

LA RESOLUCIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS EN LA TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO DE ASIMILACIÓN (I)

Isabel Caro

Isabel Caro es Profesora Titular en el Departamento de Psicología de la Personalidad (Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia) de la Facultad de Psicología en la Universidad de Valencia.

Introducción

La meta de este trabajo es describir, en el modelo desarrollado a partir de la semántica general (Korzybski, 1933;

Johnson, 1946), la terapia lingüística de evaluación (TLE) (Caro, 1990, 1992a, 1994, 1996b, 2002) el paso en sesión de una situación no resuelta a resuelta. Es decir, se pretende descubrir cómo se produce la resolución de una situación problemática, debatida en sesión, con la técnica de los órdenes de abstracción utilizando una metodología procesual complementaria: el modelo de asimilación, partiendo para ello de trabajos ya publicados (Caro, 1996a, 1997a,b, 1999, en prensa) y otros en preparación.

Según el modelo de asimilación, (Stiles, Elliott y cols., 1990; Stiles, Morrison y cols., 1991) cuando la terapia tiene éxito, los pacientes siguen una secuencia regular a la hora de procesar las experiencias problemáticas o dolorosas a medida que estas se asimilan en esquemas que se desarrollan en la interacción terapéutica.

El modelo de asimilación es un modelo integrador, conciso e internamente consistente, e investigable desde una amplia variedad de fuentes, que identifica procesos comunes de cambio y articula diferencias sistemáticas entre enfoques.

El modelo no es un modelo prescriptivo, es decir, no recomienda seguir un enfoque terapéutico concreto, o un método para producir una secuencia hipotetizada de cambio. Lo que sugiere el modelo, en primer lugar, es entender el cambio o el progreso terapéutico en función de la asimilación, y en segundo lugar, el modelo sugiere una serie de subme-

tas específicas que corresponden a los niveles de APES (véase apartado siguiente) de manera que el terapeuta responda, de forma apropiada a las necesidades del paciente (entendidas en términos de la asimilación) (Stiles, 2001, 2002).

Por otra parte, el modelo de asimilación se encuadra dentro del enfoque de estudio del proceso terapéutico que busca, a diferencia de los estudios de resultado, conocer qué elementos o qué variables terapéuticas permiten predecir el cambio (Greenberg y Pincus, 1986; Russell, 1994; Caro, 1993).

Llevamos trabajando, desde 1990, en el estudio del proceso terapéutico en la TLE, de manera que en esta investigación partimos de trabajos previos con la metodología del análisis de tareas (Greenberg, 1984, 1991) en donde se compararon acontecimientos no resueltos (donde se manifiesta una orientación intensional) con otros resueltos (donde hay un cambio en términos de una orientación extensional). Brevemente, se encontró que una orientación extensional está asociada con la resolución de situaciones problemáticas y que una orientación intensional lo está con la no resolución de situaciones problemáticas (Caro, 1999). Cada una de estas orientaciones ha sido descrita en términos de una serie de operaciones que ejemplifican el uso que los pacientes hacen del lenguaje, siguiendo los principios de la semántica general (Korzybski, 1933; Mitchell, 1952-53).

Lo que supone, pues, esta investigación es continuar con estos estudios procesuales explicando, con esta metodología complementaria, el paso de la no resolución a la resolución, en sesión con la técnica de los órdenes de abstracción (véase, apartado de procedimiento).

La APES y la investigación en psicoterapia

Los trabajos de Piaget (1962, 1970) y de Rogers (1959) ofrecieron la base teórica para definir la secuencia sistemática de cambios que se relacionaba con la evolución de una experiencia problemática durante la psicoterapia. Teóricamente, una experiencia es problemática porque nos desequilibra emocionalmente. Estas experiencias ocurren repetidamente como respuesta ante una variedad de acontecimientos (interpersonales, normalmente), pero son incompatibles con nuestras formas usuales de pensar y actuar y tenemos dificultades para representarlas, de forma correcta, en la conciencia. En su lugar, las experiencias problemáticas se niegan, se distorsionan o se representan de forma equivocada, produciendo sentimientos disfóricos o conducta desadaptativa (Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992).

Siguiendo todo esto y el trabajo de Elliott (1985) sobre impactos terapéuticos en sesión, el grupo de Stiles ha desarrollado la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (*Assimilation of Problematic Experiences Scale*) o APES, que consta de 8 niveles o fases, y que son

a modo de introducción (véase más adelante) y en relación a un continuo que va desde la supresión de la experiencia problemática hasta el dominio, los siguientes: 0. Supresión/disociación; 1. Pensamientos no deseados/evitación activa; 2. Surgimiento o conciencia imprecisa; 3. Enunciar el problema/clarificación; 4. Comprensión/insight; 5. Aplicación/elaboración; 6. Solución del problema/recursos, y 7. Integración/dominio. La idea implícita es que el paciente "se debe sentir mal" para después sentirse mejor (Varvin y Stiles, 1999), que debe abandonar el control, que aparece de forma manifiesta en los primeros niveles, para progresar hacia niveles superiores, donde se ha producido una "negociación" entre el problema y lo que "impide" la resolución del problema, como luego veremos. Tal y como señalaba Rogers (1951/1981) la reorganización de experiencias en el sí mismo puede producir dolor, avances y retrocesos, ya que convertirse en persona se entiende no como un producto final, sino como un proceso continuo (Rogers, 1961/1972).

A niveles de investigación, la APES se encuadra dentro del denominado paradigma de acontecimientos (Rice y Greenberg, 1984) que estudia episodios breves que comparten un marcador común. Los trabajos con la APES extienden este paradigma al examinar problemas seleccionados y cómo se trabaja una y otra vez con ellos a lo largo de muchas sesiones (Stiles, Barkham y cols., 1992).

La APES trabaja, pues, con patrones terapéuticos (en una escala pequeña, microanalítica), que se estudian intensivamente y en un contexto, utilizando, fundamentalmente, el estudio de casos (Stiles, 2003). Aunque la escala permite estudios cuantitativos (Field y cols., 1994) la mayor parte de sus trabajos se han fundamentado en una metodología cualitativa (Stiles, 1993). De hecho el modelo y la escala se presentan como una metodología cualitativa (Stiles, Morrison y cols., 1991). En este sentido, los estudios cualitativos (véase al respecto, Denzin y Lincoln, 1994; Camic, Rhodes y Yardley, 2003; McLeod, 2001; Stiles, 1993) se hacen sobre datos lingüísticos y no numéricos; es decir, las interpretaciones que se hacen se basan directamente en pasajes de las sesiones de terapia, en lugar de en representaciones numéricas de ellas (i.e., estimaciones). Además, implica directamente la empatía de los investigadores y lectores con la persona cuya experiencia se está estudiando. Ya que la confirmabilidad (análoga en la investigación cualitativa a la fiabilidad) depende de que el lector tenga acceso a los datos para evaluar las interpretaciones que de ellos se hagan. Como señalan Stiles, Meshot y cols. (1992, p. 84): "los párrafos (lingüísticos) son análogos a medidas de tendencia central, ya que supondrían o serían ejemplos de temas recurrentes o centrales".

En sus diversos trabajos el grupo de investigación ha hecho los siguientes supuestos (Stiles, Elliott y cols., 1990; Stiles, Morrison y cols., 1991; Stiles, Meshot y cols., 1992; Stiles, Barkham, y cols, 1992; Shapi-

ro y cols., 1992; Stiles, Shankland y cols., 1997a,b; Honos-Webb y cols., 1999; Osatuke y cols., 2003):

1. Los pacientes pueden estar en terapia, o introducir un tema partiendo inicialmente de cualquier nivel en las fases de APES, aunque obviamente será difícil encontrar niveles del 6 (solución del problema) o 7 (dominio) al inicio de la terapia. Y también es más común que comiencen la terapia con problemas “poco asimilados” en niveles de APES del 1 al 3.

2. Las distintas psicoterapias se focalizan en rangos distintos a lo largo del continuo de asimilación y movilizan estrategias diferentes en función del grado de asimilación de las experiencias del paciente. Así, las terapias experienciales y psicodinámicas se focalizan en experiencias no asimiladas y trabajan hacia su comprensión, mientras que las cognitivas y las conductuales se focalizan en problemas conocidos y trabajan en la aplicación de soluciones racionales en situaciones prácticas. Aunque esta no es una distinción absoluta.

3. Se está empezando a explorar cómo niveles de asimilación al inicio de la terapia recomendarían un tipo u otro de tratamiento, por ejemplo, psicodinámico vs. cognitivo, ya que una de las sugerencias de los trabajos realizados es que niveles distintos de asimilación aconsejarían seguir un tipo de terapia u otro.

4. Ahora bien, el continuo APES, es decir, la secuencia regular de cambios no se ha comprobado, es decir, aunque el progreso en terapia se relaciona con el paso de un nivel de la escala a otro, este paso puede tener momentos en los que se vuelve atrás en la escala e incluso producirse saltos entre niveles. Resultado que también han encontrado otros grupos de investigación (Heaton, Hill y cols., 1998).

5. Otros grupos de investigación están utilizando, recientemente, la escala APES encontrando resultados semejantes a los encontrados por Stiles y su grupo (por ejemplo, Laitila y Aaltonen, 1998; Newman y Beail, 2002; Teusch y cols., 2003), lo que da una idea de las posibilidades del modelo.

Conceptos principales del modelo de asimilación

Antes de exponer cada uno de los niveles de la escala APES conviene que definamos algunos términos.

1. *Una experiencia problemática* es una percepción, una intención, un impulso, actitud, deseo, fantasía, o idea que causa malestar psicológico cuando aparece en la conciencia o se pone en acción (Stiles, y cols., 1990).

2. El modelo surgió asociado al concepto de *esquema*. En un sentido general, un esquema es un patrón familiar de ideas, una forma de pensar en la que nuevas experiencias pueden asimilarse. Sin embargo, con el tiempo, el modelo substituyó el concepto de esquema por el de voz.

3. El concepto de voz surge del trabajo de Hermans (Hermans, Kempen y van Loon, 1992; Hermans, 1996) que ampliaron la noción de voces para sugerir que el sí mismo es esencialmente de naturaleza dialógica, es decir, que las voces dentro del sí mismo se relacionan las unas con las otras a través del diálogo (Honos-Webb y Stiles, 1998; Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999). Las voces deben entenderse desde un punto de vista general: son términos afines al de objetos en la teoría de las relaciones objetales o al de *top-dog*, *under-dog* en la gestalt, o al de pensamientos automáticos en las terapias cognitivas (Honos-Webb, Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko y cols., 1999).

La reformulación en el concepto de voz o múltiples voces, supone considerar la experiencia problemática como una voz activa y no pasiva y al sí mismo como una comunidad de voces (Stiles, 1999; Stiles, Osa-tuke y cols., en prensa).

Las experiencias son problemáticas porque tenemos creencias, voces opuestas que las hacen problemáticas. Cualquier experiencia que tengamos será sólo una experiencia no experimentada como problemática, si no surge una voz interna que la contradiga y la haga problemática. Por ejemplo, una persona puede experimentar cólera en respuesta a una interacción personal y considerarla como apropiada. Si hay una voz que le "dice" que no es correcto manifestar cólera, por ejemplo, frente a un padre, cuando lo haga, tendrá dificultades en asimilar esa experiencia. En este sentido, la voz no dominante (o experiencia problemática) causa la aparición de una voz específica que se opone a ella (voz dominante).

4. *Asimilación*: originalmente, se refiere a que cuando aparece una experiencia nueva un "esquema" la acoge –la integra, la explica, y la incorpora en un sistema de asociaciones. Desde el punto de vista de la reformulación de 1998 de Honos-Webb y Stiles, la asimilación representa la aparición y aceptación de una nueva voz en la comunidad de voces que es el sí mismo. La APES presenta una secuencia sobre la relación cambiante de dos voces –la dominante que representa la comunidad de voces y la no dominante. Ambas deben cambiar en el proceso de construir un puente de significado, es decir, una comprensión entre ambas que conduce a la asimilación.

La Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES)

Los 8 niveles definitivos han sido descritos en Stiles y cols., (1991) y Honos-Webb y Stiles (1998) (véase, Caro, remitido para su publicación, donde aparece una descripción más extensa y el paso entre cada nivel en una paciente), no obstante para describirlos seguiremos resúmenes recientes de Stiles, Honos-Webb y Lani (1999), Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg (1999), actualizados en Stiles (2002).

El continuo de APES propone un cambio en la relación entre la voz no dominante y la dominante. En el nivel 0 (supresión/disociación), la voz no dominante está en silencio o disociada, y la voz dominante puede no distinguirse del resto de la comunidad de voces que es el sí mismo. Aunque la voz no dominante puede aparecer en forma de síntomas clínicos. En el nivel 1 (pensamientos no deseados/evitación activa) la voz no dominante comienza a surgir, mientras que la comunidad de voces utiliza sus defensas para evitar la voz no dominante, no querida. En el nivel 2 (Surgimiento o conciencia imprecisa), la voz no dominante surge claramente y se reconoce, de forma dolorosa, por la comunidad de voces. A través del surgimiento de la voz no dominante, la voz dominante se articula simultáneamente, y empieza a oponerse a la voz no dominante, emergente. En este nivel de desarrollo la voz dominante es la más destacada, mientras que la voz no dominante no lo es tanto. Podemos caracterizar el nivel 3 (enunciar el problema/clarificación) como aquel donde se produce una diferenciación entre las voces; las voces pueden manifestar sus posiciones, actitudes y sentimientos individuales. Las voces son igual de destacadas, y se hace explícito el conflicto entre ellas. En el nivel 4 (comprensión/insight), las voces se pueden comunicar y llegan a comprenderse mutuamente. El paciente puede hablar sobre las voces, sin "ser" la voz. En el nivel 5 (aplicación/elaboración) el paciente intenta aplicar fuera de terapia la comprensión que ha ganado del puente de significado establecido entre ambas voces en el nivel 4. En el nivel 6 (solución del problema/recursos), el paciente tiene éxito en resolver un problema específico. Mientras que en el nivel 7 (integración/dominio) el problema, solucionado, ya ha dejado de ser el centro de atención. En definitiva, el diálogo conduce a que la voz no dominante forme parte de la comunidad de voces, como un recurso más de la comunidad.

Método

Esta es la primera vez que se utiliza la APES para analizar el cambio en la TLE y además lo estamos haciendo de forma cualitativa, por lo que el apartado del método seguirá el estilo de los otros trabajos con la APES desarrollados por el grupo de Stiles. No obstante, no partíamos de cero, sino que asumíamos las implicaciones del empleo de la APES en psicoterapia, tal y como se ha expuesto al comienzo de este artículo. Comenzaremos, pues, explicando la muestra.

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta de 18 acontecimientos, de 6 pacientes, tratados con la TLE, desde el año 1986 hasta 2000. Para igualar condiciones experimentales, todos los pacientes fueron tratados por la misma terapeuta (la autora de este trabajo). En la Tabla 1 nos aparece, en primer lugar, una breve descripción de los pacientes.

Tabla 1
Descripción de los pacientes

Paciente	Edad	Estado civil	Diagnóstico	Nº sesiones
Silvia	27	Casada	Depresión mayor	24
Santi	26	Soltero	Hipocondría	33
Rosa	42	Casada	Agorafobia con crisis	31
María	50	Casada	Trastorno ansiedad	14
Ana	41	Casada	Ansiedad-depresión	8
Antonia	38	Soltera	Ansiedad-depresión	18
	X = 37.33			X= 21.33

En la Tabla 2 nos aparece una descripción de los pacientes en sus puntuaciones en el pretest y el postest, así como las diferencias significativas, aunque esta no es una muestra a comparar en términos de eficacia terapéutica.

Tabla 2

Puntuaciones pre-test y post-test y diferencias significativas. Prueba de rangos de Wilcoxon

	Silvia	Santi	Rosa	María	Ana	Antonia	z
HAD-A Pretest	12	15	14	10	12	8	
HAD-A Posttest	5	12	9	4	3	12	-1.78
HAD-D Pretest	17	10	14	3	14	8	
HAD-D Posttest	3	6	11	1	4	1	-2.20 p > .05
BDI Pretest	42	17	30	20	30	19	
BDI Posttest	9	14	25	2	8	4	-2.20 p > .05
STAI-E Pretest	53	27	44	36	32	15	
STAI-E Posttest	6	27	23	10	12	16	-1.75
STAI-R Pretest	47	6	44	42	31	21	
STAI-R Posttest	11	35	29	14	21	25	-1.15

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale; BDI: Beck Depression Inventory; STAI: State and Trait Anxiety Inventory.

Procedimiento

Dos son las cuestiones a resaltar cara al procedimiento: una la preparación de la muestra de acontecimientos y dos la preparación de la muestra para el análisis con la APES.

Preparación de la muestra de acontecimientos

Para saber qué significa resolver y no resolver debemos, previamente, definir varios conceptos, enmarcándolos dentro del paradigma de análisis de tareas (Greenberg y Foerster, 1993; Greenberg, 1991).

Una tarea es una serie completa de intervención psicológica y debe cumplir una serie de requisitos que han sido descritos en Caro (1999). Además, y de forma más concreta la estructura de la tarea es la técnica de los órdenes de abstracción (Caro, 1994), que aparece descrita (en forma de tarea terapéutica) en el anexo 1. La meta es el paso de una orientación intensional a otra extensional (Caro, 1997c). Según nuestros análisis (Caro, 1992b), hemos visto que los órdenes de abstracción tendrían las siguientes fases: articular (el problema o tema a tratar), explo-

rar (los errores de evaluación, teorías de los pacientes), debate (aplicación de los niveles verbales de los órdenes), no resolución o resolución (véase más abajo). En ocasiones (según las necesidades clínicas) se produce una reevaluación (conectar problemas o cambio lingüístico, con aspectos conceptuales de la TLE) entre la fase del debate y el final del orden, o al finalizar el orden (no resolución o resolución).

El marcador es toda aquella verbalización de paciente o terapeuta que señala el comienzo, el intento deliberado de iniciar el debate paciente-terapeuta de un problema, o de aquello considerado como un problema dentro del marco terapéutico del que se parte. Todos los acontecimientos comienzan manifestando un problema y terminan con una resolución o una no resolución.

Decimos que un acontecimiento está resuelto cuando el paciente termina con una conclusión de tipo extensional que modifica el problema que se estaba debatiendo. Además los acontecimientos resueltos tienen una valoración positiva (entre 0 y +5).

Consideramos que un acontecimiento no está resuelto cuando no se produce una modificación en el problema, es decir, cuando se da una conclusión de tipo intensional, junto a una valoración negativa (de -5 a -1).

En la Tabla 3 nos aparece una descripción de la muestra de los 18 acontecimientos, elegidos según estos criterios. Todas las sesiones de los pacientes fueron grabadas con consentimiento y luego transcritas. Igualmente, los pacientes dieron su consentimiento para que se analizara lo que ocurría en terapia. Aún así, los nombres de los pacientes son ficticios.

Los acontecimientos analizados, pues, representan una situación problemática tratada con los órdenes, en sesión, que primero no es resuelta (i.e., acontecimiento #1 en Tabla 3), y sí lo es en un segundo intento (i.e., acontecimiento #1.1, Tabla 3), con la misma técnica y en la misma sesión. Cuatro acontecimientos son de los pacientes que hemos dado en llamar Silvia (descrita en Caro, 1997a, 1999, 2001) y 4 de María (descrita en Caro, 1996a, 1997b). Santi (descrito en Caro, 1999) y Rosa ofrecen 3 acontecimientos cada uno: el primero no resuelto, seguido de dos resoluciones (3.1 y 3.2 y 4.1 y 4.2). Y Ana y Antonia, ofrecen 2 acontecimientos cada una.

Tabla 3
Descripción de la muestra de acontecimientos

Paciente	# Sesión	Acontecimiento No resuelto	Acontecimiento Resuelto
Silvia	7	1	1.1
Silvia	8	2	2.1
Santi	4	3	3.1
			3.2
Rosa	29	4	4.1
			4.2
Maria	3	5	5.1
Maria	4	6	6.1
Ana	4	7	7.1
Antonia	14	8	8.1

Preparación de la muestra para el análisis con la APES

Los datos se prepararon conforme a las normas que sigue el grupo de Stiles y que han sido publicadas en diversos trabajos (Stiles, Elliott, y cols., 1990; Stiles, Meshot, y cols., 1992; Honos-Webb, Stiles, y cols., 1998; Honos-Webb, Surko, y cols., 1999; Knobloch, Endres y cols., 2001).

En concreto, las normas que se siguieron son (en Stiles y cols., 1992, p. 84): 1. Catalogar: etiquetar cada tema, definido como la actitud que expresa un paciente hacia un objeto; 2. Encontrar los insights: encontrar la asimilación cognitiva de una experiencia problemática en un esquema o voz activos. De manera que se analizan experiencias sobre las que se ha producido algún cambio; 3. Hacer la selección: buscar del catálogo disponible para cada tema los párrafos donde se habla de él. 4. Aplicar la APES siguiendo los dos manuales desarrollados por el grupo (Honos-Webb, Surko y Stiles, 1998; Lani, Glick y cols., 2002). Para ello fue muy útil el empleo de marcadores o patrones en el discurso terapéutico que son fáciles de reconocer y que están, empírica y teóricamente, vinculados con estas fases (Honos-Webb, Surko y cols., 1999) Y, 5. Empleo de un juez: Aunque los datos cualitativos dependen en mucho del contexto y del conocimiento del caso, es factible buscar un acuerdo

entre jueces. El acuerdo entre jueces fue de .636. Un acuerdo considerado como bueno por Fleiss (1981). No obstante, cuando se encontraron códigos dispares, se revisó la codificación original, modificándose en algunos momentos.

Se presentarán los datos del estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, en relación, primero, a estas dos preguntas básicas que relacionan asimilación y resolución o no resolución:

1) ¿Cuál es la secuencia de asimilación en la no resolución de las situaciones problemáticas?

2) ¿Cuál es la secuencia de asimilación en la resolución de las situaciones problemáticas?

Resultados

Ofrecer datos cualitativos, basados en descripciones lingüísticas, en este caso en la transcripción de algún acontecimiento, supone que cualquier artículo va a tener una extensión mayor de lo habitual. Por ello, hemos organizado los datos en este trabajo en torno a las secuencias completas, ofreciendo como ejemplo varios de los códigos APES en la Tabla 4. En otro trabajo (Caro, remitido para su publicación) nos aparece un ejemplo extenso con momentos concretos de una transcripción y del paso de la no resolución a la resolución en un caso concreto. De manera que para sintetizar la información se ofrecerán, sólo, las secuencias que ejemplifican los principales resultados con la APES.

Tabla 4

Ejemplos de códigos de APES, en los acontecimientos de la muestra de la TLE.

EJEMPLO DE CÓDIGOS APES	PACIENTE/ACONTECIMIENTO
1. Pensamientos no deseados/evitación: "Concluyo que ya no voy a ir a ningún sitio con él. Cuando quiera compañía que se busque a otro"	Rosa / Acontecimiento #4
2. Surgimiento/conciencia imprecisa: "Yo valoro eso de forma negativa porque tengo siempre la sensación de ser una carga"	María / Acontecimiento # 5
2.5. A medio camino entre Surgimiento y enunciar el problema: "Y por la tarde empecé a tener esa sensación indefinida. Yo estaba más o menos normal y luego por la noche leí un artículo sobre la hipertensión y entonces fue cuando mi cabeza empezó a buscar síntomas"	Santi / Acontecimiento # 3
3. Enunciar el problema/clarificación: "Y después veo a mi marido y me acuerdo de todas las cosas y veo que todo ha pasado por... bueno, yo le echo la culpa a él"	Silvia / Acontecimiento # 3.1
3.9. Enunciar el problema (casi nivel de Insight): "Automáticamente me disparo. Sí me pasan un montón de cosas por la cabeza. Eso lo tengo claro"	Ana / Acontecimiento # 7.1
4. Insight: "Estoy anticipando y haciendo cierto lo que estoy dando por seguro. Tengo un síntoma que físicamente es cierto y yo insisto en ello y lo hago más cierto aún"	Santi / Acontecimiento 3.1
4. 9. Insight (casi Aplicación/Elaboración): "Y entonces estás pensando: "pues menuda carga" y verdaderamente eres una carga, pero también piensas que "no tengo más remedio"	María / Acontecimiento # 5
5. Aplicación/Elaboración: "Otra vez en vez de ser tan drástica de "jamás voy a salir con él", pues pensaré, "vamos a hablar antes, vamos a hablar del tema con calma"	Rosa / Acontecimiento # 4.2
5.5. A medio camino entre Aplicación/Elaboración y Solución del problema: "Lo que pienso es que debo dejar a mi suegra "fuera" de casa, así se arreglarían las cosas"	Silvia / Acontecimiento # 1.1

Nota.- Por la naturaleza de la tarea y de la terapia, estructurada y focalizada no aparece ningún nivel 0, ya que todos los temas conflictivos de los pacientes se habían señalado con anterioridad. Al ser acontecimientos intrasesión, tampoco se puede llegar a los niveles 6 y 7 de la escala APES. El último código, 5.5. de Silvia (#1.1) llegó a 5.5 porque hay una referencia explícita, en la siguiente sesión (acontecimientos 2 y 2.1) a que lo hizo y le funcionó.

A modo de resumen podemos ofrecer los siguientes resultados:

1. El comienzo de los acontecimientos suele estar en niveles bajos (véase Figura 1 de Silvia), aunque el paciente puede entrar a discutir un tema en cualquier nivel de APES (véase Figura 2 de María).

Figura 1. Silvia, acontecimientos 2 y 2.1, sesión #8

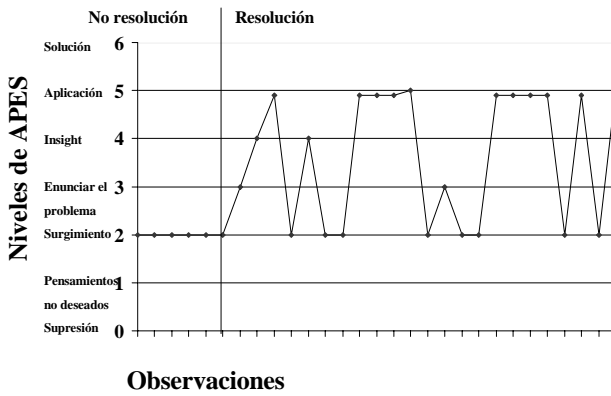
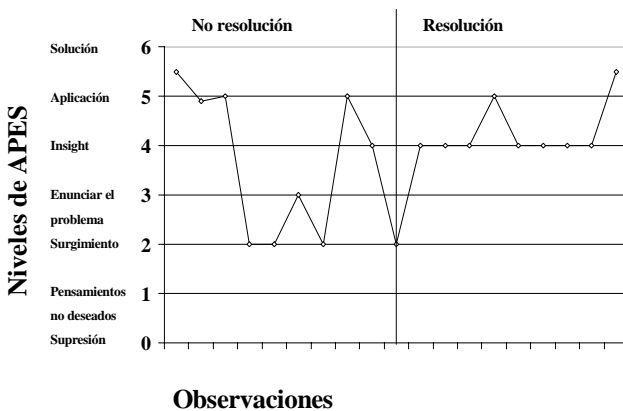


Figura 2. María, acontecimientos 6 y 6.1, sesión #4



2. Se produce, claramente, en la mayoría de los acontecimientos una evolución en forma de sierra (véase Figura 3 de María y Figura 4 de Silvia). Esta evolución puede ser muy marcada, es decir, llegar a un nivel 4 (o incluso 5) de la APES y volver a 2 acto seguido (véase Figura 2 y 3 de María). Sólo, una paciente presentó un patrón secuencial claro, sin retrocesos (véase Figura 5, de Ana).

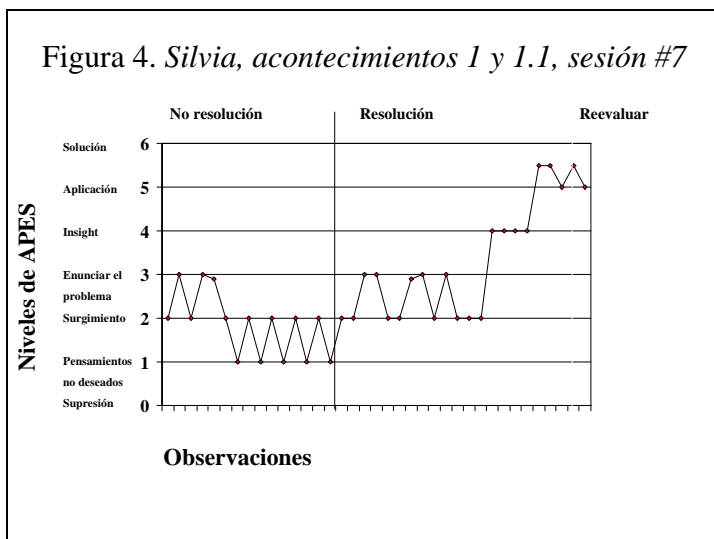
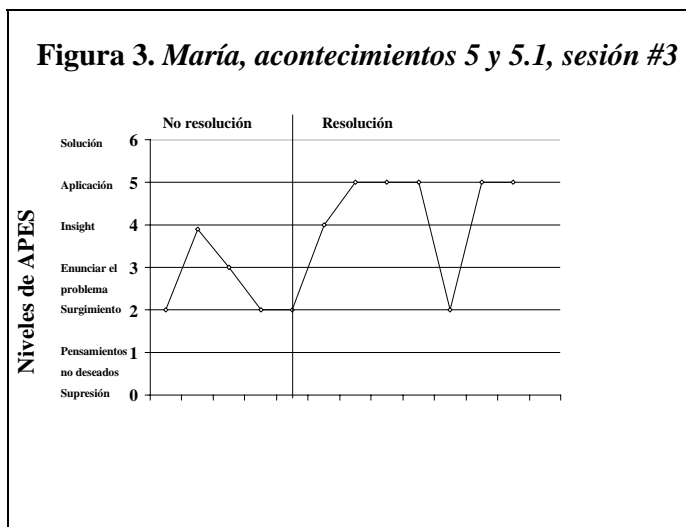
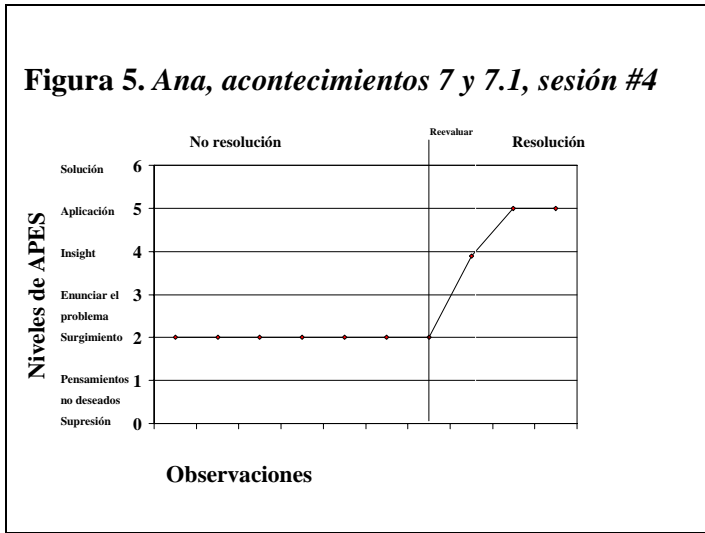
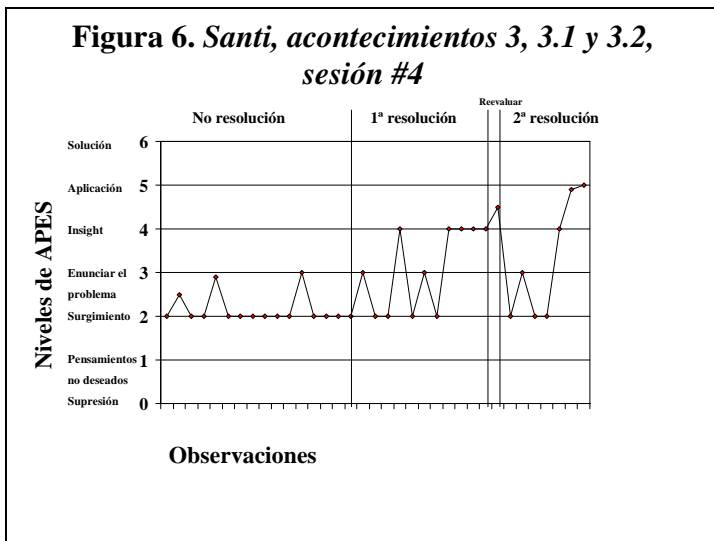


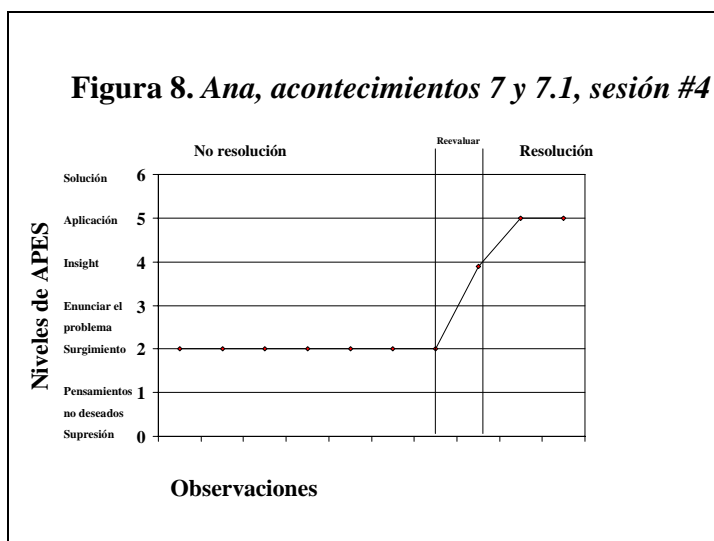
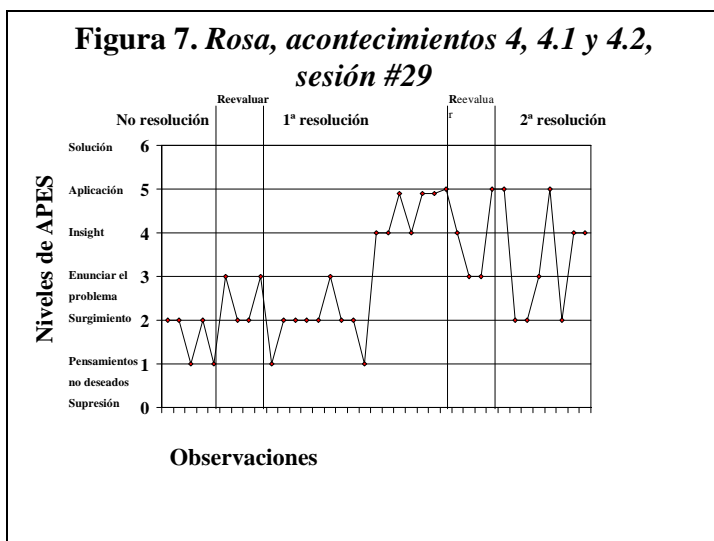
Figura 5. Ana, acontecimientos 7 y 7.1, sesión #4



3. Los acontecimientos no resueltos terminan en niveles bajos de la escala APES, mientras que los resueltos terminan en niveles elevados de la escala APES (véase Figuras 6, 7 y 8). De manera que podemos relacionar la no resolución con la no asimilación de experiencias problemáticas, y la resolución con la asimilación de experiencias problemáticas.

Figura 6. Santi, acontecimientos 3, 3.1 y 3.2, sesión #4





Como vemos en estas Figuras la no resolución parece asociada con la no asimilación, mientras que la resolución aparece asociada con el progreso, no directo hacia la asimilación. Ahora bien, la cuestión ahora es explicar cómo y por qué se produce la asimilación o la no asimilación de experiencias problemáticas mediante la técnica de los órdenes de abstracción. Es decir, ahora tenemos que relacionar cambio con la orientación extensional y la asimilación y no cambio con la orientación intensional y la no asimilación. Para ello ofreceremos datos de la muestra completa (necesarios para la discusión) y observar que han hecho

pacientes y terapeuta, en varios momentos, y hacernos dos nuevas preguntas:

1. ¿Con qué tipo de operaciones lingüísticas podemos relacionar la no resolución?
2. ¿Con qué tipo de operaciones lingüísticas podemos relacionar la resolución?

Para responder a estas preguntas, debemos recordar que la muestra analizada forma parte de la muestra trabajada con análisis de tareas. De manera, que tenemos categorizados todos y cada uno de los enunciados con sentido de pacientes y terapeuta con vistas a encontrar qué hacen desde el punto de vista lingüístico para resolver una situación problemática.

Con qué tipo de operaciones lingüísticas podemos relacionar la no resolución

La información al respecto nos aparece organizada en la Tabla 5.

Tabla 5
Operaciones lingüísticas “asociadas” a la no resolución encontradas con el análisis de tareas, junto a los niveles de APES

Acontecimiento	Operación: terapeuta	Nivel APES	Operación: pacientes
1 (Silvia)	Búsqueda conclusión	1 (Pensamientos no deseados)	Intensionalización
2 (Silvia)	Búsqueda conclusión	2 (Surgimiento)	Identificación
3 (Santi)	Búsqueda conclusión	2 (Surgimiento)	Intensionalización
4 (Rosa)	Búsqueda conclusión	1 (Pensamientos no deseados)	Intensionalización
5 (María)	Búsqueda conclusión	2 (Surgimiento)	Intensionalización
6 (María)	Búsqueda valoración	2 (Surgimiento)	Identificación
7 (Ana)	Búsqueda conclusión	2 (Surgimiento)	Intensionalización
8 (Antonia)	Búsqueda conclusión	1 (Pensamientos no deseados)	Rechazo

Como vemos, al final del acontecimiento el terapeuta busca, de forma constante, lógicamente una conclusión (o en menor medida una valoración). Cuando el paciente la da, ésta se relaciona directamente con operaciones típicas de la orientación intensional, implicadas en la no resolución (Caro, 1999; en prensa). De manera, que niveles bajos en la

escala, aparecen asociados con operaciones propias de una orientación intensional.

Con qué tipo de operaciones lingüísticas podemos relacionar la resolución

De igual manera, podemos ofrecer la siguiente información (véase Tabla 6) para ver si la resolución se asocia con niveles elevados de asimilación, que dada la naturaleza de la tarea analizada (episodios y no sesiones completas a lo largo del tiempo) sólo pueden estar en los niveles 4 (comprensión/ insight) y 5 (Aplicación/elaboración).

Tabla 6
Operaciones lingüísticas “asociadas” a la resolución encontradas con el análisis de tareas, junto a los niveles de APES

Acontecimiento	Operación: terapeuta	Nivel APES	Operación: pacientes
1.1 (Silvia)	Búsqueda conclusión	5.5 (Aplicación)	No identificación
2.1 (Silvia)	Búsqueda conclusión	5 (Aplicación)	Aceptación hechos
3.1 (Santi)	Búsqueda conclusión	4 (Insight)	Extensionalización
3.2 (Santi)	Búsqueda conclusión	5 (Aplicación)	Extensionalización
4.1 (Rosa)	Búsqueda conclusión	5 (Aplicación)	Extensionalización
4.2 (Rosa)	Búsqueda conclusión	4 (Insight)	Extensionalización
5.1 (María)	Búsqueda valoración	5 (Aplicación)	Extensionalización
6.1 (María)	Explicar terapia	5.5 (Aplicación)	No identificación
7.1 (Ana)	Búsqueda conclusión	5 (Aplicación)	Extensionalización
8.1 (Antonia)	Búsqueda conclusión	4.9 (Insight)	Extensionalización

Al igual que ocurría respecto a la no resolución pero, en sentido inverso, la resolución se asocia con niveles elevados en la escala APES desde 4, incluso hasta 5.5. Igualmente, estos niveles elevados se asocian con las operaciones propias de la orientación extensional.

Discusión

Varias son las cosas que conviene explicar. Las dos cuestiones más concretas, son, en primer lugar, qué ha pasado, es decir, cómo se explica que el trabajo con los órdenes de abstracción lleve a 4 ó 5 en la resolución y a 1 ó 2 en la no resolución, en todos los casos y como punto final. Y en segundo lugar, por qué se producen los picos, las vueltas atrás en algunos momentos del proceso. Por qué no aparece una secuencia progresiva regular.

Relaciones entre cambio lingüístico y asimilación y no asimilación

Fundamentalmente, se ha logrado que los pacientes extensionalicen su lenguaje, es decir, pasen de una orientación intensional (que como hemos visto se asocia con niveles bajos de la escala) a otra extensional (que se asocia con niveles elevados). Para que se de una asimilación es necesario que se produzca un puente de significado, es decir, que el paciente desarrolle actitudes, conceptos y creencias que sirven para conectar las voces, y resolver la situación problemática, haciendo un nuevo esquema. En todos y cada uno de los casos el paciente asume la voz no dominante y minimiza el peso de la dominante (en forma de orientación intensional) que pasa a entenderla. Para asumir lo no dominante, lo problemático, los pacientes han conseguido desarrollar (al menos en ese acontecimiento) una orientación extensional, que les facilita establecer puentes de significado entre las voces, desarrollando una nueva actitud, en este caso, y creencias nuevas sobre el problema.

Desde nuestra perspectiva, el lenguaje intensional sería el lenguaje de las voces dominantes de los pacientes. O al menos de las que el sí mismo "elige" para oponerse a la experiencia problemática. Este lenguaje (absolutista, alejado en "estructura" de los hechos) hace que los pacientes magnifiquen o construyan los "hechos" de forma rígida. Por su parte, el lenguaje de tipo extensional, es más flexible, más condicional lo que facilita que los pacientes asuman las cosas, los "hechos", y los asimilen. Tal y como planteó el grupo de Stiles inicialmente (Stiles y cols., 1990) los tipos de esquemas desarrollados variarán entre las distintas terapias. En este caso, la TLE se comporta como una terapia cognitiva, ya que hay que identificar pensamientos auto-devaluadores y actitudes disfuncionales (evaluaciones de tipo intensional), prescribiéndose ejercicios para cambiar esta forma de pensar (en este caso ejercicios de tipo lingüístico).

Entonces, y de forma más concreta: *Por qué no se asimila una experiencia siguiendo la técnica de los órdenes de abstracción*

Puede parecer que el simple paso (proceso de razonamiento) de un nivel de los órdenes a otro nos va a llevar a conclusiones extensionales y a la asimilación. Esto no es así, puesto que la orientación intensional se manifiesta de muchas maneras, por ejemplo, en etiquetas negativas

sobre el sí mismo, o en exigencias y deberías en el nivel de las inferencias. Analizando los acontecimientos se puede asumir que una experiencia no se asimila por problemas en la estructura de los órdenes y por problemas con las operaciones lingüísticas que el terapeuta intenta llevar a cabo para producir una orientación extensional. Por ejemplo, que el paciente haga identificaciones palabras-‘hechos’.

Esto sugiere, aunque no como explicación principal, que es necesario volver sobre el mismo tema otra vez (en la misma línea se han pronunciado Stiles, Morrison y cols., 1991). Pero este volver no es suficiente ya que el paciente es incapaz de oponer lo extensional a lo intensional y, por tanto, no asimila la experiencia. Esto describe, al menos en parte, el proceso continuo, recurrente de hacer terapia. Pero para resolver se necesita, además, lo siguiente.

Por qué se asimila una experiencia siguiendo la técnica de los órdenes de abstracción

De nuevo comprobamos lo mismo que en la no resolución, el simple paso de un nivel de los órdenes a otro no es suficiente, tiene que sumárseles, durante el debate, una serie de operaciones encaminadas a la extensionalización. Es decir, hay que hacer algo, durante el debate, para que el paciente haga mejores inferencias, ponga mejores etiquetas, y saque mejores conclusiones (por ejemplo, véase la resolución de una identificación básica de Silvia, en Caro, remitido para su publicación).

Ahora bien, lo importante, como hemos visto, es que pueden producirse avances y luego retrocesos momentáneos (véanse Figuras 1, 2, 3 y 5, por ejemplo), y esto se produce sobre todo en la resolución (de forma más marcada). Esto es indudablemente un resultado importante de este estudio cualitativo.

Por qué volvemos a niveles inferiores de APES en la resolución.

Para explicar esta importante cuestión vamos a utilizar la metáfora de la balanza. Desde esta perspectiva, el paciente tiene que oponer lo extensional a lo intensional, en una especie de balanza donde (ayudado por el proceso lingüístico) darle más peso a lo extensional que a lo intensional, como forma de minimizar las voces dominantes y de asimilar experiencias problemáticas. Y ese paso a niveles superiores de asimilación depende de una secuencia interactiva de niveles.



En este cambio lo extensional va indisolublemente unido a lo intensional (véase Caro, 1999; en prensa). Para afianzar la asimilación = resolución, el paciente debe reconocer lo intensional (dominante) en todo momento, y durante los órdenes se intenta que el paciente se dé cuenta de sus evaluaciones intensionales, y es entonces cuando se produce lo que está implícito en la “metáfora de la balanza”. Se trabaja conjuntamente para que el paciente desarrolle ese puente de significado (nueva actitud o nueva creencia = extensional) para ver qué pesa más, si la nueva actitud extensional o la vieja visión intensional.

Sobre estos retrocesos han sido varias las explicaciones que el grupo de Stiles ha ofrecido al respecto (Honos-Webb, Stiles y cols., 1998; Honos-Webb, Surko y cols., 1999; Knobloch y cols., 2001; Osatuke y cols., 2003). La nuestra coincidiría, en parte, con la explicación de que los retrocesos suponen estrategias terapéuticas, aunque en nuestra opinión más que una “estrategia” nos gustaría considerarla como una “necesidad”, típica, por otra parte de una terapia cognitiva. Sin minimizar otras posibles explicaciones como que puede haber interferencias entre temas o acontecimientos fuera de sesión que impiden la progresión, que la terapia termine antes de tiempo, etc. No obstante, debemos señalar que esta explicación se basa en un estudio cualitativo del paso, en la misma sesión, de la no resolución a la resolución con la técnica de los órdenes, y no en el estudio global de todas las sesiones de un paciente. En el contexto de todas las sesiones, los progresos o retrocesos en los niveles de la escala APES, pudieran verse desde otra perspectiva.

Veamos algunas ventajas y desventajas de esta investigación, como parte final en la discusión de los resultados.

Ventajas y desventajas

Hay que reconocer que haber analizado sólo acontecimientos y no sesiones completas nos lleva a ser prudentes, aunque la meta consistía en entender el paso de la no resolución a la resolución desde una perspectiva diferente a la de tipo lingüístico. Lo próximo, pues, consistirá en analizar pacientes y sesiones completas, una vez que hemos comprobado la viabilidad de aplicación de la APES a la TLE. Intentaremos relacionar la asimilación con el cambio en sesión, a lo largo de las sesiones, y el cambio final y explorar lo contrario, si dificultades para el cambio final se asocian con dificultades en el proceso de asimilación.

Otra limitación importante fue el empleo de un único terapeuta. El motivo fue el de mantener constante la estructura de la tarea, ya que este es un requisito del análisis de tareas (de donde proviene la muestra aquí analizada).

Finalmente, el modelo permite acceder a varias de las metas de la investigación de procesos, en la que se enmarca (Caro, 1993; Stiles y cols., 1991; Llewelyn y Hardy, 2001) sobre todo en lo que se refiere a hacer estudios que relacionan proceso con teorías sobre el cambio (Stiles, Shapiro y Harper, 1994). Desde esta perspectiva habría una vía de doble influencia: desde el modelo de asimilación a la terapia lingüística de evaluación y al contrario. Fundamentalmente, los resultados con la escala nos están diciendo que el cambio no es sólo lingüístico, sino cognitivo-afectivo: la consecuencia de la asimilación de experiencias problemáticas.

Por otra parte el tipo de lenguaje (intensional vs. extensional) que caracteriza las voces, también nos permite suponer que el modelo lingüístico puede aportar un aspecto complementario al modelo de asimilación, al igual que han hecho otros autores desde sus respectivos modelos (p. ej., Leiman y Stiles, 2001). Es decir, las voces en la no asimilación se manifestarían con un lenguaje de tipo intensional, mientras que el paso hacia y las voces de la asimilación se caracterizarían por un lenguaje de tipo extensional.

Conclusión

Nuestra meta general está en seguir profundizando y describiendo el cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación.

Investigaciones futuras intentarán complementar las insuficiencias de este estudio que se han señalado, brevemente, buscando, en la medida de lo posible combinar investigaciones cualitativas con cuantitativas, aunque esto tiene problemas de tipo epistemológico y metodológico (McLeod, 2001; Marecek, 2003).

Trabajos aún sin publicar del grupo de Stiles apuntan la necesidad de seguir perfilando los niveles y las diferencias entre ellos, y así lo es-

tán haciendo en relación al paso del nivel 3 (enunciar el problema) al 4 (insight), articulando, además, sus marcadores (Glick, Stiles y Greenberg, remitido para su publicación), o comparando como ya habían hecho anteriormente (Honos-Webb, Stiles y cols., 1998) el proceso de asimilación en pacientes con éxito o sin éxito terapéutico (Detert, Llewellyn y cols., remitido para su publicación).

Pero, fundamentalmente, dos son las cuestiones a destacar en esta conclusión: la necesidad del estudio de pacientes completos y la conexión de la progresión en la asimilación con éxito terapéutico (y lo inverso), en primer lugar. Y en segundo lugar, fomentar los estudios siguiendo el modelo de asimilación en terapias cognitivas, puesto que el modelo ha sido más estudiado en terapias de corte experiencial y existen importantes diferencias entre ellas en relación al tipo de progresión en la asimilación (Osatuke y cols., 2003; Stiles y cols., 1991; 1992).

Referencias

- Camic, P.M.-Rhodes, J.E.-Yardley, L. (comps.) (2003): *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. Washington: APA.
- Caro, I. (1990): Semántica General y Psicoterapia. En I. Caro (comp), *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.
- Caro, I. (1992a): La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 37, 80-109.
- Caro, I. (1992b): The relevance of non-identification and extensionalization processes for therapeutic change. Trabajo presentado en el II World Congress of Cognitive Therapy (Toronto, Canadá).
- Caro, I. (1993): La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (comp), *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.
- Caro, I. (1994): *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro, I. (1996a): Il processo valutativo: La sua importanza per le prospettive cognitive. *Psicoterapia*, 6/7, 5-26.
- Caro, I. (1996b): The linguistic therapy of evaluation: A perspective on language in psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol.10, N12, 83-104.
- Caro, I. (1997a): Lenguaje, depresión y cambio. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 1, 47-66.
- Caro, I. (1997b): El proceso terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. En I. Caro (comp.), *Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (1997c): El estado de la cuestión en la terapia lingüística de evaluación. En I. Caro (comp.), *Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Caro, I. (1999): La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. Número monográfico. *Psicologemas*. N1 25-26, 1-192.
- Caro, I. (2001): The linguistic therapy of evaluation: A treatment plan for Silvia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 2, 165-186.

- Caro, I. (2002): An Introduction to the Linguistic Therapy of Evaluation. En I. Caro y Ch. Read (comps.), *General Semantics in Psychotherapy*. Nueva York: Institute of General Semantics.
- Caro, I. (en prensa): A process analysis of linguistic change. *Counselling Psychology Quarterly*.
- Caro, I. (remitido para su publicación): La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (II): El análisis de Silvia.
- Denzin, N.K.-Lincoln, Y.S. (1994) (comps.): *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Detert, N.-Llewelyn, S.-Hardy, G.E.-Barkham, M.-Stiles, W.B. (remitido para su publicación): Assimilation in good and poor outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression.
- Elliott, R. (1985): Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-322.
- Field, S.D.-Barkham, M.-Shapiro, D.A.-Stiles, W.B. (1994): Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Fleiss, J.L. (1981): *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: Wiley.
- Glick, M.J.-Stiles, W.B.-Greenberg, L.S. (remitido para su publicación). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding.
- Greenberg, L.S. (1984): Task analysis: the general approach. En L. Rice y L.S. Greenberg (comps.), *Patterns of change*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (1991): Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S.-Foerster, F. (1993): El análisis de tareas. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Greenberg, L.S.-Pinsof, W.M. (1986) (comps.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York: Guilford.
- Heaton, K.J.-Hill, C.-Hess, S.A.-Leotta, C.-Hoffman, M.A. (1998): Assimilation in therapy involving interpretation of recurrent and nonrecurrent dreams. *Psychotherapy*, 35, 147-161.
- Hermans, H.J. M. (1996): Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Hermans, H.J.M.-Kempen, H.J.G.-van Loon, R.P.P. (1992): The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Honos-Webb, L.-Stiles, W.B. (1998): Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.
- Honos-Webb, L.-Stiles, W.B.-Greenberg, L.S.-Goldman, R. (1998): Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L.-Surko, M.-Stiles, W.B. (1998): Manual for rating assimilation in psychotherapy: February 1998 version. Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio.
- Honos-Webb, L.-Surko, M.-Stiles, W.B.-Greenberg, L.S. (1999): Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.
- Johnson, W. (1946): *People in quandaries*. San Francisco: International Society for General Semantics.

- Knobloch, L.M.-Endres, L.M.-Stiles, W.B.-Silberschatz, G.(2001): Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38, 31-39.
- Korzybski, A.(1933): *Science and sanity*. Lakeville: Institute of General Semantics.
- Laitila, A.-Aaltonen, J.(1998): Application of the assimilation model in the context of family therapy: A case study. *Contemporary Family Therapy*, 20, 277-290.
- Lani, J.A.-Glick, M.J.-Osatuke, K.-Brandenburg, C.-Gray, M.A.-Humphreys, C.M.-Reynolds, D.-Stiles, W.B.(2002): Markers of assimilation manual. Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio.
- Leiman, M.-Stiles, W.B.(2001): Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Llewelyn, S.-Hardy, G.(2001): Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Marecek, J.(2003): Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology. En P.M. Camic, J.E. Rhodes, y L. Yardley (comps.), *Qualitative research in psychology*. Washington: APA.
- McLeod, J.(2001): *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- Mitchell, F.H.(1952-53): A test of certain semantic hypotheses by application to client-centered counseling cases: Intensionality-Extensionality of clients in therapy. *General Semantics Bulletin*, 10&11, 23-31.
- Newman, D.-Beail, N.(2002): Monitoring change in psychotherapy with people with intellectual disabilities: The application of the assimilation of problematic experiences scale. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 48-60.
- Osatuke, K.-Glick, M.J.-Stiles, W.B.-Shapiro, D.A.-Barkham, M.-Greenberg, L.(2003): Therapeutic progress in client-centered therapy and cognitive-behavior therapy: Smooth vs. sawtoothed. Trabajo presentado en el SPR 34th Annual Meeting (Weimar, junio).
- Piaget, J.(1962): *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- Piaget, J.(1970): Piaget=s theory. En P.H. Mussen (comp.), *Carmichael's manual of child psychology*. 30 edición. Vol. 1. Nueva York: Wiley.
- Rice, L.-Greenberg, L.S.(1984): *Patterns of change*. Nueva York: Guilford.
- Rogers, C.R.(1959): A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed by the client-centered framework. En S. Koch (comp.), *Psychology: A study of science*. Volume III. Formulations of the person and the social context. Nueva York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R.(1951/1981): *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C.R.(1961/1972): *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Russell, R.L.(1994) (comp.): *Reassessing psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Shapiro, D.A.-Barkham, M.-Reynolds, S.-Hardy, G.-Stiles, W.B.(1992): Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 253-272.
- Stiles, W.B.(1993): Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
- Stiles, W.B.(1999): Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Stiles, W.B.(2001): Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462-465.
- Stiles, W.B.(2002): Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (comp.), *Psychotherapy relationships that works*. Cary: Oxford University Press.

- Stiles, W.B. (2003): When is a case study scientific research? *Psychotherapy Bulletin*, 38, 6-11.
- Stiles, W.B.-Barkham, M.-Shapiro, D.A.-Firth-Cozens, J. (1992): Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 2, 112-124.
- Stiles, W.B.-Elliott, R.-Llewelyn, S.-Firth-Cozens, J.-Margison, F.R.-Shapiro, D.A.-Hardy, G. (1990): Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B.-Honos-Webb, L.-Lani, J.A. (1999): Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1213-1226.
- Stiles, W.B.-Meshot, C.M.-Anderson, T.M.-Sloan, W.W. (1992): Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101.
- Stiles, W.B.-Morrison, L.A.-Haw, S.K.-Harper, H.-Shapiro, D.A.-Firth-Cozens, J., (1991): Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 105-206.
- Stiles, W.B.-Osatuke, K.-Glick, M.J.-Mackay, H.C. (en prensa): Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. En H.H. Hermans y G. Dimaggio (comps.), *The dialogical self in psychotherapy*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W.B.-Shankland, M.C.-Wright, J.-Field, S.D. (1997a): Aptitude-treatment interactions based on client's assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 889-893.
- Stiles, W.B.-Shankland, M.C.-Wright, J.-Field, S.D. (1997b): Dimensions of client's initial presentation of problems in a psychotherapy: The Early Assimilation Scale. *Psychotherapy Research*, 7, 155-172.
- Stiles, W.B.-Shapiro, D.A.-Harper, H. (1994): Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails. En R. L. Russell (comp.), *Reassessing psychotherapy research*. Nueva York: Guilford Press.
- Teusch, L.-Böhme, H.-Finke, J.-Gastpar, M.-Skerra, B. (2003): Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 307-322.
- Varvin, S.-Stiles, W.B. (1999): Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9, 381-404.

ANEXO 1. TAREA DE ÓRDENES DE ABSTRACCION

(esta hoja de tarea describe la secuencia de los órdenes, que se sigue durante el debate en sesión, y representa la estructura de la tarea extra-sesión que el paciente realiza).

NOMBRE:

FECHA:

La tarea que va a hacer a continuación le permitirá resolver situaciones problemáticas que le ocurren con frecuencia. Pero para ello debe hacerla en el momento en que tiene alguna idea negativa.

Ante determinada situación/hecho a usted le asaltan ideas repetitivas, negativas, que le hacen encontrarse mal. Le pedimos, que anote LA SITUACION/EL HECHO ante el que le aparecen estas ideas:

IDEAS NEGATIVAS:

ANOTE COMO LE HACEN ENCONTRARSE:

Muy mal: -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 Muy bien

A continuación, le pedimos que:

Anote lo que ESTA EXPERIMENTANDO EN EL MOMENTO PRESENTE, LO QUE ESTA VIVIENDO AQUI Y AHORA (la situación concreta, el hecho concreto):

Le ponga una ETIQUETA (la palabra o palabras que en su opinión mejor resumiría o describiría lo que está experimentando, la situación en la que está):

¿Puede DESCRIBIR la situación?:

A partir de ello, por favor, y en relación a la situación concreta en la que está, piense sobre ello: ¿QUE DEDUCE?, ¿QUE LE PASA POR LA CABEZA CON MAS FRECUENCIA?, ¿QUE PIENSA DE TODO ELLO?, ¿COMO LO PUEDE RESOLVER?, ¿COMO LO PUEDE VER DE OTRA MANERA?:

Finalmente, ¿QUE CONCLUSION PUEDE SACAR DE TODO ELLO?:

ANOTE COMO LE HACE ENCONTRARSE EL HABER SEGUIDO ESE PROCESO:

Muy mal: -5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5 Muy bien