira da Silva, 2006). Este diseño ha sido seleccionado para la investigación ya que busca entender y describir los significados que los participantes le han dado a su experiencia con la terapia humanista y la terapia cognitivo conductual (Maykut & Morehouse, 1994). Es un estudio que busca comprender la preferencia y el contexto en que se encuentra el sujeto que da las respuestas sobre la terapia humanista y la terapia cognitiva conductual (Ferreira da Silva, 2006). Para esto se usó un cuestionario de filtro con respuestas abiertas que buscaba escoger a los sujetos y encontrar temas para la entrevista presencial y la entrevista presencial con preguntas semiestructuradas, para las cuales se determina anteriormente qué información es la que se quiere obtener, pero se deja que el sujeto responda libremente y esto da la oportunidad de recibir más matices de la respuesta de cada sujeto (Martin, 2008). De esta manera, los sujetos pudieron dar sus opiniones sobre los temas en cuestión. Se controlan variables como el tiempo de la entrevista, la cual tuvo una duración entre 30 y 45 minutos por cada sujeto. El lugar, que fue en una sala de una casa, en donde se entrevistó a cada sujeto por separado y los temas en lo que se basará la entrevista presencial que se basaron en el formulario de filtro previamente respondido. Por este motivo se mantiene un método igual para todos los participantes del estudio. La muestra está dada por ocho estudiantes de psicología de quinto año que hayan recibido terapia humanista y terapia cognitiva conductual con sus respectivas técnicas, esta muestra se conoce como una muestra N debido a que no es un estudio de caso y se busca encontrar el resumen de lo que sucede en el grupo total (Martin, 2008). Con un número de ocho participantes ya se puede dar información relevante para un estudio de este tipo (Maykut & Morehouse, 1994). Este

número de participantes se ve dado por las necesidades del estudio y existen autores que indican que no hay un número exacto para hacer un estudio cualitativo ya que depende del mismo estudio y de sus necesidades (Maykut & Morehouse, 1994). Sin embargo, se considera que se debe usar un mínimo de ocho sujetos para poder identificar temas significativos (Denzin & Lincoln, 2005). Las muestras pequeñas son más difíciles de generalizar, sin embargo dan buena información para estudios descriptivos y son buenas bases para estudios posteriores (Martin, 2008). La muestra es intra sujetos ya que se usan a las mismas personas durante toda la investigación (Martin, 2008). Para elegir a los sujetos, se usó un cuestionario que fue respondido de manera electrónica por 20 estudiantes de psicología de quinto año de la Universidad San Francisco de Quito. Este cuestionario sirvió para elegir a los sujetos y para encontrar temas relevantes para las preguntas de la entrevista presencial. Para esto el cuestionario tuvo preguntas cerradas –sirvieron como filtro- y abiertas –que sirvieron para buscar temas para la entrevista-. Después de que los sujetos que iban a participar en el estudio fueron elegidos, se hizo una entrevista presencial con cada uno de ellos con 22 preguntas en total sobre ambas terapias. La medición de este estudio es de tipo transversal ya que no mide cambios en un tiempo prolongado (Martin, 2008), simplemente usa una sola medición en el tiempo durante el proyecto.

El método que se usó fue una selección de preguntas, las cuales se pensaron y se seleccionaron en base a lo que se quería saber de la investigación, también para que pudieran servir de filtro para los sujetos que usaría en la investigación, estas preguntas fueron hechas por la investigadora y la mayoría tuvo una forma semi estructuradas ya que se le daba un espacio al sujeto para responder en sus propias palabras (Bermudez, 2004). Debido a que si bien el tema estaba definido previamente, la persona tenía un espacio para

que elaboren sus respuestas (Martin, 2008). Este cuestionario se mandó vía correo electrónico. Se mandó un formato del procesador de palabras Word en el cual se pedía el sexo y la edad, el nombre se mantenía anónimamente. Estos formularios se mandaron a 20 estudiantes de psicología de último año ya que formaban parte de una base de datos a la cual se tenía acceso, de los cuales se seleccionaron a la cantidad que cumplía con el perfil. Para poder ser parte de la investigación, los estudiantes debían haber tenido sus propios procesos sicoterapéuticos con terapeutas humanistas y cognitivo conductuales y experimentado un mínimo de tres técnicas implementadas y esto con por lo menos cinco sesiones con cada terapeuta. Estos parámetros se consideraron importantes ya que era un periodo mínimo suficiente para llevar un proceso en ambas terapias y que el estudiante pueda percibir un impacto en su vida y experimentar resultados con las diferentes técnicas. Además de esto fue importante considerar que hayan tenido un mínimo de tres técnicas en cada terapia para que exista un campo más amplio de conocimiento y esto nos brinde más información. Después de este proceso de selección se generaron una nueva serie de preguntas semi estructuradas para que los sujetos pudieran responder de manera honesta y extendida. Estas preguntas se hicieron para poder profundizar sobre lo que los estudiantes preferían, qué tipo de terapia había tenido más impacto y por qué. Estas preguntas se usaron para hacer una entrevista presencial a los ocho sujetos por separado. Esta entrevista tuvo una duración de entre 30 y 45 minutos por persona. A continuación se muestra la tabla 1.1 con todas las preguntas utilizadas en la investigación.

Tabla 1.1 Preguntas utilizadas en la investigación

PREGUNTAS CUESTIONARIO DE FILTRO
Preguntas cerradas
¿Durante el quinto año de terapia recibió terapia con un psicólogo humanista y otro cognitivo? (Sí/No)
¿Durante este proceso, pudo experimentar las diferentes técnicas de la terapia? (Sí/No)
Preguntas abiertas
¿De ser así, cuáles fueron las técnicas que aplicó el terapeuta humanista?
¿De ser así, cuáles fueron las técnicas que aplicó el terapeuta cognitivo?
¿Qué técnicas le gustaron más y por qué?
¿Qué características le gustaron de su terapeuta humanista?
¿Qué características le gustaron de su terapeuta cognitivo?
¿Considera que la terapia le gustó por las técnicas o por el terapeuta?
PREGUNTAS DE ENTREVISTA PRESENCIAL
Terapia cognitivo conductual
¿Qué pensabas sobre la terapia cognitiva conductual antes de recibir la terapia?
¿Cambiaron estos pensamientos después de recibir la terapia?
¿Cómo describirías la terapia cognitivo conductual?
¿Qué características te gustaron de tu terapeuta cognitivo conductual?
Si una técnica te molestó, explica el por qué.
¿Consideras que la terapia te gustó por las técnicas o por el terapeuta, por qué?
¿Qué consideras más importante, las técnicas de la terapia o el terapeuta, por qué?
¿Cómo te sentiste durante las sesiones de terapia cognitivo conductual?
Terapia humanista
¿Qué pensabas sobre la terapia humanista antes de recibir la terapia?
¿Cambiaron estos pensamientos después de recibir la terapia?
¿Cómo describirías la terapia humanista?
¿Qué características te gustaron de tu humanista?
Si una técnica te molestó, explica el por qué.
¿Consideras que la terapia te gustó por las técnicas o por el terapeuta, por qué?
¿Qué consideras más importante, las técnicas de la terapia o el terapeuta, por qué?
¿Cómo te sentiste durante las sesiones de terapia humanista?
Preguntas conjuntas
¿Cuál de las dos crees que tuvo un mayor impacto en tu vida y por qué?
¿Qué técnicas te gustaron más y por qué?
Como terapeuta, ¿con cuál terapia te sientes mejor? ¿Por qué?
Como paciente, ¿con cuál terapia te sientes mejor? ¿Por qué?
¿Cuál de las dos terapias te gusta más y por qué?
¿Cuál terapia te parece más eficaz y por qué?

Justificación de la metodología seleccionada

La metodología cualitativa es la indicada para esta investigación debido a que con esta investigación se pretende encontrar las opiniones, experiencias y pensamientos que

tienen los sujetos con respecto a la terapia cognitivo conductual y a la terapia humanista (Hernández, Fernández, & Baptista, 1997). Se está explorando un fenómeno que nos dé información descriptiva sobre un tema. Cuando se tiene pocos sujetos es recomendable usar la metodología descriptiva ya que es una herramienta para tener más información de un grupo pequeño de personas o de un estudio de caso (Martin, 2008). Es una investigación que busca describir el cómo y el por qué en un grupo pequeño de personas. Lo cual nos permite tener una base de información para expandir la investigación a una escala mayor y poder involucrar un análisis estadístico más complejo.

Herramienta de investigación utilizada

Existen dos herramientas de investigación utilizadas, un cuestionario preliminar y una entrevista a profundidad cualitativa. El cuestionario fue enviado con el objetivo de filtrar a los sujetos y también encontrar preguntas relevantes para definir los temas de la entrevista. El cuestionario se envió a una lista de 20 estudiantes, de los cuales se obtuvo una respuesta de 15; de los 15 estudiantes que respondieron solamente ocho de ellos cumplieron con el criterio del estudio.

En la entrevista se hacen preguntas semi estructuradas para ver las opiniones, sentimientos y experiencias que han tenido los sujetos con respecto a la terapia humanista y a la terapia cognitivo conductual. Se hizo en base a preguntas previamente normalizadas (Mitchell & Jolley, 2010). Con las preguntas de la entrevista presencial se pretende responder la pregunta de investigación. Esta entrevista se divide en tres partes, primero se hacen las preguntas sobre la terapia cognitivo conductual, después las preguntas sobre la terapia humanista y por último preguntas conjuntas, las cuales comparan ambas terapias. Estas preguntas permiten que la entrevista tome una dirección en la que se profundiza sobre la percepción del impacto de las terapias en la vida de la gente, también se toma en

consideración la opinión de elección entre ambas terapias y el porqué de cada respuesta, lo cual da una guía sobre qué es lo que está pasando dentro de sesión y cómo afecta esto a la persona que está siendo tratada. En esta investigación esa persona es el estudiante de psicología de quinto año.

Descripción de participantes

Número.

Los participantes fueron ocho estudiantes entre 22 y 28 años que estudian psicología clínica y están cursando el último año de la carrera.

Género.

Los participantes fueron seleccionados dentro de un grupo de 15 estudiantes hombres y mujeres que respondieron el cuestionario y que cumplían con los requisitos para la investigación. Las preguntas para escoger a los sujetos fueron:

¿Durante el quinto año de psicología clínica recibió terapia con un psicólogo humanista y otro cognitivo?

Si No

¿Durante este proceso, pudo experimentar las diferentes técnicas de la terapia?

Si No

También dentro del correo electrónico se especificó que solamente respondieran aquellos sujetos que hayan ido por lo menos a cinco sesiones con sus terapeutas.

El género no se tomó como algo definitorio ya que los sujetos escogidos tenían otras características indispensables para el estudio. La muestra aleatoria finalmente quedó con siete mujeres y un hombre.

Nivel socioeconómico.

El nivel socioeconómico no se tomó como una característica relevante para la investigación por lo cual no se hizo ningún cuestionario o pregunta a los participantes al respecto.

Fuentes y recolección de datos

Se entrevistó a cada sujeto con preguntas sobre su experiencia con ambas terapias. El cuestionario se envió por correo electrónico ya que se buscaba ver cuántos sujetos cumplían con las necesidades de la investigación y además se buscaba con las preguntas abiertas tener una vista preliminar de lo que pensaban los sujetos. Por otro lado, la entrevista permitió profundizar sobre las preguntas y tener una interacción mayor con los participantes, lo cual resultó favorable para el estudio. Las respuestas que nos proveyeron fueron de suma ayuda para la investigación debido a que brindaron una pauta de por qué una terapia tiene más afinidad que otra en los estudiantes y también reveló datos importantes sobre las técnicas y el terapeuta. La recolección de datos se dio por las respuestas que dieron todos los sujetos en los cuestionarios. Se transcribieron las respuestas tanto del cuestionario como de la entrevista y se obtuvieron algunos temas que se repetían en las respuestas de los sujetos.

Como método de exclusión se usó el primer cuestionario. Los participantes debían haber tomado la clase de terapia cognitiva conductual y de terapia humanista en las que se daba teoría sobre ambas terapias junto con sus clases de práctica en las cuáles era requisito

dar terapia usando estos estilos y también recibir terapia con un terapeuta que sepa el estilo correspondiente. Este factor era un indicador de que habían recibido información y una educación práctica y teórica sobre ambas terapias. Después se tomó como algo importante el que hayan recibido por lo menos cinco sesiones de nueve con cada terapeuta ya que se considera como un tiempo prudente para establecer un proceso terapéutico. Por último, también se tomó en cuenta que los sujetos hayan recibido por lo menos tres tipos de técnicas con cada terapeuta, esto se pensó así para obtener una información más detallada de cada terapia y como un factor que garantice que el sujeto pudo experimentar cosas características de estas terapias. Esto se usó para decidir qué participantes iban a participar en la investigación. De este proceso pudimos tomar a 8 sujetos que tenían las características necesarias para la investigación. Las preguntas tocaron temas importantes para responder a la pregunta de investigación. Algunas preguntas buscaban ver si las técnicas son más importantes que el terapeuta y es por eso que una terapia gusta más que otra. También buscó las respuestas a qué técnicas tienen un mayor impacto, cuales no y por qué. A diferencia de este cuestionario, la entrevista llevó a que se profundice más en estos temas.

Los ensayos y la información encontrada se centran en ensayos académicos que están en bases de datos como EBSCO y también en artículos académicos que se encuentran en revistas de universidades prestigiosas y con revisiones de cada ensayo, por lo cual es información fidedigna encontrada en medios virtuales. Esto nos permite tener un mayor alcance en cuanto a información que proviene de otros países y autores reconocidos en el tema, también nos permite tener una perspectiva global sobre el tema y de esta manera tener un enfoque más amplio para la investigación y los resultados.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

Esta investigación se formó en base a las respuestas que fueron dadas en una entrevista cualitativa por los estudiantes de psicología clínica seleccionados para el estudio por medio de un cuestionario de filtro que tuvo dos propósitos, primero seleccionar a los sujetos y segundo, encontrar temas para la entrevista a profundidad.

En el cuestionario de filtro se buscó escoger a los sujetos y encontrar temas para la entrevista presencial que iban a profundizar en los mismos. En las preguntas de este cuestionario se observó que todos los sujetos experimentaron en sesión de terapia humanista las distintas versiones de la silla vacía y siete sujetos experimentaron la técnica de reflejo por parte de sus terapeutas humanistas. Tres sujetos experimentaron focusing y después los sujetos indicaron técnicas como musicoterapia, arte terapia, relajación, imaginería y Gestalt. En cuanto a la preferencia de las técnicas, mencionaron en cuanto a la terapia humanista que les gustaba mucho los diferentes tipos de silla vacía y también el reflejo. Seis de los sujetos mencionaron que les gustó mucho la calidez de su terapeuta humanista y el hecho de que estaba acompañándolos en su proceso, también mencionaron que veían a su terapeuta como alguien tierno y además genuino. En cuanto a la terapia cognitiva conductual, todos los sujetos pudieron experimentar en sesión la técnica de registro de pensamientos y los experimentos conductuales. Solo una parte de los sujetos mencionaron otras técnicas como la técnica del pastel, graduar la intensidad de emociones y pensamientos, hacer registro de creencias centrales y analizar distorsiones cognitivas. Uno de los sujetos mencionó que para él fue muy importante darse cuenta de sus pensamientos, otro mencionó que el reconocimiento de los patrones fue lo que más le

gustó y por último uno mencionó que para él el momento de hacer registro de pensamientos, la graduación de la intensidad fue lo que más le gustó. Con respecto al terapeuta, tres sujetos mencionaron que su terapeuta cognitivo conductual era claro y sabía explicar bien las cosas; dos sujetos mencionaron la importancia de que era muy genuino y no presentaba un rol de terapeuta.

Después de esto se realizó una entrevista a los ocho sujetos. Las preguntas de la entrevista fueron hechas para saber si existía una preferencia por una terapia o por otra y por qué; también buscaban ver si las técnicas y el terapeuta fueron factores determinantes para esta preferencia. Las respuestas fueron capturadas por una grabadora digital y después fueron transcritas por la investigadora. Para la codificación de datos se procedió a leer las entrevistas detalladamente y anotar los temas que repetían en entre los sujetos. Esto se realizó resaltando los temas y anotándolos en una hoja de cálculo de Excel para anotar la incidencia de cada tema. En base a esto se hicieron agrupaciones de temas similares, los cuales formarían temas principales, temas secundarios y temas menores. Para el propósito del estudio, los temas principales serían aquellos que se repitieron en más de seis sujetos, los temas secundarios con una incidencia de cuatro a seis sujetos y los temas menores con incidencia de dos a tres sujetos.

A continuación se muestran los resultados que se obtuvieron en el análisis de las entrevistas. Para mostrarlos se dividen en temas y se presentan con un orden de tal manera que primero se muestren los resultados de la terapia cognitivo conductual, después los resultados de la terapia humanista y por último los resultados de las preguntas conjuntas. De esta manera los resultados están agrupados para que sean fáciles de entender y comparar entre terapias.

Terapia cognitivo conductual.

Para los resultados de la terapia cognitivo conductual, solamente existió un tema principal en el cual coincidieron los ocho sujetos. El tema principal es que 1) es una terapia eficiente. Si bien no todos los sujetos tuvieron preferencia por esta terapia, todos coincidieron con este tema. Los temas secundarios fueron cuatro, en los cuales entre cuatro y seis de los sujetos reportaban una experiencia u opinión similar. Estos temas incluyen 1) es una terapia estructurada; 2) es rígida; 3) brinda buenas herramientas para el terapeuta y el paciente; 4) es una terapia más rápida. Por último, los temas menores fueron nueve de los cuales entre dos y tres sujetos reportaron experiencias u opiniones similares. Estos temas se dividen en 1) es una terapia que sirve de guía para hacer las cosas; 2) tiene más investigación; 3) es una terapia bastante directiva; 4) es muy específica, trata trastornos puntuales; 5) es más efectiva en ansiedad y depresión; 6) es útil para terapeutas principiantes; 7) en las tareas a veces no se considera el tiempo del paciente; 8) es medible y 9) está relacionada con el condicionamiento operante.

Tabla 1 Temas recolectados sobre la Terapia Cognitivo Conductual

Tema	Sujetos								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Estructurada	x	x	x	x				x	5
Guía			x	x				x	3
Eficiente	x	x	x	x	x	x	x	x	8
Tiene más investigación	x			x				x	3
Es directiva			x	x		x			3
Es específica	x						x		2
Ansiedad y depresión	x	x							2
Útil para principiantes	x		x					x	3
No consideración de tiempo del paciente						x	x		2
Rígida	x	x		x			x	x	5
Da buenas herramientas	x	x			x			x	4
Es más rápida		x	x	x			x	x	5
Es medible		x	x		x				3
Está relacionado con condicionamiento operante	x				x				2

Temas principales (más de 6 sujetos).

Tema 1: Es una terapia eficiente

Todos los sujetos mencionaron que la terapia cognitiva conductual les parecía una terapia eficiente para tratar trastornos psicológicos.

Sujeto 1

Si es efectiva en otras cosas, como trastornos alimenticios, trauma, problemas de conducta. En la clase me di cuenta por lo que nos enseñaron y también cuando recibí la terapia.

Sujeto 2

Me inclino más por la terapia cognitivo conductual porque tiene más investigación y siento que tiene más respaldo empírico, además que esas investigaciones han demostrado que es efectiva en una gama muy amplia de trastornos, desde ansiedad hasta trastorno límite (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Para tratar comportamientos puntuales la terapia cognitiva me parece más eficaz (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Creo que es una terapia muy estructurada y es hasta cierto punto rígida, pero eso es algo que ayuda a que sea bastante efectiva y que de esta manera las personas obtengan resultados positivos en un tiempo razonable (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Temas secundarios (de 4 a 6 sujetos).

Tema 1: es una terapia estructurada

Cinco de los ocho sujetos mencionaron que la terapia cognitivo conductual les parece muy estructurada. Los tres sujetos restantes no dieron información al respecto.

Sujeto 1

A ver, a la terapia cognitivo conductual la describo como una terapia súper estructurada, lo cual lo hace una terapia fácil de medir y de comprobar efectividad (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 2

Siempre la vi como una terapia súper esquemática, estructurada (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 4

La terapia cognitiva conductual pienso que tiene una metodología más estructurada, existe algo para cada cosa, una guía paso a paso para las sesiones (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Creo que es una terapia muy estructurada, pero eso es algo que ayuda a que sea bastante efectiva y que de esta manera las personas obtengan resultados positivos en un tiempo razonable (Sujeto 8, diciembre, 2012)

Tema 2: es rígida

Cinco de los ocho sujetos mencionaron que consideran a la terapia cognitivo conductual algo rígida, uno de ellos menciona que así es como lo vio en clases.

Sujeto 2

Pensaba que era muy rígida, rápida y eficiente (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 3

Me di cuenta que no era tan rígida como fue planteada en clases (Sujeto 3, diciembre, 2012)

Sujeto 4

Tenía el pensamiento de que los terapeutas cognitivos eran estrictos y rígidos, no abiertos (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Se trata el síntoma mas no la causa y esto para mí hacía que la terapia cognitivo conductual sea muy rígida y poco personal (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Creo que es una terapia muy estructurada y es hasta cierto punto rígida (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 3: brinda buenas herramientas

Cuatro de los sujetos mencionaron que esta terapia brinda buenas herramientas, ya sea para el terapeuta o para el paciente. Los cuatro sujetos restantes no tuvieron muchos comentarios al respecto.

Sujeto 1

Sus herramientas me hacen sentir segura de que me van a servir (Sujeto 1, diciembre, 2012)

Sujeto 2

Ahora le veo como complementaria, dinámica y con grandes herramientas para el terapeuta y el paciente. Si, siento que realmente te da herramientas concretas como el registro de pensamientos, de emociones, cosas tangibles y como paciente también le da al paciente las herramientas para que las use en su vida, de una manera muy clara, sabes exactamente lo que se está haciendo (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 5

Es más fácil testear que tan probable o improbable es un pensamiento o emoción antes que ver las posibles consecuencias. Algo que me ha pasado mucho en terapia es que uno puede discutir mucho pero es difícil llevarlo a la vida práctica, y creo que esta terapia te da esas herramientas (Sujeto 5, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Me dieron herramientas para lidiar con mis problemas de manera más eficiente y eso me parece bueno (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 4: es una terapia más rápida

Sujeto 2

Pensaba que era muy rápida y eficiente en lo que respecta a la ansiedad, se me viene todo el tratamiento de las fobias, porque creo que esa terapia encontró su tratamiento con la exposición gradual y la desensibilización sistemática (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 3

En cierta forma es una terapia fría en la que se tiene dos caminos, el cognitivo que es cuestionar las creencias propias para modificarlas o el conductual que es cambiar sus conductas y es más rápido (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Pienso que la describiría como una terapia breve, enfocada en una solución práctica y rápida (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Es una terapia enfocada en resultados rápidos y eso hace que el paciente se sienta más cómodo y crea adherencia a la terapia (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Temas menores (de 2 a 3 sujetos).

Tema 1: es una terapia que sirve de guía para hacer las cosas

Tres sujetos coincidieron en que la terapia cognitiva conductual es como una guía de tratamiento en todos sus aspectos, tanto para el paciente como para el terapeuta.

Sujeto 3

Pensaba que te daban consejos y que te daban pautas para seguir (Sujeto 3, diciembre, 2012)

Sujeto 4

Existe algo para cada cosa, una guía paso a paso para las sesiones. Tiene más investigaciones, es más práctica y enseña todo como una guía (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Es como una guía para que el paciente encuentre herramientas eficaces para lidiar con sus problemas todos los días (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 2: tiene más investigación

Tres de los ocho sujetos mencionaron que piensan que esta terapia tiene mucha investigación dentro de la psicología. Los otros sujetos no tuvieron comentarios al respecto.

Sujeto 1

Creo que los que cambiaron son que ahora sé que sí sirve para otras cosas, tal vez sea más eficaz en depresión y ansiedad y hay más investigación (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 4

También pensaba que era mejor que las otras por la cantidad de investigación que tiene la terapia (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Había escuchado que era una terapia que era muy útil en distintos trastornos y que era una de las que más investigación tenía (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 3: es una terapia bastante directiva

Tres de los sujetos entrevistados mencionaron que esta terapia es bastante directiva, mientras que el resto no opinó al respecto.

Sujeto 3

Pensaba que era muy directiva y que te daban consejos (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 4

No me gustaba porque pensaba que era súper directiva, no permitía que la persona se sienta a hablar de lo que le sucede. No le daba libertad al paciente de expresarse, era como en una sesión dirigir hacia donde iba a ir la terapia (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 6

Yo soy una persona más directiva y me gusta que me den más retroalimentación fundamentado con teoría (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Tema 4: es muy específica, trata cosas puntuales

Con el siguiente tema, podemos ver que solamente dos sujetos tuvieron esa opinión.

Sujeto 1

Pensaba que era una terapia que solo servía para ansiedad y depresión, porque es lo que más encuentras de información en investigación. Pones terapia cognitivo

conductual y solo te salen esos resultados, por eso me dejé llevar por eso (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Está enfocada en una solución práctica y rápida hacia una problemática específica.

Con resultados positivos a corto plazo y con eficacia en el tratamiento de comportamientos puntuales (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Tema 5: es más efectiva en ansiedad y depresión

Dos de los sujetos comentaron pensar que solamente servía para ansiedad y depresión.

Sujeto 1

Pensaba que era una terapia que solo servía para ansiedad y depresión (Sujeto 1, diciembre, 2012)

Sujeto 2

Pensaba que era muy eficiente en lo que respecta a la ansiedad (Sujeto 2, diciembre, 2012)

Tema 6: es útil para terapeutas principiantes

También se mantuvo el uso de las técnicas, todas las herramientas que nos dieron aun las uso, sirven mucho para un terapeuta novato (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 3

Todas estas pautas como los registros de pensamientos sirven para generar estructura quizás más en el terapeuta (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Además que las técnicas que tiene ayudan al paciente y al terapeuta, al terapeuta nuevo le permite organizarse y organizar la sesión, creo que esto da un sentimiento de control que quita la ansiedad (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 7: en las tareas a veces no se considera el tiempo del paciente

Dos de los sujetos mencionaron que no se tomó en cuenta su tiempo con una de las tareas que el psicólogo pidió que hicieran.

Sujeto 6

No era una técnica, pero en un momento de la terapia le comenté que estaba a mil y que tenía muchísimos trabajos y cosas que hacer y ella sobre todo eso me mandó como tarea a hacer un collage de fotos y recortes. Eso me molestó porque creo que no se dio cuenta o no consideró mi tiempo como individuo, entonces eso me hizo ver un poco como que no estaba prestando atención a mis cosas (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Me molestó una técnica en la cual tuve que hacer un collage sobre ámbitos de mi vida y tuve muy poco tiempo, no creo que haya sido la técnica en sí si no la falta de previsión de la terapeuta ya que no me di el tiempo necesario para procesar mis ideas y conectarme con mis sentimientos. Sentí que eso fue una falta de respeto a mi tiempo por parte de la terapeuta y eso no me gustó.

Tema 8: es medible

Tres de los sujetos comentaron sobre cómo la terapia cognitiva conductual es medible y esto facilita algunos procesos. El resto de sujetos no tuvo comentarios al respecto.

Sujeto 2

Es muy dinámica, medible, consistente, creo que es mucho más fácil tratar con padres porque ellos siempre quieren cosas más concretas (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 3

Es una terapia muy medible en todo, como terapeuta me cuesta mucho esa parte y como paciente me resultó muy útil (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 5

Es más fácil testear que tan probable o improbable es un pensamiento o emoción antes que ver las posibles consecuencias (Sujeto 5, diciembre, 2012).

Tema 9: está relacionada con el condicionamiento operante.

Dos de los sujetos entrevistados relacionaban la terapia cognitiva con el condicionamiento operante.

Sujeto 1

Creía que era una terapia súper estructurada y cuadrada, como el conductismo; reforzamiento y respuesta (Sujeto 1, diciembre, 2012)

Sujeto 5

Pensaba que era una corriente muy fría, creo que porque el primer acercamiento es sobre condicionamiento operante y como que se te queda el refuerzo y la recompensa (Sujeto 5, diciembre, 2012).

Terapia humanista.

Con respecto a los resultados que se obtuvieron en las preguntas sobre la terapia humanista, un fenómeno que se puede observar es que no existe un tema principal ya que

no hay ninguno que se repita en seis sujetos. Con respecto a los temas secundarios que incluyen de cuatro a seis sujetos, se obtuvieron tres temas: 1) es una terapia que sirve como base; 2) está enfocada en las emociones; 3) es eficiente. Por último, los temas menores que incluyen entre dos y tres sujetos, se encontraron igualmente cuatro temas: 1) es una filosofía; 2) integra mente y cuerpo; 3) uno se siente “tonto” haciendo algunas técnicas; 4) es una terapia “hippie”.

Tabla 2 Temas recolectados sobre la Terapia Humanista

Tema	Sujetos								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Es una filosofía	x	X	x						3
Sirve de base	x	X	x					x	4
Integra mente y cuerpo	x	X							2
Enfocada en las emociones	x	X	x	x		x	x		6
Es eficiente	x	X	x	x		x	x		6
Uno se siente tonto haciendo algunas de las técnicas					x			x	2
Es una terapia "hippie"			x					x	2
Cree en el ser humano	x		x			x		x	4

Temas secundarios (de 4 a 6 sujetos).

Temal Es una terapia que sirve como base

En el primer tema, tres de los ocho sujetos pensaron que es una terapia que es la base de cualquier terapeuta o terapia.

Sujeto 1

Se convirtió en la base de cómo soy yo como terapeuta, todo terapeuta debe tener una base como humanista, como calidad de persona (Sujeto 1, diciembre, 2012)

Sujeto 2

Como que te sirve de base pero actualmente hay mucho más que eso, ahora como lo veo, lo veo como una base, como una estrategia, como una herramienta dentro de terapia (Sujeto 2, diciembre, 2012)

Sujeto 3

Como terapeuta yo creo que humanista, lo que pasa es que como te decía, el terapeuta elige la terapia y no la terapia a la terapeuta en sentido en que uno elige una terapia que va con como uno quiere vivir y también con un estilo de vida propio (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Creo que más que una terapia debería ser una base como terapeuta, porque todo terapeuta debe ser genuino, no juzgar al paciente y creer que su paciente puede cambiar; si no hay eso, es difícil que se dé una buena terapia (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 2 Está enfocada en las emociones

En este tema, se puede ver que seis de los ocho sujetos mencionan que la terapia humanista se enfoca en las emociones, mientras que dos de los sujetos no mencionaron nada al respecto.

Sujeto 3

Es una terapia que al enfocarse más en las emociones puede llegar mucho más al paciente, se puede empatizar mucho más (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 4

La terapia humanista pensaba que era más enfocada en las emociones y más libre, pensaba que dirigía el paciente más las sesiones (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Sujeto 6

O sea, pensaba que como la terapia humanista habla más sobre las emociones, pensaba que me iba a ir en llanto y eso no lo quería (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Es una terapia centrada en las emociones, los sentimientos, el auto descubrimiento y en la confianza en la capacidad de superación del paciente (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Tema 3 Es eficiente

Seis de los sujetos mencionaron en la entrevista que la terapia humanista es eficiente, dos de los sujetos no mencionaron su opinión con respecto a esto.

Sujeto 1

Creo que ambas tienen su propio valor y su eficacia de distintas maneras, muchas veces me veo a mi misma usando una técnica de humanista en medio de un registro de pensamientos con mi paciente (Sujeto 1, diciembre, 2012)

Sujeto 3

La humanista es una terapia más circular, esto quiere decir que toma una situación la procesa, toma sus perspectivas de cómo se va desenvolver y la devuelve al paciente para que vea todo el panorama. Esto le permite que vea toda la situación con todos sus componentes y que si después de eso el paciente decide seguir en su posición ya es una decisión propia. Y eso permite que esta terapia tenga buenos resultados (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 6

Una terapia que permite que la persona explore sus sentimientos para que sea ella misma quien se dé cuenta de lo que le sucede y que sea la propia persona la que saque conclusiones, se sienta cómoda y siga adelante con su vida sin la retroalimentación del terapeuta, lo cual la hace bastante eficaz (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Sujeto 7

Creo que ambas son rescatables, tanto la humanista como la cognitiva. A mi parecer se debe analizar cada caso individual para así ir estableciendo objetivos y técnicas pero lo imprescindible es ir “desenredando” los nudos con el paciente desde una alianza terapéutica que promueva una conexión emocional, lo cual lo brinda la humanista (Sujeto 7, diciembre, 2012).

Temas menores (de 2 a 3).

Tema 1 Es una filosofía

Tres de los sujetos mencionó que la terapia humanista puede ser considerada como una filosofía y no solamente como una terapia.

Sujeto 1

La psicología humanista me parecía una filosofía, una manera de pensar, mas no que tenía herramientas (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 2

Siento que es un poco ambivalente, no es directa con el paciente, es más filosófico y no tan práctico (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Sujeto 3

Como terapeuta me siento mejor con la terapia humanista, primero por la forma en que se enfoca el humanismo tiene relación con una filosofía, con como manejo yo mi vida (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Tema 2 Integra mente y cuerpo

En esta parte dos de los ocho sujetos mencionaron la importancia de unir mente y cuerpo, además lo mencionaron como una herramienta positiva de la terapia humanista.

Sujeto 1

Me fascina la conexión con el cuerpo, esa conexión que se pierde en la cotidianidad (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Sujeto 2

Me parece que es una terapia mucho más lenta, pero como una gran herramienta. La parte de integración mente-cuerpo, la parte Gestalt, el sentir más el cuerpo. Muchas personas somatizamos y esta terapia te ayuda a localizar lo que estás sintiendo, entonces es una gran herramienta (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Tema 3: uno se siente tonto con ciertas técnicas

Dentro de las entrevistas, dos sujetos mencionaron que se sentían tontos al hacer algunas técnicas de la terapia humanista.

Sujeto 5

La verdad es que la silla vacía no es que no me gustó pero me costaba mucho, me sentía un poco tonta hablándole al espacio. Pero creo que si le das una oportunidad le puedes sacar cosas importantes, pasar la vergüenza de hablarle a una silla mientras un tercero te escucha. Puede ser muy bueno (Sujeto 5, diciembre, 2012).

Sujeto 8

La mayoría de técnicas me hacían sentir vergüenza y como tonta (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 4: Es una terapia "hippie"

Dentro de los resultados surgió este comentario, en el que dos de los ocho sujetos se refirió a la terapia humanista como una terapia hippie, cosa que no se repitió en los otros sujetos.

Sujeto 3

De hecho pensaba que era muy hippie, a que me refiero, a que todo era paz y a mor y que el humano se puede curar a sí mismo y que el ser humano es puro y bueno (Sujeto 3, diciembre, 2012).

Sujeto 8

Pensaba que era una terapia bastante “hippie”, enfocada en los sentimientos y que siempre salía el típico terapeuta con “¿y cómo te hace sentir eso?”, hasta cierto punto como si siempre fuera el mismo dialogo entre terapeuta y paciente (Sujeto 8, diciembre, 2012)

Resultados de preguntas conjuntas

En esta sección se muestran los resultados que se obtuvieron en las preguntas conjuntas, estas preguntas son aquellas que comparan ambas terapias directamente. Las cuales muestran impacto, preferencia, preferencia como terapeuta, preferencia como paciente y eficacia.

En la tabla de respuestas sobre cuál de las dos terapias tuvo un mayor impacto en la vida cada sujeto.

Tabla 3 ¿cuál de las dos terapias tuvo mayor impacto en tu vida?

Mayor impacto				
Sujetos	TCC	TH	Ambas	Ninguna
1		X		
2	x			
3			X	
4		X		
5				x
6		X		
7		X		
8	x			
Total	2	4	1	1

Tema 1: consideran que la terapia humanista causó más impacto en su vida

Podemos ver que cuatro de los sujetos vieron un mayor impacto por parte de la terapia humanista.

Sujeto 1

Creo que la humanista, ahí es en donde hubo mi cambio, focalizarme más en las emociones, sobre todo las mías. Es como que para mí siempre ha sido más fácil pensar y yo racionalizo todo, pero en la terapia humanista me abrió la puerta a encontrar algo más a la de mis pensamientos y a sentir de verdad la pena, llorar por pena. Creo que la humanista fue un impacto porque yo considero que es mi huella de terapeuta, quiero ser una terapeuta muy de la filosofía humanista (Sujeto uno, diciembre, 2012).

Tema 2: consideran que la terapia cognitiva conductual causó más impacto en su vida

Dos sujetos consideraron que tuvo mayor impacto en su vida la terapia cognitiva conductual.

Sujeto 2

La cognitiva, totalmente. O sea la terapia cognitiva conductual me hizo ver la solución que nunca antes había logrado ver con otros cuatro terapeutas. Me dio herramientas que nadie me había podido hacer ver en mí misma, en las otras terapias había visto mucho la parte cognitiva o solo mis emociones, aquí me enfoqué más en la parte conductual que era algo que realmente me faltaba. Sentí un dinamismo tan grande en la terapia que en efecto, estoy bien ahora en la actualidad. Me causó un gran impacto porque pensé que era un problema sin solución, incluso los otros terapeutas me hicieron sentir así y en esta terapia no (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Tema 3: Tema 2: consideran que ambas causaron un impacto en su vida

Solamente uno de los sujetos consideró que ambas terapias tuvieron un gran impacto en su vida.

Sujeto 3

Como terapeuta yo creo que humanista, lo que pasa es que como te decía, el terapeuta elige la terapia y no la terapia a la terapia en sentido en que uno elige una terapia que va con como uno quiere vivir y también con un estilo de vida propio. Entonces cuando me encontré con el humanismo me di cuenta de que era algo que yo ya tenía y fue muy fácil que me acople a este estilo de terapia. Sin embargo como paciente pienso que no estaría aquí sin la terapia cognitiva conductual ya que me ayudó a tener estructura y eso me permitió mejorar con mis problemas (Sujeto 3, diciembre, 2012)

Tema 4: consideran que ninguna causó un impacto en su vida

Un sujeto consideró que ninguna de las dos terapias había tenido un impacto fuerte en su vida.

Sujeto 5

La verdad creo que ninguna de las dos, creo que un proceso terapéutico para que genere un progreso e impacto en tu vida tiene que ser voluntario. Y creo que en ese punto más impacto tuvo mi terapia personal, la que llevaba anteriormente (Sujeto 5, diciembre, 2012).

En la tabla 4 se muestran los resultados sobre la preferencia de los sujetos sobre ambas terapias.

Tabla 4 ¿Cuál de las dos terapias te gusta más?

Preferencia				
Sujetos	TCC	TH	Ambas	Ninguna
1		x		
2	x			
3		x		
4		x		
5				x
6	x			
7		x		
8	x			
Total	3	4	0	1

Tema 1: preferencia por la terapia humanista

Cuatro sujetos indican que prefieren la terapia humanista sobre la terapia cognitiva conductual.

Sujeto 4

Me gustó más la terapia humanista porque sentí que tenía más libertad de expresar mis emociones y elegir yo lo que quería tratar en la sesión. Y el terapeuta iba a mi ritmo y eso me dio seguridad, creo que las técnicas me ayudaron mucho y obtuve resultados. Además

de que me ayudó personalmente también me enseñó mucho como terapeuta para aplicar con mis pacientes (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Tema 2: preferencia por la terapia cognitiva conductual

Tres de los sujetos mostraron una preferencia por la terapia cognitivo conductual sobre la terapia humanista.

Sujeto 6

Me gusta más la cognitiva por la directividad. Porque creo que ahí el terapeuta juega un rol más importante. Pero como dije antes no se queda atrás la humanista por la alianza, es muy importante saber escuchar al paciente y saber aceptarlo (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Tema 3: no existe preferencia sobre ninguna de las terapias

Uno de los sujetos indica que no tiene preferencia por ninguna de las dos terapias.

Sujeto 5

Creo que no me quedo con ninguna y creo que nueve sesiones o la clase no son suficientes como para poder elegir, no creo que ninguna de las dos cosas son un buen indicador. Creo que uno si tiene que sentir un “click” con una teoría y yo no sentí eso con ninguna de las dos, lo que sí me pasa con otras teorías de terapia familiar por ejemplo o con la misma sicodinámica (Sujeto 5, diciembre de 2012).

La tabla sobre la eficacia de las terapias muestra los resultados sobre la eficacia de cada una de las terapias.

Tabla 5 ¿Cuál de las dos terapias te parece más eficaz?

Eficacia				
Sujetos	TCC	TH	Ambas	Ninguna
1			x	
2	X			
3				x
4		x		
5	X			
6			x	
7			x	
8	x			
Total	3	1	3	1

Tema 1: los sujetos piensan que la terapia humanista es más eficaz.

Uno de los sujetos piensa que la terapia humanista es más eficaz que la terapia cognitivo conductual.

Sujeto 4

Conmigo funcionó más la terapia humanista, creo que es importante que todos los psicólogos tengan una base humanista para dar terapia, porque si un terapeuta no muestra empatía y no tiene ese lado, seguramente el paciente no se sienta bien en sesión y prefiera no regresar. Creo que ambas terapias tienen la misma posibilidad de ser eficaces, pero depende mucho como se aplican (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Tema 2: los sujetos piensan que la terapia cognitiva conductual es más eficaz que la terapia humanista.

Tres de los sujetos mencionaron que la terapia cognitiva conductual es más eficaz que la terapia humanista.

Sujeto 5

Creo que por la practicidad que tiene en la vida diaria la terapia cognitiva conductual, por cómo te explica paso por paso, es más eficaz para el ritmo de vida y para la cotidianidad. .

Tema 3: los sujetos piensan que ambas son igualmente eficaces

Tres de los sujetos pensaron que ambas terapias son igualmente eficaces para el tratamiento psicológico.

Sujeto 6

Creo que depende del paciente. No se puede decir que una es más eficaz que otra. Creo que para un terapeuta es fundamental saber cuándo combina las dos terapias, cuando usa cada una y cuando usa otra. Hay un dicho que dice zapatero a tus zapatos y creo que eso se aplica a las terapias (Sujeto 6, diciembre, 2012).

Tema 4: los sujetos piensan que ninguna de las dos es más eficaz

Uno de los sujetos considera que ninguna de las dos terapias es eficaz por sí misma, si no que depende del terapeuta.

Sujeto 3

No creo que una sea más efectiva que la otra creo en la competencia del terapeuta y la creatividad de este para dirigir el proceso terapéutico en pro de la recuperación y resolución del conflicto (Sujeto 3, diciembre, 2012).

En la tabla seis se puede observar la preferencia que tienen los sujetos como terapeutas.

Tabla 6 ¿Cómo terapeuta, cuál de las dos terapias te gusta más?

Preferencia como terapeuta				
Sujetos	TCC	TH	Ambas	Ninguna
1			x	
2	x			
3		x		
4		x		
5				x
6	x			
7			x	
8	x			
Total	3	2	2	1

Tema 1: como terapeuta se sienten cómodos con ambas

En esta sección dos de los sujetos mencionaron que se sienten cómodos con ambas terapias.

Sujeto 1

Como terapeuta me siento cómoda con las dos porque las uso como herramienta a ambas. Creo que las dos me ayudan a ayudar más a mis pacientes, a tener más conocimiento y formas de abarcar un problema. Creo que siempre soy muy humanista en terapia pero siempre uso las herramientas cognitivas conductuales. Indago pensamientos y emociones (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Tema 2: como terapeuta existe una preferencia por la terapia cognitiva conductual

Tres de los sujetos mostraron una preferencia como terapeuta por la terapia cognitiva conductual.

Sujeto 2

Como terapeuta me siento más segura con la terapia cognitivo conductual por la gama de herramientas que me da y por todas las posibilidades. Porque es muy dinámica, medible,

consistente, creo que es mucho más fácil tratar con padres porque ellos siempre quieren cosas más concretas. Entonces en cuanto a resultados y procesos es más fácil dar retroalimentación. Al trabajar muchas áreas también se vuelve muy integral. Creo que al ver resultados más rápido te sientes segura y puedes tener el espacio de ver cómo va la terapia y poder decidir si seguir o tomar otro camino (Sujeto 2, diciembre, 2012).

Tema 3: como terapeuta existe una preferencia por la terapia humanista

Dos sujetos indican que al momento de dar terapia se sienten más cómodos con la terapia humanista.

Sujeto 4

Me siento más cómoda con la terapia humanista porque siento que el paciente se puede liberar y hablar, a veces aunque den vueltas en lo mismo es necesario darles ese espacio para que logren sacar y decir lo que tengan que decir. Igual las técnicas de silla vacía que utilicé fueron muy buenas, además que cuando quise explicar el modelo cognitivo no me funcionó, quizá me tocaron pacientes que eran más emocionales (Sujeto 4, diciembre, 2012).

Tema 4: no hay una preferencia

Uno de los sujetos expresó que no tiene una preferencia por estas terapias.

Sujeto 5

Yo como terapeuta, creo que si tengo que ser muy honesta estoy en una búsqueda de mi personalidad como terapeuta, no me veo enteramente humanista y claramente no soy cognitiva. Pero en mis pacientes uso técnicas cognitivas mezcladas con humanista y hay un componente sistémico, no puedes dejar de poner a ese paciente en un contexto (Sujeto 5, diciembre, 2012).

En la tabla siete, se muestran los resultados de la preferencia que tienen los sujetos como pacientes por una de las terapias.

Tabla 7 ¿Cómo paciente, cuál de las dos terapias te gusta más?

Preferencia como paciente				
Sujetos	TCC	TH	Ambas	Ninguna
1		x		
2	x			
3	x			
4		x		
5				x
6	x			
7		x		
8	x			
Total	4	3	0	1

Tema 1: preferencia como paciente por la terapia humanista

Tres sujetos mencionan que se sienten más cómodos como pacientes con la terapia humanista.

Sujeto 1

Como paciente creo que me sentí más cómoda con la humanista porque lo que más me gustaba era el ambiente del consultorio. Me sentía súper acogida, la terapeuta era súper cálida (Sujeto 1, diciembre, 2012).

Tema 2: preferencia como paciente sobre la terapia cognitiva conductual

Cuatro de los sujetos indican que como pacientes prefieren la terapia cognitivo conductual.

Sujeto 3

Como paciente me siento mejor con cognitiva, porque en la situación en la que necesité terapia, necesitaba estructura, hacer borrón y cuenta nueva sobre lo que me estaba pasando y la terapia cognitiva conductual es bastante buena, sin embargo eso fue una situación

particular y no sé si actualmente sería lo mismo, creo que por distintas situaciones uno experimenta de distinta manera la terapia (Sujeto 3, diciembre, 2012)

Sujeto 8

Como paciente también me sentí muy bien con la terapia cognitiva conductual, creo que por mi personalidad fue positiva y tuve química con el terapeuta entonces me sentí muy a gusto (Sujeto 8, diciembre, 2012).

Tema 3: no existe una preferencia

Uno de los sujetos menciona que no tiene una preferencia.

Sujeto 5

Creo que con ninguna, creo que con mis circunstancias familiares y con mi mundo, ninguna de las dos termina de aportarme la visión 180 grados que necesito (Sujeto 5, diciembre, 2012).

A continuación se presentan las tablas que muestran la preferencia entre técnicas o terapeuta en ambas terapias y la importancia que existe entre las técnicas y el terapeuta.

Tabla 1
Preferencia entre técnicas o terapeuta, Terapia Humanista

¿La terapia te gustó por las técnicas o el terapeuta?				
Sujetos	Técnicas	Terapeuta	Ambas	Ninguna
1			x	
2	x			
3		x		
4			x	
5	x			
6			x	
7			x	
8		x		
Total	2	2	4	0

La tabla 1 muestra la preferencia de los sujetos entre las técnicas y el terapeuta en su experiencia con la terapia humanista. Como se puede ver, la mayoría de los sujetos

considera que ambos componentes fueron importantes en su experiencia como pacientes. Algunos sujetos tuvieron una preferencia por las técnicas antes que por su terapeuta y otros por su terapeuta antes que las técnicas aplicadas en las sesiones.

Tabla 2
Importancia entre técnicas o terapeuta, Terapia Humanista

¿Qué consideras más importante, las técnicas o el terapeuta?				
Sujetos	Técnicas	Terapeuta	Ambas	Ninguna
1			x	
2			x	
3		x		
4			x	
5			x	
6			x	
7			x	
8			x	
Total	0	1	7	0

La tabla 2 muestra la importancia que tienen para los sujetos las técnicas de la terapia y el terapeuta. Dentro de terapia la mayoría de sujetos piensa que ambas cosas son igual de importantes, solamente uno de los sujetos opina que el terapeuta es más importante y ninguno considera que las técnicas son más importantes.

Tabla 3
Preferencia entre técnicas o terapeuta, Terapia Cognitivo Conductual

¿La terapia te gustó por las técnicas o el terapeuta?				
Sujetos	Técnicas	Terapeuta	Ambas	Ninguna
1	x			
2			x	
3		x		
4				X
5				X
6			x	
7			x	
8			x	
Total	1	1	4	2

La tabla 3 muestra la preferencia que tuvieron los sujetos entre las técnicas y el terapeuta en su experiencia en terapia cognitiva conductual. La mayoría consideró que ambas fueron buenas, un sujeto consideró que el terapeuta fue mejor y otro que las técnicas; sin embargo también se dio que dos sujetos decidieron que no tenían preferencia por ninguna de las dos.

Tabla 4

Importancia entre técnicas o terapeuta, Terapia Cognitivo Conductual

¿Qué consideras más importante, las técnicas o el terapeuta?				
Sujetos	Técnicas	Terapeuta	Ambas	Ninguna
1			x	
2			x	
3		x		
4			x	
5	x			
6		x		
7		x		
8			x	
Total	1	3	4	0

La tabla 4 muestra la importancia que le dan los sujetos a las técnicas y al terapeuta dentro de la terapia. La mayoría consideró que ambas son igual de importantes, sin embargo muchos sujetos también consideraron que el terapeuta es más importante y un solo sujeto consideró que las técnicas fueron más importantes.

Comparación de respuestas

A continuación se analizan y comparan las respuestas que dieron los sujetos en el cuestionario de filtro y en la entrevista. Esto se hace con el fin de comparar en cada pregunta a la terapia humanista con la terapia cognitivo conductual.

Preguntas y análisis.

¿Cuáles fueron las técnicas que aplicó el terapeuta humanista?

En esta pregunta se quiere saber qué técnicas fueron utilizadas por cada terapeuta dentro de sesión. Los sujetos aquí muestran que los terapeutas sí difieren mucho en las técnicas que utilizan dependiendo de si son humanistas o cognitivo conductuales. Los terapeutas humanistas utilizan técnicas como los distintos tipos de silla vacía, focusing, reflejo, imaginación, Gestalt, musicoterapia y arte terapia. Mientras que en la terapia cognitivo conductual el terapeuta usó registros de pensamiento, experimentos o tareas conductuales, la técnica del pastel, análisis de distorsiones cognitivas, graduar la intensidad de emociones y pensamientos, encontrar evidencia a favor y en contra de pensamientos y eventos y por último ver creencias centrales e intermedias. Las técnicas de terapia cognitivo conductual son más estructurados en cuanto a que el paciente tiene que registrar los pensamientos, emociones y tareas en papel, a diferencia de las técnicas que terapia humanista que son menos estructuradas en ese sentido. Si bien cada técnica no es únicamente de estas ramas, sí se puede ver que existe una preferencia de técnicas en cada estilo de terapia.

¿Qué técnicas le gustaron más y por qué?

Dentro de esta pregunta se busca saber si existe una preferencia por técnicas humanistas o por técnicas cognitivo conductuales, las respuestas que dan los sujetos muestran que no existe realmente una preferencia por una de las dos, pero si existe una preferencia clara por la silla vacía en cuanto a técnicas de terapia humanista y a lo que es identificación de pensamientos por la parte de terapia cognitivo conductual. Las técnicas tienen un impacto distinto en las personas y por esto también existen preferencias. Los sujetos mencionan que para ellos es importante darse cuenta de los pensamientos que tienen y también poder encarar un problema o persona –con la técnica de silla vacía–.

¿Qué características le gustaron de su terapeuta humanista y su terapeuta cognitivo conductual?

Esta pregunta busca indagar las características que fueron importantes para los sujetos. Dentro de las respuesta con respecto al terapeuta humanista se menciona la calidez del terapeuta, su genuinidad, su empatía y la aceptación que mostraron en terapia. Con respecto al terapeuta cognitivo conductual mencionan características como claridad al momento de explicar las técnicas o dar retroalimentación, seriedad, rapidez de interpretación y también mencionan que la genuinidad. Finalmente podemos ver que para los estudiantes es importante la genuinidad, ya sea de terapia cognitivo conductual o humanista. También podemos ver que los terapeutas cognitivo conductuales muestran características distintas en la terapia que los terapeutas humanistas.

¿Considera que la terapia le gustó por las técnicas o por el terapeuta?

En esta sección las respuestas muestran una inclinación en ambos estilos de terapia a que el terapeuta sea más importante. Los sujetos mencionan en algunos casos que una terapia les gustó por las técnicas y otros por ambas, pero la mayoría se inclina hacia el terapeuta. Esto es importante porque se muestra cómo una buena relación con el terapeuta ayuda a que el sujeto tenga una mejor percepción de la terapia.

¿Qué pensabas sobre la terapia cognitiva conductual y sobre la terapia humanista antes de recibir la terapia?

En esta pregunta se buscaba saber qué conceptos, ideas o prejuicios tenían los estudiantes antes de recibir la información dada en las clases y también antes de recibir las terapias. Esto iba a dar una idea de las cosas que podían pensar los estudiantes y quizás ver si existía algún tipo de prejuicio con alguna terapia. Con las respuestas pudimos ver que sí existían pensamientos predeterminados ante ambas terapias. Los sujetos mencionaron ideas como que la terapia cognitiva conductual era una terapia sumamente rígida, estructurada y que se centraba mucho en las cogniciones. También se mencionó que era

una terapia eficaz en trastornos de ansiedad y depresión ya que había muchas investigaciones al respecto. Junto con esto mencionaron que veían a esta terapia como una guía o un manual para los problemas de la vida diaria. Por otro lado, en el caso de la terapia humanista, los sujetos tuvieron pensamientos distintos. Algunos sujetos la veían como una terapia superficial o un poco “hippie”, que no es directiva y que es más una base de tratamiento que una terapia en sí. Las personas tienen pensamientos distintos sobre ambas terapias, esto puede tener relación con el nombre o con opiniones que puedan haber escuchado de otras personas.

¿Cambiaron estos pensamientos después de recibir la terapia?

En esta sección vemos qué sucedió con los pensamientos que tenían previamente respecto a ambas terapias. En el caso de ambas, cambiaron los pensamientos que tenían los sujetos. En cuanto a la terapia cognitiva conductual los sujetos vieron que era una terapia que servía para mucho más que ansiedad y depresión, además que la estructura podía ser algo positivo ya que ayudaba al paciente y al terapeuta a reducir la ansiedad. Con respecto a la terapia humanista cambió el hecho de ver que no es una terapia “hippie” si no que puede llegar a ser muy profunda, sin embargo el pensamiento de que es una base para toda terapia siguió siendo igual, pero también se vio que la terapia humanista sí es una terapia en sí misma y no solamente el apoyo de otras. Podemos ver que finalmente los pensamientos que tenían los sujetos antes cambiaron de una manera positiva después de recibir la clase y la terapia.

¿Cómo describirías la terapia cognitivo conductual y a la terapia humanista?

Esta pregunta sirve para ver los conceptos que tienen los sujetos sobre ambas terapias. Los sujetos describen de manera absolutamente distinta a ambas terapias. A la terapia cognitivo conductual la describen como una terapia estructurada, que es una guía

para que el paciente pueda trabajar sus problemas dentro y fuera de terapia y que es breve y con un tratamiento a problemáticas específicas, también la ven como una terapia centrada en las cogniciones. Por otro lado describieron a la terapia humanista como una terapia centrada en las emociones, como una terapia profunda que permite a la persona expresarse y ser quién es dentro de terapia y experimentar a fondo lo que le sucede en ese momento. Si bien ambas terapias son descritas de manera diferente, eso no quiere decir que en cuanto a su utilidad y eficacia sean distintas.

¿Qué características te gustaron de tu terapeuta cognitivo conductual y de tu terapeuta humanista?

Esta pregunta fue hecha para ver qué características fueron importantes para el paciente y para ver si existían diferencias entre ambas terapias. Lo que los sujetos respondieron con respecto a su terapeuta cognitivo conductual es que era genuino, sin estar en un rol de terapeuta, otro comentario es que le gustaba la seriedad con la que abordaba sus problemas y que estaba muy presente en la sesión, además mencionaron que una característica que les gustaba era cómo explicaba las cosas. Con respecto a la terapia humanista los sujetos mencionaron la genuinidad, empatía y el entendimiento que tenían sus terapeutas. Si bien son comentarios distintos, para ambas partes fue importante la genuinidad del terapeuta y el que sea empático. Por otra parte lo distinto es que el terapeuta cognitivo conductual tiende a explicar más las cosas a diferencia del terapeuta humanista.

Si una técnica te molestó, explica el por qué.

Con esta pregunta se buscaba encontrar si existían técnicas que pudieron molestar a los sujetos. Los resultados mostraron que no existió ninguna técnica específica, si no elementos generales. En el caso de la terapia humanista dos sujetos mencionaron que no se sentían cómodos con alguna de las terapias humanistas ya que les daba vergüenza

comportarse así con un tercero y en el caso de la terapia cognitiva, hubo dos sujetos que mencionaron que les mandaron tareas que no consideraban su tiempo personal y exigían mucho trabajo. En ambos casos no fue una técnica específica sino más bien cómo el terapeuta la emplea.

¿Qué consideras más importante, las técnicas de la terapia o el terapeuta, por qué?

En esta pregunta se pretendía saber si en general se considera que la técnica importa más o el terapeuta dentro de una sesión. La mayoría de sujetos reportaron que el terapeuta es más importante ya que es quién emplea las técnicas. Los demás sujetos consideraron que ambas son igual de importantes ya que están interrelacionadas. Esto fue parte de ambas terapias.

¿Cómo te sentiste durante las sesiones de terapia cognitivo conductual y durante la terapia humanista?

En la mayoría de sujetos hubo una buena experiencia dentro de ambas terapias, sin embargo también se reportaron tres experiencias negativas. En el caso de terapia cognitivo conductual dos sujetos mencionaron que no se sintieron bien en la terapia ya que sentían que su terapeuta no los dejaba expresarse de manera libre y se sentían encasilladas. Por otro lado en terapia humanista uno de los sujetos mencionó que no se sentía bien ya que sintió que hacía las cosas por su terapeuta y no porque quisiera o creyera en la terapia que seguía. En ambos casos se puede ver que la mala experiencia se da por el terapeuta y no por la terapia en sí.

Importancia del estudio

Esta tesis investigativa es significativa ya que puede contribuir potencialmente a los futuros psicólogos a mejorar sus técnicas y a entender mejor la terapia humanista y la Terapia cognitiva conductual. Los resultados muestran que los sujetos ven la terapia

cognitivo conductual como una terapia demasiado estructurada y rígida, esto influye en su percepción de la terapia en sí. Por este motivo si esa percepción se puede cambiar en clase, es posible que los estudiantes vean de una manera más positiva a la terapia cognitiva conductual. Además indican también la importancia del terapeuta y la alianza terapéutica dentro de la sesión, por lo que también esto puede dar paso a que se enseñe a actuar en sesión y no solamente técnicas. Hay investigaciones que indican que los factores que influyen en los resultados de la terapia se centran en la personalidad del paciente y en la relación terapéutica. “Casi el 40 por ciento del cambio se debe a las propias características del paciente, un 30 por ciento a los factores comunes a todas las terapias (empatía, relación, apoyo y confrontación de emociones), un 15 por ciento al efecto placebo constituido por las expectativas del paciente de que la psicoterapia será de ayuda y el 15 por ciento restante corresponde a las técnicas” (Rosado, 2007, p 43). Por este lado, es importante ya que los futuros psicólogos obtendrán herramientas para brindar un mejor servicio a los pacientes y esto a su vez podrá generar más cambios positivos en los mismos, lo cual es la finalidad de la psicología. Además de esto hay muchas técnicas dentro del estilo humanista que no se logran estudiar a fondo en clase y son utilizadas por los terapeutas, esto indica que sería positivo dar más tiempo para enseñar los distintos tipos de técnicas de cada terapia. Todos los resultados pueden resultar beneficiosos para la USFQ ya que brindan información y guía sobre lo que pueden hacer para dar una mejor educación en psicología clínica.

Resumen de sesgos del autor

Para una investigación es importante considerar los sesgos del autor ya que esto permite al lector entender mejor la información que tiene en sus manos. En este caso existe un posible sesgo de preferencia en lo que respecta a la misma experiencia del autor con

ambas terapias y su visión del tema. Sin embargo, por este motivo los sujetos que participan son de gran importancia ya que brindan imparcialidad al estudio.

CONCLUSIONES

Respuesta a la pregunta de investigación

La pregunta de investigación fue ¿cómo y hasta qué punto se diferencian la terapia cognitiva conductual y la terapia humanista en la percepción del impacto y preferencia de la terapia aplicado en estudiantes de quinto año de psicología clínica? La respuesta tiene muchos factores que serán discutidos a continuación. Dentro de esto se encuentra que el impacto que tiene una terapia se ve por factores como el terapeuta, la problemática que experimenta el paciente y las técnicas que se emplean. Los sujetos muestran preferencias al momento de ser terapeutas distintas que al momento de ser paciente, por lo que se ve que ambas tienen un impacto en los sujetos. Es importante ver que el impacto de la terapia depende de muchos factores como el contexto y el terapeuta, además que el impacto de la terapia es algo bastante ambiguo y no es lo mismo para el paciente que para el terapeuta (2010).

Como hipótesis se consideraron las siguientes: 1) La relación que tienen los sujetos con el terapeuta va a determinar cuál de las dos terapias tuvo un mayor impacto en su vida. Esta hipótesis no se cumplió ya que si bien en algunos de los sujetos fue un factor determinante, no fue en la mayoría y en otros sujetos fue más importante la técnica que se usó y lo que lograron aprender de sí mismos. Sin embargo sí se toma como un factor muy importante ya que los sujetos cuando mencionaron que tuvieron una mala relación con su terapeuta, también mencionan que la terapia no tuvo un impacto en su vida, sin importar el estilo ya que esto se dio tanto en la terapia humanista como en la terapia cognitivo conductual. Con la siguiente hipótesis, el terapeuta que se muestre más empático va a generar que el sujeto se incline más hacia esa terapia, como pasó con la hipótesis anterior, si bien es un factor muy importante no es el único que define la inclinación de los sujetos

hacia una terapia u otra, sin embargo se puede observar que la mayoría de sujetos mencionó esa cualidad con respecto a su terapeuta humanista mientras que ninguno lo mencionó con respecto a la terapia cognitiva conductual. La tercera hipótesis, los terapeutas humanistas van a tener las cualidades de genuinidad, aceptación incondicional y empatía y esto va a generar un mayor impacto para los sujetos. Se puede ver que sí influye mucho en la terapia, sea humanista o cognitiva conductual, sin embargo los sujetos si mencionan más esta cualidad con respecto a sus terapeutas humanistas por lo cual sí se cumple la hipótesis ya que además los sujetos también en su mayoría se inclinaron hacia la terapia humanista. Con la hipótesis de que los sujetos se verán más afectados por trabajar más con sus emociones y no con sus cogniciones, la hipótesis se confirma ya que si bien fue con una preferencia con diferencia de 1 sujeto, todos mencionaron que trabajar con sus emociones les parecía algo más profundo y lograban entenderse más a sí mismos, por lo que concuerda con la teoría ya que las investigaciones dicen que las emociones son fundamentales para darle significado a las cosas. Con respecto a la hipótesis cinco que dice que la percepción de la terapia cognitiva conductual será que es efectiva y una herramienta para la vida diaria, pero no tan profunda como la terapia humanista, se comprueba ya que la mayoría de sujetos opina que es efectiva para la vida diaria y también creen que la terapia es más profunda por tratar a las emociones. Sin embargo esto se da nuevamente con una diferencia de un sujeto. La última hipótesis que es que las técnicas de la terapia humanista van a ser más aceptadas ya que trabajan con las emociones de la persona y buscan profundizar lo que causan, no es comprobada ya que los sujetos no tienen una preferencia clara entre las técnicas ya que les gustan tanto técnicas humanistas como cognitivas conductuales. Existe una preferencia por las diferentes sillas vacías y por el registro de pensamiento. Además dos sujetos mencionan que no se sienten cómodos

realizando las técnicas de su terapeuta humanista ya que se sienten “tontos” y les da “vergüenza”, otro menciona que hay que tener mucha confianza con el terapeuta para hacer ese tipo de técnicas y que si no se tiene esa confianza es muy difícil realizarlas. Como podemos ver, las hipótesis se comprueban hasta un cierto punto ya que los sujetos si ponen como prioridad las emociones, pero no hay una preferencia por las técnicas en sí mismas. Además las cualidades del terapeuta si bien se repiten más en los terapeutas humanistas, sí son importantes en cualquier terapia, aunque no determinan completamente la preferencia por una u otra terapia.

En las preguntas de este cuestionario se observó que todos los sujetos experimentaron en sesión de terapia humanista las distintas versiones de la silla vacía y siete sujetos experimentaron la técnica de reflejo por parte de sus terapeutas cognitivos. Tres sujetos experimentaron focusing y después los sujetos indicaron técnicas como musicoterapia, arte terapia, relajación, imaginación y Gestalt. En cuanto a la preferencia de las técnicas, mencionaron en cuanto a la terapia humanista que les gustaba mucho los diferentes tipos de silla vacía y también el reflejo. Seis de los sujetos mencionaron que les gustó mucho la calidez de su terapeuta humanista y el hecho de que estaba acompañándolos en su proceso, también mencionaron que veían a su terapeuta como alguien tierno y además genuino. En cuanto a la terapia cognitiva conductual, todos los sujetos pudieron experimentar en sesión la técnica de registro de pensamientos y los experimentos conductuales. Solo una parte de los sujetos mencionaron otras técnicas como la técnica del pastel, graduar la intensidad de emociones y pensamientos, hacer registro de creencias centrales y analizar distorsiones cognitivas. Uno de los sujetos mencionó que para él fue muy importante darse cuenta de sus pensamientos, otro mencionó que el reconocimiento de los patrones fue lo que más le gustó y por último uno mencionó que

para él la graduación en la intensidad fue lo que más le gustó. Con respecto al terapeuta, tres sujetos mencionaron que su terapeuta de terapia cognitiva conductual era claro y sabía explicar bien las cosas; dos sujetos mencionaron la importancia de que era muy genuino y no presentaba un rol de terapeuta. Todas estas respuestas dieron una pauta de los temas que se ven a continuación. Estas respuestas pueden estar relacionadas en gran medida con las clases que reciben los estudiantes y también al terapeuta que les dio las terapias. Por este motivo se intentó que las entrevistas profundizaran en estos temas.

Con respecto a la terapia humanista no surgió ningún tema principal, pero surgieron algunos secundarios. 1) es una terapia que sirve como base; 2) está enfocada en las emociones; 3) es eficiente. Con respecto a la terapia humanista, la mayoría de sujetos piensa que es una filosofía y un estilo de vida, además de considerar que debe ser una base para todo terapeuta. Esto se refiere a las cualidades de escuchar, ser genuino y no juzgar al paciente, enfocándose solamente en él y dejar que el paciente guíe las sesiones. Estas cualidades son percibidas de una manera muy positiva por los sujetos y hacen que la gente prefiera la terapia humanista. Además de que los terapeutas tienen esas cualidades que hacen que la terapia se vuelva cálida y que permita que el lazo con el terapeuta sea fuerte.

Uno de los resultados importantes es que los sujetos tienen una preferencia o gusto por la terapia humanista ya que consideran que la terapia cognitiva conductual es demasiado rígida y estructurada, lo cual lo ven como un impedimento para la sesión. Por este motivo también se vieron más afectados por esta terapia y no por la cognitiva; solamente dos sujetos comentaron que la terapia cognitiva conductual tuvo un impacto mayor en sus vidas, uno porque pudo entender mejor su problemática analizando sus pensamientos y el otro porque entendió una parte de sí mismo que no había podido entender. Este resultado puede ser producto del terapeuta ya que ambos reportaron que el

terapeuta había sido muy importante en la sesión, además de opinar que el terapeuta puede ser más importante que las técnicas. Por otro lado, también existe el componente del procesamiento emocional elevado como fue indicado en el estudio de Watson (2006) y esto puede ser el indicador del impacto de la terapia humanista. Por otro lado también existieron sujetos que no tuvieron una preferencia por esta terapia ya que la sentían superficial, como una conversación con un amigo y no una intervención; esta percepción es algo que se ha repetido con respecto a la terapia centrada en el paciente (Bohart & Byock, 2005) y quizás por este motivo experimentaron esa sensación. La preferencia es algo que puede estar muy ligado a la personalidad de la persona, no necesariamente tiene que relacionarse con la terapia.

En otro de los resultados podemos ver que la tabla sobre la eficacia de las terapias muestra que tres sujetos piensan que la terapia cognitiva es más eficaz, un sujeto que la terapia humanista es más eficaz, tres sujetos que ambas y un sujeto piensa que ninguna es eficaz. Esto indica que si bien pueden preferir en ciertos aspectos la terapia humanista, finalmente consideran que la terapia cognitiva conductual es más eficiente para tratar los trastornos psicológicos, lo cual muestra que es una herramienta importante para los sujetos al momento de dar terapia. Finalmente las investigaciones de Elliot et al. (2012, 2013) indican esto, ambas terapias son eficaces en su tratamiento y los estudiantes al poder experimentar ser terapeutas y pacientes al mismo tiempo pudieron comparar su eficacia y la mayoría comparte el pensamiento de que ambas lo son.

En la tabla seis se muestra con cuál de las dos terapias se siente más cómodo el sujeto al momento de dar terapia. Se puede observar que tres sujetos prefieren la terapia cognitiva conductual al momento de dar terapia, dos sujetos prefieren la terapia humanista, dos sujetos se sienten cómodos con ambas terapias y uno de los sujetos no siente una

preferencia por ninguna de las dos. Uno de los comentarios que se ven en los resultados es que la terapia cognitivo conductual es como una guía, tanto para el paciente como para el terapeuta. Junto con esto también el hecho de que la terapia cognitiva conductual es estructurada y esa estructura puede ser una herramienta para los terapeutas principiantes.

En la tabla siete, los resultados indican que como paciente algunos de los sujetos se sienten mejor con la terapia cognitivo conductual y otros con la terapia humanista. Cuatro sujetos eligieron la terapia cognitivo conductual sobre la humanista, tres sujetos prefieren la humanista como pacientes y uno de los sujetos no prefiere ninguna de las dos. Esto muestra que esta terapia si bien puede verse como rígida, fría y estructurada, al momento de recibirla puede no ser así y permitir que el paciente se sienta cómodo y obtenga buenos resultados. Es importante considerar que el terapeuta juega un rol muy importante en este aspecto ya que él puede brindar calidez en la sesión.

Los temas que resultaron de la entrevista con la terapia cognitivo conductual fueron principalmente que es una terapia eficiente. Los temas secundarios fueron cuatro, en los cuales entre cuatro y seis de los sujetos reportaban una experiencia u opinión similar. Estos temas incluyen que es una terapia estructurada; es rígida; brinda buenas herramientas para el terapeuta y el paciente y es una terapia más rápida. Estos resultados afectaron el hecho de que los estudiantes prefieran la terapia como pacientes en algunos casos, sin embargo no como terapeutas ya que la ven como una terapia muy eficiente.

Por otra parte, también es factible que existan prejuicios sobre la terapia cognitiva conductual por el hecho de ser una terapia más directiva y con un “protocolo” más claro que seguir. También dos sujetos comentaron que su terapeuta no consideró su tiempo y que les mandaron tareas muy laboriosas en momentos poco oportunos, esto los hizo sentir como si no les prestaran atención y no consideraran su vida fuera de terapia, además un

sujeto comentó que tuvo una mala experiencia con la terapia cognitiva conductual porque no sintió una empatía con su terapeuta. Estos resultados son importantes ya que muestran que el hecho de que los sujetos prefieran una terapia y no otra, puede ser por el terapeuta y no necesariamente por la terapia. La estructura a veces puede ser beneficiosa pero si no se maneja con cuidado puede ser percibida como negativa. Sin embargo, los sujetos consideraron que es una terapia que da muchas herramientas positivas para el paciente y para el terapeuta, además de ser rápida y efectiva con problemas puntuales. Todos estos comentarios son positivos, lamentablemente la rigidez que se siente con la terapia hace que la gente la perciba como fría, quizá algunos de los mismos terapeutas se enfocan mucho en la estructura y no dejan que exista flexibilidad y esto resulta negativo para la percepción global de la terapia.

Finalmente, ambas terapias son consideradas efectivas al momento de tratar al paciente, ambas son utilizadas por la mayoría de los sujetos para tratar a un paciente ya que al momento de usar las herramientas que ambas brindan, se ve un resultado más positivo y apropiado para cada paciente. Algo importante es que los sujetos tuvieron que asistir a estas terapias y tuvieron que aplicarlas con ambos estilos como requisito de las clases, esto puede afectar los resultados ya que uno de los sujetos mencionó que sentirse obligada a entrar a un proceso terapéutico se sentía como algo forzado que no le permitía disfrutar de las cosas positivas de ambas terapias.

Limitaciones del estudio

En un estudio cualitativo la limitación más grande es que la investigación cualitativa puede mostrar inconvenientes en términos de resultados generalizables, validez y fiabilidad (Martin, 2008). Además que la mayoría de sujetos fueron mujeres y esto hace que sea una muestra más homogénea. Esto puede influir en las distintas visiones que

pueden existir sobre una u otra terapia (Jacob & Kuruvilla, 2012). Otra limitación encontrada es que el entrenamiento de los terapeutas que dieron terapia es limitado ya que en Ecuador no existe un ente regulador que exija que los terapeutas se entrenen continuamente, estas personas no se actualizan y no tienen que tomar horas de educación continua para renovar sus licencias ya que en Ecuador no existe un ente como la APA que lo regule. Además los terapeutas no manejan una orientación única y están entrenados en diferentes escuelas y corrientes por lo cual tienen una visión más holística y no enfocada solamente en una corriente específica. Por este motivo es posible que las intervenciones que utilizaron con los estudiantes en sesión no hayan sido las mismas enseñadas en clase. Además, con respecto a los estudiantes al tener poca experiencia dando y recibiendo terapia, los sujetos no tienen una gama extensa de experiencias con pacientes o con otros terapeutas como para poder comparar ambas terapias, mientras más experiencias se tiene, más oportunidad tiene una persona de entender ambas terapias y poder definir su pensamiento. Por último, la alianza terapéutica juega un rol importante al momento de que una terapia agrade o no al paciente, Zafrán (2002) indica que un 45% de un buen resultado en terapia se debe a las relaciones con el terapeuta y particularmente la alianza terapéutica. Por este motivo esto puede generar rechazo o atracción por una u otra terapia sin que necesariamente la terapia en sí cause esto.

Recomendaciones para futuros estudios

Se recomienda que para futuros estudios se tomen en cuenta los terapeutas a los cuales fueron los pacientes y que quizá sea una variable controlada y no una variable de observación. Para lograrlo se puede tener un directorio de los terapeutas y que el director haga una entrevista previa para saber su educación en ambas terapias, cómo usa las técnicas de las terapias y cómo se comporta dentro de las sesiones. Esto puede proveer

información más específica sobre las terapias estudiadas. Por otra parte, se puede considerar ampliar la muestra de sujetos para que sea más representativa y que de esta manera se puede generalizar a otros medios. Es importante también analizar la experiencia teórica que tienen los estudiantes, esto puede ser un factor importante porque es el primer acercamiento que tienen los sujetos con las terapias y esto puede dejar prejuicios en ellos. Tomar en cuenta las variables es importante para un estudio más profundo.

Resumen general

Esta es una tesis investigativa que busca ver cómo la terapia cognitiva conductual y la terapia humanista afectan a los estudiantes de quinto año de psicología clínica. Esto incluye varios factores, preferencias, técnicas y terapeutas. Para obtener información se hizo un cuestionario que respondería una lista de estudiantes de quinto año de psicología, de los cuales 8 sujetos cumplieron con los requisitos necesarios. Después de esto se realizó una entrevista con preguntas más específicas sobre los factores que afectan en la decisión de los estudiantes. Con los resultados se buscaron temas repetidos entre las respuestas y se realizó un análisis. Los temas que resultaron de la entrevista con la terapia cognitivo conductual fueron principalmente que es una terapia eficiente. Los temas secundarios fueron cuatro, en los cuales entre cuatro y seis de los sujetos reportaban una experiencia u opinión similar. Estos temas incluyen que es una terapia estructurada; es rígida; brinda buenas herramientas para el terapeuta y el paciente y es una terapia más rápida. Con respecto a la terapia humanista no surgió ningún tema principal, pero surgieron algunos secundarios. El primero fue que es una terapia que sirve como base, el segundo que está enfocada en las emociones y el tercero que es eficiente.

REFERENCIAS

- Abdolhosseini, A., Keikhavani, S., & Hasel, K. (2011). *The Effect of Instructing Cognitive and Metacognitive Strategies on the Academic Progress of Ilam Medical University Students*. *Psychology Research*, 1(4), 244-250.
- Anchorena, M.N. (2012). *Modelos de Intervenciones Clínicas basadas en Mindfulness*. Sociedad Mindfulness y Salud. Recuperado 25 de julio de 2012. Obtenido de: <http://www.mindfulness-salud.org/mindfulness-y-psicoterapia/modelos-que-integran-mindfulness/>
- Bados López, A., García Grau, E., Fusté Escolano, A. (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2, Nº 3, pp. 477-502. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf
- Barlow, D.H. (2008). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. [Versión de books google]. Recuperado: <http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=JSfnCPIEFygC&oi=fnd&pg=PA250&dq=cognitive+therapy+of+depression&ots=4x0kTmq3R3&sig=RjbHT4vXNBC9ETBfuX9XdSs2LxE#v=onepage&q=cognitive%20therapy%20of%20depression&f=false>
- Bas, F. (1995). *Reflexiones sobre la psicología clínica en España y sobre la acreditación del psicólogo clínico*. *Psicología conductual*. Obtenido de: <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1995/art08.3.03.pdf>
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guildford Press. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de: http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PP15&dq=benefit+of+cognitive+therapy&ots=FVPeCK8ren&sig=3qTJEsN0mJ_cwR-mEdFoD9ujJ2M#v=onepage&q&f=false
- Beck, A.T. & Freeman, A (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Ed. Paidós, 1995
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy, basic and beyond*. The Guilford Press. 1- 331
- Beck, R & Fernández, E. (1998). *Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Anger: A Meta-Analysis*. Vol. 22, No. 1, pp. 63-74. Recuperado de: [http://www.acu.edu/img/assets/6655/Cognitive-Behavioral%20in%20the%20Treatment%20of%20Anger%20\(A%20Meta-analysis\).pdf](http://www.acu.edu/img/assets/6655/Cognitive-Behavioral%20in%20the%20Treatment%20of%20Anger%20(A%20Meta-analysis).pdf)
- Bermudez, S. (2004). *Estudios de Evaluación específicos: un enfoque cualitativo a la recolección de datos*. Programa mundial de evaluación del uso indebido de drogas,

módulo 6. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/67088075/2/B-Preguntas-semiestructuradas>

- Bohart, A. C., & Byock, G. (2005). Experiencing Carl Rogers From the Client's Point of View: A Vicarious Ethnographic Investigation. I. Extraction and Perception of Meaning. *Humanistic Psychologist*, 33(3), 187-211.
doi:10.1207/s15473333thp3303_2
- Bower, P., Byford, S., Sibbald, B., Ward, E., King, M., Lloyd, M., Gabbay, M. (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *BMJ*. 321:1389. Obtenido de:
<http://www.bmj.com/content/321/7273/1389.full>
- Capo, S. J. (1986). *Anuario de psicología*. Núm 24. Obtenido de:
<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/view/64552/88514>
- Cain, D. J & Seeman, J. (2008). *Humanistic Psychotherapies: Handbook of research and practice*. American Psychological Association: Washington.
- Carpintero, H., Mayor, L. & Zalbidea, M.A. (1990). *Condiciones del surgimiento y desarrollo de la Psicología Humanista*. Revista de filosofía vol III, 71-52. Editorial Complutense, Madrid
- Castonguay, Louis G.; Goldfried, Marvin R.; Wiser, Susan; Raue, Patrick J.; Hayes, Adele M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 64(3), 497-504. doi: [10.1037/0022-006X.64.3.497](https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497)
- Denzin, K., Lincoln, Y. (2005). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de:
http://books.google.com.ec/books?id=AIrpMHgBYqIC&printsec=frontcover&dq=denzin+y+lincoln+2005&source=bl&ots=kmDTEDjvo7&sig=eCH_7XAvfKdx3MwAxngRP-f4S7U&hl=es&sa=X&ei=W_N1UPH4KIXk8gT_yoCQAQ&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=denzin%20y%20lincoln%202005&f=false
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). *Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials*. *Psychological Medicine*, 33, 499 – 509.
- Ebsco industries. (2013). Foundation. Obtenido de: <http://www.ebscoind.com/>
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley.

- Elliot, R. (2012). *Person-Centered/Experiencial Psychotherapy for Anxiety Difficulties: Theory, Research and Practice*. University of Strathclyde
- Feliciano, Y., Medina, J., Tadio, G. (2009). *Personality theories and counseling methods*. University of Phoenix. Obtenido de:
<http://www.slideshare.net/memosortillon83/silla-vacia>
- Ferreira da Silva, M. R. (2006). *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Universidad Autónoma de Barcelona. . [Versión de booksgoogle]. Recuperado de:
<http://books.google.com.ec/books?id=o2n57QYwMDIC&pg=PA43&dq=estudios+cualitativos&hl=es&sa=X&ei=IqkAUfWSH4rq9ASV8oHAAQ&ved=0CDEQ6AEwAQ#v=onepage&q=estudios%20cualitativos&f=false>
- Gendling, E. (2007). *Focusing*. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de:
<http://www.amazon.com/Focusing-Eugene-T-Gendlin/dp/0553278339>
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). *Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis*. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291 – 306.
- Gloaguen, V. Cottraux, J. Cucherat, M. Blackburn, I.M. (1998). *A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients*. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 49, Issue 1 1, p 59-72.
- Greenberg, L. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association. Washington, DC. 1-179
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. PDF. Obtenido de:
http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico*. Obtenido de:
http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90&
- Jacob, K. S., & Kuruvilla, A. (2012). *Psychotherapy across cultures: the form-content dichotomy*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(1), 91-95.
doi:10.1002/cpp.736
- Karson, M., & Fox, J. (2010). Common Skills that Underlie the Common Factors of Successful Psychotherapy. *American Journal Of Psychotherapy*, 64(3), 269-28
- Klagsbrun, J. (s/f). *Focusing: Una herramienta corporal y mental para la autoexploración y reducción del stress*. Traducido por Edgardo Riveros. Obtenido de:
http://www.focusing.org/es/focusing_una_herramienta_corporal_y_mental_klagsbrun_trad_riveros_031209.pdf

- Konrad, J. L., & Yoder, J. D. (2000). Adding Feminist Therapy to Videotape Demonstrations. *Teaching Of Psychology*, 27(1), 57.
- Leahy, R. (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. New York: Guilford. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de: [http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=R_3mzKeZLrsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Leahy,+R.+\(2003\).+Cognitive+therapy+techniques:+a+practitioner%2%B4s+guide.+New+York:+Guilford&ots=-EwvXYqAW&sig=EF1f4CGW8BIU4AM7YMjiBm6yb88#v=onepage&q=Leahy%20\(2003\).%20Cognitive%20therapy%20techniques%3A%20a%20practitioner%2%B4s%20guide.%20New%20York%3A%20Guilford&f=false](http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=R_3mzKeZLrsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Leahy,+R.+(2003).+Cognitive+therapy+techniques:+a+practitioner%2%B4s+guide.+New+York:+Guilford&ots=-EwvXYqAW&sig=EF1f4CGW8BIU4AM7YMjiBm6yb88#v=onepage&q=Leahy%20(2003).%20Cognitive%20therapy%20techniques%3A%20a%20practitioner%2%B4s%20guide.%20New%20York%3A%20Guilford&f=false)
- Martinez, Y. (2011). *Panorámica de la Psicoterapia Existencial: un enfoque posmoderno*. Diferencias entre psicología Existencial y psicología Humanista. Obtenido de: <http://circuloexistencial.blogspot.com/2011/08/diferencias-entre-psicologia.html>
- Martin, D. (2008). *Psicología Experimental: cómo hacer experimentos en psicología*. CengageLearning. 1-365
- McKay., Davis., Fanning. (1988). *15 Tipos de pensamientos distorsionados*. Obtenido de: <http://www.uned.es/master-psicologia-deporte/jajajaja/g2009/pd.pdf>
- Maykut, P. & Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research-A philosophic and practical guide*. London: FalmerPress. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de: http://books.google.com.ec/books?id=pq-0w28WR_YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Mitchell, M; Jolley, J. (2010). *Research desing explained*. [Versión de booksgoogle]. Recuperado de: http://books.google.com.ec/books?id=Wspw-FNCM6EC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Moyano, E. (2008). *Cartografía de la psicología contemporánea*. [Versión de books google]. Recuperado de: http://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=uxyzeT-1bKoC&oi=fnd&pg=PA165&dq=terapia+humanista+existencial&ots=Lifhx4yHRa&sig=iyVxKBWRiO4mplB8NTX_Do4sovk#v=onepage&q=terapia%20humanista%20existencial&f=false
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Conceptos Clave. Obtenido de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/index.html
- Oaklander, V. (1992). *Ventanas a nuestros niños. Terapia Gestáltica para Niños y Adolescentes*. 12ª edición. Cuatro Vientos: Santiago de Chile
- Perls, F. S. (1973). *The gestalt approach & Eyewitness to therapy*. Science & Behavior Books.

- Perl, F. S. (1975). *Yo, hambre y agresión: los comienzos de la terapia gestalista*. Fondo de cultura, económica. Obtenido de: <http://es.scribd.com/doc/35132146/Perls-Fritz-Yo-Hambre-Y-Agresion>
- Pucci, A. (2010). *Why cognitive-behavioral therapy? National Association of Cognitive-Behavioral Therapists*. Obtenido de: <http://www.nacbt.org/whycbt.htm>
- Rabin, S., Krontal, S., Shorer, Y., & Matalon, A. (2011). Mental health at a family medicine conference: reflective narratives of a family physician and a clinical psychologist. *Mental Health In Family Medicine*, 8(4), 273-276.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26 – 34. Obtenido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9444896>
- Riso, W. (2009). *Terapia Cognitiva*. Maestro Clemente Barragán Velásquez. Editorial Norma. Bogotá. Colombia. Obtenido de: <http://ismseper.webcindario.com/wordpress/wp-content/uploads/W.-RISO.pdf>
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. [Versión de books.google]. Recuperado de: <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zu2BjSmdtwUC&oi=fnd&pg=PA23&dq=bases+de+la+terapia+cognitivo+conductual&ots=9yBs2O EZBu&sig=kTbj8v8ovT7hYMjp5tQT2RZT8ps#v=onepage&q=bases%20de%20la%20terapia%20cognitivo%20conductual&f=false>
- Rogers, C. (1989). *On becoming a person: a therapist's view on therapy*. [Versión de books google]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=0yHBXXhJbKQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Rogers, C. (1952). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Obtenido de: <http://grupo-acf.com/2011/02/psicologia-humanista-analisis-transaccional-counseling-psicoterapia-centrada-en-el-cliente/>
- Rogers, C. (1952). *Terapia. Teorías de la personalidad*. Traducido por Dr. Rafael Gautier. Obtenido de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/rogers.htm>
- Rosado, M. (2007). *Enfoque integrativo en sicoterapia*. *Psicología y Educación*. Vol. 1 Núm. 2. Pp 42-50. Obtenido de: <http://www.uv.mx/ipe/documents/Elenfoqueintegrativo.PDF>
- Roszak, T. (1968). *The Making of a Counter Culture: Reflections on the Technocratic Society and Its Youthful Opposition*. University of California. Obtenido de: <http://es.scribd.com/doc/68962275/The-Making-of-a-Counter-Culture-Theodore-Roszak>

Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2002). Repairing therapeutic alliance ruptures (pp.235-254). In J. C. Norcross (Ed.). *A guide to psychotherapy relationships that work: Effective elements of the therapy relationship*. New York: Oxford.

Special Section: Psychotherapy Change Process Research

Reilly, J., & Jacobus, V. (2009). Gestalt Therapy: Student Perceptions of Fritz Perls in Three Approaches to Psychotherapy. *Australian Journal Of Guidance & Counselling*, 19(1), 14-24. doi:10.1375/ajgc.19.1.14

Ryan, T., Blau, S., & Grozeva, D. (2011). Teaching Cognitive-Behavioral Therapy to Undergraduate Psychology Students. *Journal Of Instructional Psychology*, 38(1), 23-31.

Timulak, L., & Elliott, R. (2003). Empowerment events in process-experiential psychotherapy of depression: A qualitative analysis. *Psychotherapy Research*, 13, 443-460.

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17, 310-320

Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy*, 83, 421-447

Walsh, Y. & Frankland, A. (2011). Cognitive relational therapy. *Counselling psychology review*, 26(2), 49-56

Watson, Jeanne C.; Bedard, Danielle L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 74(1), 152-159. doi: [10.1037/0022-006X.74.1.152](https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.152)

Weinberger, J. (2006), Common Factors Aren't So Common: The Common Factors Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2: 45-69. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00024.x

Woldt, A & Toman, S.M (2007). *Terapia Gestalt: Historia teoría y práctica. Manual Moderno*.

APÉNDICE A: Preguntas entrevista

Terapia Cognitivo Conductual

¿Qué pensabas sobre la terapia cognitiva conductual antes de recibir la terapia?

¿Cambiaron estos pensamientos después de recibir la terapia?

¿Cómo describirías la terapia cognitivo conductual?

¿Qué características te gustaron de tu terapeuta cognitivo conductual?

Si una técnica te molestó, explica el por qué.

¿Consideras que la terapia te gustó por las técnicas o por el terapeuta, por qué?

¿Qué consideras más importante, las técnicas de la terapia o el terapeuta, por qué?

¿Cómo te sentiste durante las sesiones de terapia cognitivo conductual?

Terapia Humanista

¿Qué pensabas sobre la terapia humanista antes de recibir la terapia?

¿Cambiaron estos pensamientos después de recibir la terapia?

¿Cómo describirías la terapia humanista?

¿Qué características te gustaron de tu humanista?

Si una técnica te molestó, explica el por qué.

¿Consideras que la terapia te gustó por las técnicas o por el terapeuta, por qué?

¿Qué consideras más importante, las técnicas de la terapia o el terapeuta, por qué?

¿Cómo te sentiste durante las sesiones de terapia humanista?

Preguntas conjuntas

¿Cuál de las dos crees que tuvo un mayor impacto en tu vida y por qué?

¿Qué técnicas te gustaron más y por qué?

Como terapeuta, ¿con cuál terapia te sientes mejor? ¿Por qué?

Como paciente, ¿con cuál terapia te sientes mejor? ¿Por qué?

¿Cuál de las dos terapias te gusta más y por qué?

¿Cuál terapia te parece más eficaz y por qué?

APÉNDICE B: Preguntas de filtro

Por favor conteste esta encuesta de la manera más honesta posible, no hay respuestas correctas. Gracias por su colaboración.

Género:

Edad:

¿Durante el quinto año de psicología clínica recibió terapia con un psicólogo humanista y otro cognitivo?

Si No

¿Durante este proceso, pudo experimentar las diferentes técnicas de la terapia?

Si No

¿De ser así, cuáles fueron las técnicas que aplicó el terapeuta humanista?

¿De ser así, cuáles fueron las técnicas que aplicó el terapeuta cognitivo?

¿Qué técnicas le gustaron más y por qué?

¿Qué características le gustaron de su terapeuta humanista?

¿Qué características le gustaron de su terapeuta cognitivo?

¿Considera que la terapia le gustó por las técnicas o por el terapeuta?