

**LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS
EN LA TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN
Un primer estudio cuantitativo**

I. Caro y A. Coscollá

Isabel Caro es Catedrática en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia. Amparo Coscollá es Coordinadora de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Meliana (Valencia).

El modelo de asimilación fue desarrollado por Stiles y su grupo (Stiles y cols., 1990, 1991) como un modelo procesual que nos permitía explicar

el cambio en cualquier enfoque de terapia. En principio es un modelo cercano a perspectivas narrativas (véase, Osatuke y cols., 2004) y también a perspectivas sobre el self dialogal (véase Hermans, Kempen y van Loon, 1992) como luego expondremos.

El modelo se ha aplicado en una amplia variedad de pacientes y muestras y se alcanzan resultados que demuestran básicamente dos cosas. En primer lugar, se ha podido constatar en los diversos estudios realizados que el cambio terapéutico se relaciona con asimilación de experiencias problemáticas. En segundo lugar, la no asimilación de estas experiencias se relaciona con dificultades en el cambio o con un pobre resultado terapéutico (véase una revisión en Stiles, 2002).

El modelo de asimilación asume que el sí mismo está compuesto de voces. Voces que reflejan nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos. Estas voces se denominan *voces dominantes*. Estas voces dominantes serían, pues, nuestros recursos habituales, los que elegimos y surgen cuando debemos saber qué hacer en una situación o dar sentido a una experiencia. Cuando estas voces dominantes nos facilitan todo ello, decimos que las nuevas experiencias se asimilan, se integran en el self. Cuando ante nuestras nuevas experiencias surgen voces dominantes que se *oponen* a ellas, estas experiencias no se integran y se consideran experiencias problemáticas, o *voces no dominantes*.

Por ejemplo, tomemos el caso de una paciente que considera que tiene que darse a los demás, y cuya voz dominante principal sería: *María la que ayuda a los otros*. Si tiene experiencias, nuevas, consistentes en experimentar rabia o rechazo ante dar esta ayuda a los demás, estas experiencias no se asimilarán, y su voz dominante no será un recurso ante estas experiencias (voz no dominante: *María la que no quiere ayudar a los otros*).

Para que se produzca una asimilación debe darse un *punteo de significado*. El puente de significado articula el diálogo entre voces (Honos-Webb y Stiles, 1998; Stiles y Glick Brinegar, 2007), ambas deben cambiar para que se produzca la asimilación. Como el concepto de voz implica que nuestras experiencias son activas y tienen capacidad agente, el diálogo entre voces supone que ambas voces se comunican entre sí, se comprenden. Por ejemplo, en el caso anterior las voces *María la que ayuda* y *María la que no quiere ayudar* deben hablar entre ellas, comunicarse y comprenderse: entiendo por qué es importante ayudar y por qué es importante en un momento dado no ayudar.

El modelo de asimilación se concreta en una escala: *La Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* o APES que recoge el diálogo entre voces y cómo las experiencias problemáticas pasan por un continuo. Así, las voces no dominantes o experiencias problemáticas pasan de ser rechazadas y mantenidas fuera de la conciencia (en niveles APES 0: Disociación y APES 1: Pensamientos no deseados; evitación) a surgir con una fuerte carga afectiva (Nivel APES 2 o Surgimiento). Una vez que surgen las experiencias problemáticas en la conciencia podemos poner en marcha procesos de tipo cognitivo que faciliten su comprensión (en niveles APES, 3: Clarificación y 4: Insight). Cuando se comprende la experiencia problemática y se ve su relación con las voces dominantes, el paciente puede pasar a instaurar nuevas líneas de acción, de comportamiento o pensamiento que corresponderían al nivel 5 de la APES (o Aplicación). En los últimos niveles el paciente es consciente y está satisfecho por el cambio alcanzado (Nivel 6: Solución del Problema), hasta que la experiencia problemática o voz no dominante deja de ser un problema y se integra como un recurso más en el self (Nivel 7: Dominio). Una descripción más pormenorizada de los niveles de la escala nos aparece en el Cuadro 1.

Cuadro 1
Niveles en el proceso de asimilación
(Honos-Webb, Stiles, y cols., 1998, p. 265).

NIVELES DE LA ESCALA APES
NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. El malestar puede ser mínimo, reflejando una evitación con éxito.
NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN El contenido son pensamientos molestos. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. La voz problemática surge en respuesta a las intervenciones del terapeuta o las circunstancias externas y se suprimen o se evitan.
NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. La voz problemática aparece en la conciencia.
NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. Las voces opuestas están diferenciadas y pueden hablar entre ellas
NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del Ajá. Las voces se comprenden mutuamente (se desarrolla un puente de significado)
NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede considerar alternativas o cursos de acción seleccionados sistemáticamente. El tono afectivo es positivo, está centrado en el problema, optimista.
NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. A medida que el problema desaparece, el afecto se convierte en más neutral.
NIVEL 7. DOMINIO El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es neutral (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse).

Todos los estudios a los que nos hemos referido con anterioridad se presentan desde una perspectiva cualitativa. El principal estudio cuantitativo realizado por el grupo fue publicado en 1994 (Field, Barkham, Shapiro y Stiles, 1994). Mediante éste se comprobó en un estudio en tres fases realizado por grupos de jueces independientes cómo las experiencias problemáticas de la paciente analizada progresaban en la serie de estadios postulados en el modelo de asimilación (véase Cuadro 1). Se dispone, así mismo, de otro estudio cuantitativo evaluando el cambio en asimilación en pacientes con retraso mental tratados mediante una terapia psicodinámica (Newman y Beail, 2005). A ellos podemos sumar los estudios de Goodridge y Hardy (2009) y de Rudkin, Llewelyn, Hardy, Stiles y Barkham (2007).

Desde hace algunos años venimos realizando una serie de estudios en el modelo de asimilación para explicar el cambio en la terapia lingüística de evaluación. Estos estudios se han hecho desde una vertiente cualitativa. Resumiendo los principales resultados alcanzados con la terapia lingüística de evaluación (TLE), hemos encontrado que el proceso del cambio se relaciona con la asimilación de experiencias problemáticas tanto en el estudio con procesos completos de terapia (Caro, 2006a, 2007, 2008, 2011), como en la comparación y diferenciación entre acontecimientos terapéuticos significativos resueltos y no resueltos (Caro, 2003). Por otro lado, analizando pacientes que abandonaron el tratamiento, se ha encontrado que un pobre resultado terapéutico se asocia con una escasa asimilación (Caro, 2006b). De manera que tal y como hemos señalado al inicio, y teniendo en cuenta estudios desde otras perspectivas y contextos, el cambio se asocia con el logro de niveles elevados de asimilación (a partir de niveles 4 y 5 hasta el 6 y 7 de la APES; véase Cuadro 1). La paciente que abandonó el tratamiento no logró alcanzar niveles de Insight, quedándose en niveles inferiores (oscilando entre el 1 y el 3 de la APES).

Además, un resultado que queremos destacar consiste en que el proceso de asimilación encontrado es de tipo dentado. Lo que corresponde claramente a la comprensión de la TLE como una terapia de tipo cognitivo en relación al tipo de proceso de asimilación seguido. Es decir, cuando se analiza la TLE con la APES, los pacientes presentan continuas oscilaciones y cambios entre niveles APES intrasesión y entre sesiones (Caro y Stiles, 2009; Caro y Stiles, en prensa).

Todos estos estudios han seguido una perspectiva cualitativa, pero en este trabajo se van a presentar los primeros datos de tipo cuantitativo en el contexto de la TLE. Para ello se ha tomado una muestra de acontecimientos resueltos y no resueltos de diversos pacientes, tratados con la TLE que fue analizada desde una perspectiva cualitativa (Caro, 2003) siguiendo estudios realizados por el grupo de Stiles. Este es el primer estudio de este tipo con la TLE en el contexto del modelo de asimilación.

Desde una perspectiva cuantitativa nos interesa explorar las siguientes hipótesis nulas:

Hipótesis nula 1. No habrá diferencias significativas en los niveles APES entre los acontecimientos resueltos y no resueltos.

Hipótesis nula 2. No habrá diferencias significativas entre los acontecimientos resueltos y no resueltos en función de los niveles bajos-intermedios-elevados de asimilación.

Método

Descripción de la muestra

La muestra está compuesta de 18 acontecimientos (de los que se analizaron con la APES 193 párrafos significativos), de 6 pacientes. Estos pacientes componían parte de la muestra dedicada a ver la eficacia de la TLE. Para igualar condiciones experimentales, todos los pacientes fueron tratados por la misma terapeuta (la primera 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
	$\bar{x} = 37.33$			$\bar{x} = 21.33$

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 aquí no se ha hecho un estudio de eficacia terapéutica de la TLE.

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	-178
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	-115

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond y Snaith, 1983); BDI: Beck Depression Inventory (Beck y cols., 1961); STAI: State and Trait Anxiety Inventory (Spielberger, y cols., 1970).

Descripción del procedimiento terapéutico empleado

La terapia empleada fue la terapia lingüística de evaluación y más en concreto la técnica de los *órdenes de abstracción* que aparece en su formato básico y de tarea en el Anexo I. La TLE es una terapia de tipo cognitivo, estructurada y breve que se aplica sobre todo en casos de ansiedad y depresión y que ha demostrado su eficacia en estos campos (Caro, 1992, 1997).

La TLE tiene como objetivo principal lograr que el paciente entienda el uso que hace del lenguaje a la hora de comprender los 'hechos' o la 'realidad'. La TLE articula este uso del lenguaje en torno a dos orientaciones bien distintas hacia el lenguaje. Así, el empleo de una orientación de tipo *intensional* (en forma de identificaciones mapa-territorio; anticipaciones palabras-'hechos'; intensionalizaciones y rechazo de 'hechos') se relaciona con problemas de tipo emocional. Por otro lado, el desarrollo de una orientación de tipo *extensional* (en forma de no identificaciones mapa-territorio; no anticipaciones, extensionalizaciones y aceptación de 'hechos') se relaciona con la ausencia de problemas emocionales (Caro, 1999).

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 I. La meta es el paso de una orientación intensional a otra extensional (Caro, 1997).

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; véase Anexo 1).

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. Aun así, los nombres de los pacientes son ficticios.

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
María	3	5	5.1
María	4	6	6.1
Ana	4	7	7.1
Antonia	14	8	8.1

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. Silvia aporta cuatro acontecimientos. María aporta otros cuatro. Santi 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.

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, y cols., 1990; Stiles, y cols., 1992; Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg, 1999; Knobloch, Endres, Stiles y Silberschatz, 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, 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, y cols., 1999). Y, 5. *Empleo de un juez*: Las dos firmantes de este trabajo codificaron con la APES todos y cada uno de los acontecimientos de forma independiente. Tras la codificación se calculó la kappa de Cohen. 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 para lograr un acuerdo final. De manera que los datos aquí presentados son consecuencia de un acuerdo entre jueces.

Análisis realizados

Los datos se obtuvieron mediante el SPSS y fueron analizados mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, la prueba de correlación de Spearman (ρ), el chi-cuadrado, así como con estadísticos descriptivos.

Resultados

Hipótesis nula 1. No habrá diferencias significativas en los niveles APES entre los acontecimientos resueltos y no resueltos.

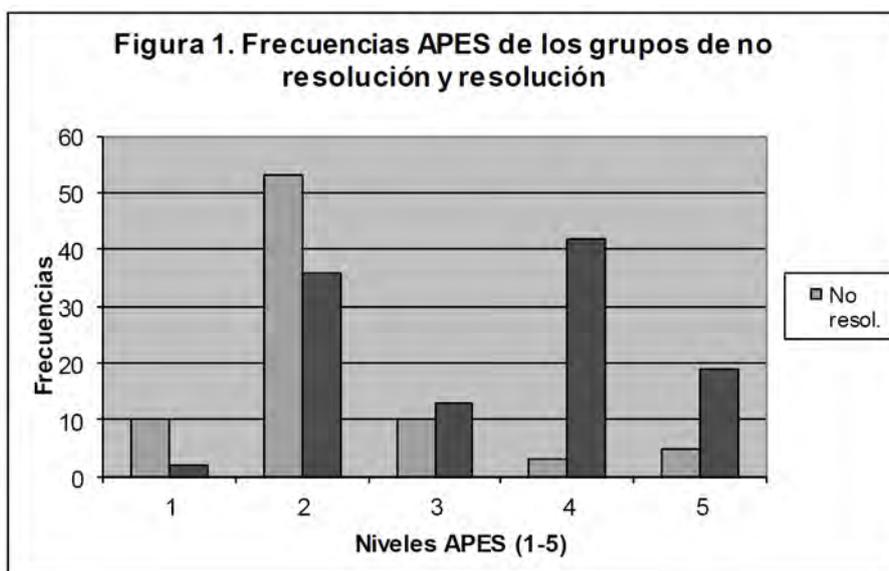
Como vemos por los datos presentados en la tabla 4 podemos rechazar la hipótesis nula. Es decir existen diferencias significativas en niveles APES entre los acontecimientos resueltos y no resueltos ($z = -4.224$, $p < .000$).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de los acontecimientos no resueltos y resueltos, prueba de rangos de Wilcoxon y coeficiente de correlación de Spearman.

Nivel APES	Frecuencias No Resolución	% No Resolución	Frecuencias Resolución	% Resolución	Z	rho
1	10	12.35 %	2	1.79 %		
2	53	65.43 %	36	32.14 %		
3	10	12.35 %	13	11.61 %		
4	3	3.70 %	42	37.5 %		
5	5	6.17 %	19	16.96 %		
	$\bar{x} = 2.34$ (1.02)		$\bar{x} = 3.52$ (1.26)		-4.224 $p < .000$.484 $p < .01$
	Mediana = 2		Mediana = 4			

1 (Pensamientos no deseados); 2 (Surgimiento); 3 (Clarificación); 4 (Insight); 5 (Aplicación)



Los estadísticos descriptivos que aparecen en la Tabla 4 y la Figura 1 nos permiten profundizar en estos resultados. Los acontecimientos no resueltos tienen un mayor nivel de puntuaciones bajas en la escala APES sobre todo un nivel 2 (Surgimiento: 65.43%). Y también niveles de 1 (Pensamientos no deseados: 12.35%) y de 3 (Clarificación: 12.35%).

Por su lado los acontecimientos resueltos presentan niveles más elevados en la APES, sobre todo nivel de Insight (APES 4: 37.5%) y Aplicación (APES 5: 16.96%). El grupo de acontecimientos resueltos presenta pocos niveles 1, frente al grupo de acontecimientos no resueltos. El grupo de acontecimientos resueltos presenta también un nivel alto de niveles 2 (Surgimiento: 32.14%).

Caracteriza, pues, a los acontecimientos no resueltos los niveles 1 (Pensamientos no deseados) y 2 (Surgimiento), aunque el nivel 2 también aparece en los acontecimientos resueltos. Por su parte los acontecimientos resueltos están mejor representados mediante niveles APES 4 (Insight) y 5 (Aplicación). El nivel 3 (Clarificación) aparece en un nivel semejante en los acontecimientos no resueltos y resueltos (véase Figura 1).

Ninguno de los acontecimientos presentó niveles APES de 6 (Solución del Problema) y 7 (Dominio), ni el nivel inferior (APES 0: Disociación).

Además, el coeficiente de correlación rho de Spearman fue significativo (véase Tabla 4), en el sentido de que el tipo de nivel APES está relacionado con el tipo de acontecimiento: no resolución vs. resolución (rho, .484, $p < .01$).

Hipótesis nula 2. No habrá diferencias significativas entre los acontecimientos resueltos y no resueltos en función de los niveles bajos-intermedios-elevados de asimilación.

Como vemos en la Tabla 5, podemos rechazar la hipótesis nula en el caso de los niveles intermedios de la APES. Así, existe una diferencia significativa entre los acontecimientos no resueltos y resueltos en cuanto a los niveles 3 y 4 de la APES o niveles intermedios ($\chi^2 = 11.06$, $p < .001$). No existen diferencias significativas en cuanto a los niveles bajos de la APES entre acontecimientos no resueltos y resueltos. Aunque no se podía calcular un chi-cuadrado para los niveles elevados, tal y como aparece en la Tabla 5 y en la Figura 1 éstos (APES 5: Aplicación) aparecen en un porcentaje mayor en los acontecimientos resueltos. Estos datos complementan los datos encontrados respecto a la hipótesis nula 1.

Tabla 5

Comparaciones chi-cuadrado entre los niveles APES de los acontecimientos de no resolución y resolución

Niveles APES	No resolución	Resolución	χ^2
Bajos: (1-2)	63	38	1.64 (n.s.)
Intermedios: (3-4)	13	55	11.06 (p<.001)
Altos: (5)	5	19	

Clasificación de los niveles APES según la distinción establecida por Stiles (2006) basada en los elementos básicos de cada nivel APES. 1: Pensamientos no deseados; 2: Surgimiento; 3: Clarificación; 4: Insight; 5: Aplicación.

Discusión

Si asociamos, como hemos hecho la no resolución con el mantenimiento de una *orientación intensional* y, por tanto, con la ausencia de cambio y la resolución con el logro de una *orientación extensional* y, por lo tanto, con el logro de un cambio, podemos asumir que estos datos reproducen lo encontrado en otras muestras y contextos (véase un resumen en Stiles, 2002). Así, el cambio, medido no en el contexto de procesos completos de terapia sino en micro-cambios empleando la técnica de los órdenes de abstracción de la TLE, se relaciona con distintos niveles APES. La resolución se relaciona con progresos en la asimilación pasando del nivel de Insight (APES 4) que es donde se encuentra el puente de significado y llegando a niveles 5 (Aplicación). Mientras que la no resolución se relaciona con el surgimiento de la experiencia problemática (APES 2), con evitación a hablar o referirse a ella (APES 1) y con el logro de una cierta clarificación en diversos momentos de los acontecimientos (APES 3).

Este estudio con acontecimientos reproduce lo encontrado en el contexto de la TLE analizando procesos completos de terapia, en el sentido de que el cambio está relacionado con la asimilación (por ejemplo, véase, Caro 2003, 2006a, 2007, 2008) y la ausencia de cambio con dificultades y escaso progreso en la asimilación (Caro, 2006b). Y es paralelo a los resultados que ofreció el estudio cualitativo del cual partimos (Caro, 2003).

Por otro lado, este estudio nos permite inferir, en el contexto de la TLE, la importancia del desarrollo de la *orientación extensional* para el logro del cambio terapéutico, ya que el desarrollo o no de la *orientación extensional vs. la orientación intensional* ha sido el criterio a seguir para preparar la muestra de acontecimientos. Reproducimos, empleando esta metodología de procesos, otros estudios procesuales, con la metodología del análisis de tareas, realizados con la TLE (Caro, 1999) que mostraban la importancia de una serie de operaciones terapéuticas implicadas en el desarrollo de la orientación extensional.

La APES se presenta como una escala procesual que facilita medir el cambio terapéutico y que es sensible a éste. Desde el contexto de la investigación de procesos, el cambio se puede entender en diversos niveles. Así, tendríamos el cambio entendido en función de la comparación estándar entre pretest y posttest, lo que correspondería, según Greenberg (1983) a la *R* (Resultado) mayúscula. Ahora bien, el cambio terapéutico no puede entenderse, exclusivamente, desde esta perspectiva. Podemos considerar el cambio también en función de pequeños cambios, micro-cambios y cambios intermedios, o diversas *r* minúsculas, que, desde luego, se pueden y se deben vincular con el cambio final. En este sentido, el modelo de asimilación entiende y mide el cambio terapéutico no en una escala de años o meses (implícito por lo general en la comparación tradicional pretest-posttest), sino que entiende el cambio en relación a un proceso terapéutico a través de acontecimientos significativos, en sesión, (Rice y Greenberg, 1984). El modelo pretende superar la improbable vinculación estadística entre efectos que ocurren en un minuto con otros que ocurren a lo largo de varios, o muchos meses (Stiles, 2006). La APES ofrece, pues, la posibilidad, de entender los cambios en una escala temporal más pequeña, en donde es importante el cambio momento a momento. La APES divide el cambio en pequeñas piezas y estudia como éstas van cambiando (Stiles y Angus, 2001). La APES es sensible a estos cambios, tal y como muestran los datos aquí presentados.

Un dato que sobresale tiene que ver con la importancia del nivel 4 (Insight) para la resolución de un acontecimiento terapéutico. El nivel de Insight marca la diferencia entre procesos de asimilación con éxito y sin éxito. Se ha encontrado sistemáticamente en los procesos de asimilación con éxito (Detert y cols., 2006; Goodridge y Hardy, 2009). Y se ha observado su ausencia en procesos con escaso éxito en la asimilación (Detert y cols., 2006). Incluso pacientes con demencia fueron capaces, en diversos momentos, de afrontar el desorden emocional relacionado con la disminución de sus habilidades y el desafío que supone su enfermedad en su medio familiar y social (Sims y McCrum, 2012) mostrando Insights. En una línea semejante hemos visto que analizando un caso de fracaso terapéutico en una paciente tratada con la TLE, durante 5 sesiones (Caro, 2006b), ésta no alcanzó en ningún momento un nivel de Insight, no pasando, al igual que en el estudio de Detert y cols. (2006) del nivel 3 (Clarificación).

Desde la perspectiva de las voces, el nivel de Insight representa el nivel donde se accede a la experiencia problemática y se establece el diálogo entre las voces dominantes y no dominantes (Stiles y Glick Brinagar, 2007). Este diálogo representa el progreso terapéutico. El trabajo hacia el logro de este Insight se describe como la construcción de este *punto de significado*. Ahora bien, este punto de significado es más claro en el nivel de Insight (véase Cuadro 1, definición de los niveles

APES). ¿Con qué elemento de la TLE podemos relacionar dicho Insight? Desde nuestra perspectiva el Insight se relaciona con el desarrollo o el logro de una *orientación de tipo extensional*.

El logro de esta orientación extensional y sus diferencias con la orientación intensional ha sido el criterio elegido para discriminar entre acontecimientos resueltos y no resueltos. Como se ha comentado más arriba (véase apartado de Procedimiento) los acontecimientos resueltos terminaban con una conclusión de tipo extensional, mientras que los no resueltos ejemplificaban que el paciente seguía con su orientación intensional.

La *orientación extensional* supone un cambio de perspectiva por parte del paciente, una construcción diferente de sus experiencias. Básicamente, se caracteriza por un uso del lenguaje que es más flexible y condicional, donde no hay identificaciones mapa-territorio, se sigue un orden adecuado de evaluación ('hechos'-palabras) y se aceptan 'hechos'.

En nuestros estudios cualitativos con procesos completos de terapia hemos observado como buena parte de los Insights obtenidos por los pacientes podían considerarse, a su vez, ejemplos de extensionalizaciones (Caro, 2003). De manera que nos gustaría hipotetizar a falta de estudios más detallados, que la comprensión entre voces se obtiene cuando los pacientes cambian su perspectiva, flexibilizando su comunidad de voces, adaptándola al mundo de los 'hechos'. El diálogo entre voces sólo es posible cuando una de las posiciones deja de ser dominante, o por decirlo desde la perspectiva de la TLE deja de ser dominante cuando se abre al mundo de los 'hechos', de sus experiencias y voces no dominantes, las acepta y cambia la estructura de sus mapas y teorías para que correspondan estructuralmente con el mundo de los 'hechos'. O como acabamos de definir, se vuelven flexibles, condicionales y ajustadas en estructura a los 'hechos'.

En el campo de una terapia cognitiva como la TLE es particularmente importante el logro de este Insight, por lo que tiene de relación con la posibilidad de que el paciente reflexione sobre el cómo y el porqué del problema. Así, en un marco más amplio nos gustaría hipotetizar una posible relación entre el logro del Insight y el desarrollo de una integración metacognitiva. La metacognición tal y como fue definida por Moses y Baird (1998) supone el conocimiento o proceso cognitivo que se refiere a, monitoriza o controla cualquier aspecto de la cognición. Recientemente (Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy y Shapiro, 2011) se ha considerado el modelo de asimilación en relación a las teorías sobre la metacognición (Flavell, 1979). El elemento central del modelo, el logro del puente de significado (Stiles, 2011) se puede entender como el desarrollo de recursos metacognitivos, en el sentido de que una parte de una persona se da cuenta de la/s otra/s parte/s.

Diversos estudios señalan como la incapacidad para auto-reflexionar y para distinguir entre fantasía y realidad es un deterioro común en muchos trastornos psiquiátricos (Dimaggio y cols., 2007; Dimaggio, Vanheule, Lysaker, Carcione y Nicolò, 2009; Lysaker y cols., 2011). Esta incapacidad para distinguir entre mapa-territorio ya hemos señalado que es típica de una orientación intensional y correspondería al error de evaluación de la *identificación* (mapa = territorio).

Parece relevante para la terapia cognitiva cualquier estudio que se centre en el tipo de habilidades que tienen que ver con el reconocimiento de aspectos de la experiencia subjetiva, identificando pensamientos y emociones, adscribiendo estados mentales a los otros de una forma descentrada o prestando atención a estados corporales, y detectando los puntos de vista y las emociones de los otros (Dimaggio, Hermans y Lysaker, 2010). No obstante, el foco principal de la psicoterapia cognitiva ha estado más en el contenido de los pensamientos y creencias que en estos procesos de tipo atencional. Aunque evoluciones recientes de la terapia cognitiva están teniéndolos en cuenta (Segal, Williams y Teasdale, 2002; Wells, 2009). Medir la capacidad para el logro del Insight y cómo se manifiesta éste en terapia a través de la APES y en relación con otros importantes procesos de tipo afectivo y comportamental que mide la APES, sería un campo importante de trabajo, en nuestra opinión. Tal y como señalaron Dimaggio, Hermans y Lysaker (2010) el éxito en terapia depende de la potenciación de la auto-reflexión y la recuperación de diálogos ausentes. Por ejemplo, y siguiendo a Wells y Purdon (1999) este foco en la metacognición podría mejorar la eficacia del modelo cognitivo.

Para el modelo de asimilación tras el Insight el paciente debe intentar aplicar esta comprensión en su vida cotidiana para intentar comprobar si esta comprensión le funciona. Esto correspondería a un nivel APES 5 (Aplicación). Pero el paciente puede seguir progresando y llegar a niveles de 6 (Solución del Problema) y 7 (Dominio). Como podemos apreciar por nuestros resultados, ninguno de los pacientes de la muestra de acontecimientos pasó del nivel 5. Este resultado parece lógico si tenemos en cuenta que no estábamos analizando procesos completos de terapia, sino sólo acontecimientos tomados en distintos momentos en función de nuestro criterio de resolución vs. no resolución. En el marco de un orden de abstracción esta situación es más representativa ya que los niveles 6 se suelen alcanzar cuando el paciente demuestra su satisfacción por los logros conseguidos o cuando comenta cómo notan los demás sus cambios (Lani et al., 2001). El nivel 7 (Dominio) ha aparecido en pocos estudios (Osatuke y Stiles, 2010) y los pacientes lo demuestran, básicamente, cuando no necesitan hablar o tratar de un tema (Caro, 2011). No parece, pues, factible, encontrar niveles elevados de APES en una muestra de acontecimientos terapéuticos donde hay un foco concreto de trabajo y diálogo terapéutico.

Tampoco han aparecido niveles 0 (Disociación). Este resultado lo podemos explicar, de forma tentativa, porque no es un nivel que aparezca con una frecuencia elevada en estudios con la TLE (véase, por ejemplo, Caro, 2011). Las terapias cognitivas están mejor descritas mediante niveles intermedios y elevados o en niveles bajos 1 o 2 de la APES pero no mediante el nivel de Disociación (APES 0; véase Goodridge y Hardy, 2009). El trabajo terapéutico en la TLE, es centrado, focalizado en la tarea (articulada mediante la técnica de los órdenes de abstracción) y donde hay una gran interacción paciente-terapeuta. Por ello, es más factible encontrar niveles APES más elevados.

Limitaciones de este estudio

Indudablemente una de las desventajas principales de este estudio es la N conseguida, que proviene sólo de 6 pacientes. No obstante hay que considerar que los estudios de procesos se mueven a una escala menor, buscando más la representatividad de las muestras que su volumen. Hay que tener en cuenta el tiempo empleado en conseguir estos acontecimientos, que provienen de procesos completos de terapia, realizados sin ningún condicionante de tipo temporal. Esto hace costoso el logro de muestras para investigación de procesos.

No obstante, sería interesante realizar estudios cuantitativos con muestras más amplias de *acontecimientos* tomados de un grupo más amplio de pacientes. Así como estudios cuantitativos con grupos amplios de pacientes (*éxito vs. no éxito*) en los que se estudiaran sus procesos completos de asimilación a lo largo de todas sus sesiones de terapia.

Otra desventaja de este estudio radica en que la muestra se eligió por criterios de resolución vs. no resolución lo que supuso cortes transversales y no una perspectiva longitudinal, aunque los acontecimientos empleados están relacionados y son continuos, i.e., tras una no resolución se pasa a analizar su resolución. No obstante, estos datos, como ya hemos hecho constar en la Discusión reproducen estudios longitudinales (es decir, procesos completos de terapia y cambios momento a momento, sesión a sesión) también realizados con la APES.

En función de los comentarios anteriores, tenemos que ser prudentes en la generalización de los resultados y esperar que futuros estudios avalen las relaciones encontradas. En cualquier caso, podemos considerar al modelo de asimilación (y la APES) como un modelo y metodología importante para el estudio del cambio terapéutico con independencia del tipo de foco (micro o macro empleado).

El modelo sugiere la importancia de ciertos procesos para el cambio cuya generalización suponemos importante para el campo cognitivo. Al ser un modelo de tipo integrador facilita su aplicación en diversos contextos clínicos o no, y en diversos enfoques terapéuticos.

Referencias

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Caro, I. (1992). La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 37, 80-109.
- Caro, I. (1994). *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro, I. (1997). El estado de la cuestión en la terapia lingüística de evaluación. En I. Caro (Ed.), *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. *Psicologemas*, 25-26, 1-192.
- Caro, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 422-435.
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 4, 422-435.
- Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: ¿Cómo asimiló María la sensación de ser una carga? *Boletín de Psicología*, 89, 47-73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172.
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 169-188.
- Caro I., y Stiles, W.B. (2009). Retrocesos no contexto de terapia lingüística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 199-212.
- Caro, I., y Stiles, W.B. (en prensa). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*.
- Detert, N.B., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M. y Stiles, W.B. (2006). Assimilation in good-and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16, 4, 393-407.
- Dimaggio, G., Hermans, H.J.M., y Lysaker, P.H. (2010). Health and adaptation in a multiple self. The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory & Psychology*, 20, 379-399.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., y Lysaker, P.H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the Metacognition Assessment Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 386-401.
- Dimaggio, G., Vanheule, S., Lysaker, P.H., Carcione, A., y Nicolò, G. (2009). Impaired self-reflection in psychiatric disorders among adults: A proposal for the existence of a network of semi-independent functions. *Consciousness and Cognition*, 18, 653-664.
- Field, S.D., Barkham, M., Shapiro, D.A., y 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.

- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. Nueva York: Wiley.
- Goodridge, D., y Hardy, G.E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19, 114-123.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S. (1983). Psychotherapy process research. En E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology* (pp. 164-204). Nueva York: Dorsey Press.
- Greenberg, L.S. y Foerster, F. (1993). El análisis de tareas. En I. Caro (comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teórica.
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G., y van Loon, R.P.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Honos-Webb, L., y 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., y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L., Surko, M., y 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., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.
- Knobloch, L.M., Endres, L.M., Stiles, W.B., y Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38, 31-39.
- Lani, J.A., Glick, M.J., Osatuke, K., Brandenburg, C., Gray, M.A., Humphreys, C.M., Reynolds, D., y Stiles, W.B. (2002). *Markers of assimilation manual*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio.
- Lysaker, P.H., Buck, K.D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolò, G. y Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: A conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 58-69.
- Moses, L.J., y Baird, J. A. (1999). Metacognition. En R.A. Wilson y F. Keil (Eds.), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences*, (pp. 533-535). Cambridge, MA: MIT Press.
- Osatuke, K., Glick, M.J., Gray, M.A., Reynolds, D.J., Humphreys, C.L., Salvi, L.M. y Stiles, W.B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. En L.E. Angus y J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp.193-210). Thousand Oaks: Sage.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., y Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 95-108.
- Osatuke, K., y Stiles, W. B. (2010). Change in PTSD: An assimilation model account. En G. Dimaggio y P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment* (pp. 283-300). New York: Brunner-Routledge.
- Osatuke, K., Stiles, W. B., Barkham, M., Hardy, G. E., y Shapiro, D. A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective.

- tive. *Psychiatry Research*, 190, 52-59.
- Rice, L. y Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change*. Nueva York: Guilford.
- Rudkin, A., Llewelyn, S., Hardy, G., Stiles, W.B., y Barkham, M. (2007). Therapist and client processes affecting assimilation and outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17, 613-621.
- Segal, Z., Teasdale, J.D. y Williams, J.M.G. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press. (Traducción castellana en DDB).
- Sims, D. y McCrum, T. (2012). Post-diagnosis support. Measuring the benefits. *The Journal of Dementia Care*, 20, 26-28.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works* (pp. 357-365). Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16, 4, 389-392.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21, 367-384.
- Stiles, W. B., y Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. En J. Frommer y D. L. Rennie (Eds), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112-127). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers. También publicado en *Psychologische Beiträge*, 43, 570-585.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., y 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., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B., y Glick Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. En L.G. Castonguay y C.E. Hill, *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington: APA.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 105-206.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press: New York.
- Wells, A. y Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive behaviour therapy: A Special Issue. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 71-72.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXO I

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 extrasesión 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

