

**LA RESOLUCIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS EN LA TERAPIA
LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN SEGÚN EL MODELO DE ASIMILACIÓN
EL ANÁLISIS DE SILVIA (II)**

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.

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas desarrollado por Stiles y su grupo a partir de 1990 (Stiles, Elliott y cols., 1990) plantea

una secuencia regular de pasos que facilitan el proceso de asimilación. Han sido numerosos los trabajos que se han hecho con la escala, desde una perspectiva cualitativa hasta otra cuantitativa. A pesar de los estudios cuantitativos (Field y cols., 1994), la escala se presenta como un instrumento de tipo cualitativo (Stiles, Morrison y cols., 1991; Stiles, Barkham y cols., 1992; Stiles, Shapiro y cols., 1994; Stiles, 2001; Varvin y Stiles, 1999), enmarcado en el contexto de estudio de acontecimientos terapéuticos significativos (Rice y Greenberg, 1994), dentro del paradigma de la investigación de procesos (Caro, 1993; Greenberg y Pinsof, 1986). Este trabajo complementa otro anterior donde se presentaron 8 secuencias de cambio, pero que por motivos de espacio no fue posible ofrecer la descripción narrativa de la resolución y asimilación de una situación problemática en un paciente en concreto. Por ello, en este trabajo presentaremos ampliamente cada uno de los niveles de la escala, para pasar a describir, la secuencia de asimilación en una paciente, Silvia, tratada con la TLE (Caro, 1994, 1997a,b, 2001) cuyos acontecimientos forman parte de la muestra más amplia que hemos analizado con la APES (véase, en relación a todo ello, Caro, remitido para su publicación). Con ello sólo queremos, en este trabajo, ejemplificar los niveles de asimilación, encuadrando este proceso en un paciente concreto de manera que podamos introducir las posibilidades de la escala para el estudio del proceso terapéutico.

A niveles teóricos, el modelo parte, ante todo, del trabajo de Piaget (1962, 1970), de Rogers (1959) y de Elliott (1985) que permite definir la secuencia sistemática de cambios mediante la que podemos representar la evolución de una experiencia problemática durante la psicoterapia. Teóricamente, una experiencia es problemática porque nos desequilibra emocionalmente. El modelo de asimilación describe cómo las experiencias problemáticas –recuerdos dolorosos o amenazantes, pensamientos y sentimientos– se integran en el sí mismo. Aunque originalmente el modelo estaba basado en el concepto de esquema, ahora se usa el de “voz” que Stiles y su grupo toman de Hermans (Hermans y van Loon, 1992; Hermans, 1996) y que sugiere que el sí mismo es esencialmente de naturaleza *dialogal*.

Voz sería una metáfora que describe rastros de las experiencias que tenemos, y que nos permite destacar la facultad agente o instrumental de estas experiencias, y de su habilidad para hablar y actuar, algo que no está implícito en la noción original de esquema. En este sentido, el sí mismo se construye como una comunidad de voces o de trazos de experiencias interconectadas, relacionadas entre sí por el diálogo (Honos-Webb y Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko y cols., 1999; Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999). Tener un repertorio de distintas voces –una diversidad de experiencias activas, agentes– nos ofrece recursos dentro de la comunidad del sí mismo para tratar con distintas situaciones. Es decir, según el contexto aparecerá el miembro de la comunidad de voces adecuado. Por ejemplo, nuestras habilidades para conducir y las experiencias que hayamos tenido aparecerán cuando estemos conduciendo, mientras que las habilidades para cocinar y las experiencias haciéndolo aparecerán cuando estemos en la cocina.

Para que una voz sea algo útil debe accederse fácilmente a ella. Las voces son problemáticas si están disociadas, se mantienen al margen, se evitan o se rechazan por la comunidad. La APES describe una secuencia de etapas a través de las cuales las voces problemáticas (a las que ellos llaman *vozes no dominantes*) pasan (en una terapia de éxito) de no ser deseadas y de ser experimentadas como extrañas a asimilarse y convertirse en miembros útiles de la comunidad de voces que es el sí mismo (que ellos llaman *vozes dominantes*).

Teóricamente, la confrontación entre la voz problemática, no dominante y la comunidad o voces dominantes se experimenta como algo negativo –con miedo, cólera, tristeza, malestar, depresión o cualquier otra manifestación emocional. Lo típico es que cuando surge una voz no dominante, problemática, la comunidad dominante se opone a ella suprimiéndola o evitándola, impidiendo, por tanto, la emoción consecuente. Como ocurre en cualquier situación que supone un desafío, la comunidad echa mano de los recursos que ella tiene, es decir, emplea aquella voz que mejor se oponga a la voz problemática. La primera es la dominante y la segunda la no dominante. De esta forma, podemos identificar

en cualquier discurso terapéutico una voz distintiva que representa el problema y otra voz distintiva, miembro de la comunidad de voces que es el sí mismo que se opone al problema (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Por tanto, el análisis de asimilación es un procedimiento intensivo, cualitativo para el estudio de casos que busca identificar esas voces internas, opuestas y trazar el diálogo que se desarrolla entre ellas a lo largo de las sesiones.

Los ejemplos, que aparecen en la Tabla 1, tomados de Honos-Webb, Surko y Stiles (1998) ejemplifican ambas voces.

Tabla 1
Ejemplos de voces dominantes y no dominantes

Voces no dominantes	Voces dominantes
Sentimientos de dependencia y debilidad	Supermujer: dura, independiente
Cólera y resentimiento hacia los otros	Siempre debes perdonar
Necesito que me cuiden	Debo cuidar a los demás

Una experiencia puede ser problemática 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 contradice y la hace problemática. Por ejemplo, una persona puede experimentar sentimientos de debilidad o dependencia y sentirse mal por ello. Si hay una voz que le dice "que esos sentimientos no son correctos, ya que su sí mismo se define en torno a la idea de que "es una mujer dura e independiente", cuando experimente esos sentimientos tendrá dificultades en asimilarlos.

Es decir, las voces no dominantes nos están diciendo "esto es lo que pasa, quiero o siento ahora" y las voces dominantes nos están diciendo: "esto es lo que soy que contradice lo que siento ahora". Ambas deben cambiar para asimilar la experiencia.

Además, para asimilar una voz problemática dentro de nuestra comunidad de voces debemos construir un *punte de significado* entre ellas. Este se refiere a actitudes, conceptos y creencias que sirven para conectar las voces, y resolver la situación problemática, haciendo un nuevo esquema. Puesto que el puente está compuesto de signos, lo podemos observar y estudiar empíricamente en grabaciones o transcripciones de las sesiones de terapia (Honos-Webb y Stiles, 1998)

En definitiva, lo que se ha expuesto supone que el sí mismo es múltiple, y la asimilación significa el desarrollo de un diálogo y una relación

con una parte no querida o deseada del *self*, mientras que éste mantiene su carácter único (Honos-Webb y Stiles, 1998; Stiles, 1999; Stiles, Osatuke y cols., en prensa).

Desde otro punto de vista, el proceso intrapersonal de la asimilación se ve como paralelo al proceso interpersonal en el que dos personas opuestas, empiezan a comunicarse y acaban resolviendo sus diferencias (Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999). En otro sentido, el proceso de asimilación ha sido descrito empleando la metáfora de un río (Stiles, Meshot et al, 1992, p. 99). Es decir, al final de una terapia los temas tratados, que serían los afluentes del río se mezclan en el caudal principal, sin poder distinguir uno del otro, enriqueciéndolo (Honos-Webb, Surko y cols., 1999).

Finalmente, el modelo de asimilación ha sido utilizado por diversos grupos de investigación en otros contextos terapéuticos (Heaton, Hill y cols., 1998; Laitila y Aaltonen, 1998; Newman y Beail, 2002; Teusch, Böhme y cols., 2003) lo que coincide con la naturaleza *integradora* del modelo.

La Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES)

Los 8 niveles que se barajan hasta el momento, han sido descritos en Stiles y cols., (1991) y Honos-Webb y Stiles (1998) (véase, más adelante la descripción de Silvia, como ejemplo de cada nivel), no obstante para describirlos seguiremos resúmenes recientes, actualizados en Stiles (2002).¹ En la Tabla 2 nos aparece una definición de cada nivel, junto a algunos de los marcadores por ellos identificados y que facilitan encontrar los códigos en las transcripciones analizadas.

El continuo de APES propone, pues, un cambio en la relación entre la voz no dominante y la dominante. El paso de un nivel a otro nos está hablando del juego, del diálogo entre las voces, su acceso a la conciencia, su carga afectiva, su comprensión y la instauración de nuevas líneas de acción a partir de todo ello. Esta conceptualización facilita el *tono integrador* del modelo y su aplicación en cualquier contexto terapéutico y eso fue uno de los motivos principales por los que se eligió el modelo de APES para continuar con nuestros estudios procesuales en la TLE. El diálogo conduce a que la voz no dominante forme parte de la comunidad de voces, como un *recurso* más de la comunidad. Como vemos en la Tabla 2, la escala permite códigos numéricos e intermedios. El código APES transformado en un código numérico, no se puede entender como una puntuación cuantitativa. Los números son el intento de ofrecer un significado más preciso del caso estudiado, de ahí que además se permitan códigos intermedios, por ejemplo, 3.5 a medio camino entre 3 y 4,

¹ En este trabajo se añadió "disociación" al nivel 0.

como un esfuerzo por dotar de una mayor precisión a la codificación y descripción del proceso hacia la asimilación. Como ocurre en cualquier investigación de tipo cualitativo (Stiles, 1993), el lector debe juzgar la bondad de los datos ofrecidos (i.e., Kirk y Miller, 1986; Lincoln y Guba, 1985) partiendo de su acceso al caso clínico, o, en este contexto, a las transcripciones analizadas.

Tabla 2. Niveles en el proceso de asimilación (a partir de Stiles y cols., 1992; Stiles, 2002; Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999; Lani, 2003)

NIVELES DE LA ESCALA APES	ALGUNOS MARCADORES Y EJEMPLOS
<p>NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN: El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. <i>No se habla del problema. El paciente no trabaja en el problema</i> La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema). Por ejemplo, el T hace una interpretación y el P la ignora. Afecto mínimo en el nivel 0, donde hay una evitación de éxito; afecto negativo vago (sobre todo ansiedad) se asocia con los niveles 0.1-0.9 La voz problemática se expresa de forma que molesta, por ejemplo, a través de síntomas somáticos, recuerdos intrusivos, "acting out", abuso de sustancias o dificultades en las relaciones interpersonales</p>	<p>* Síntomas somáticos: los expresa espontáneamente el paciente. La voz problemática se expresa a través de una queja somática. <i>"Siento un nudo en la garganta"</i> <i>"Me gustaría decirlo, pero no estoy durmiendo mucho"</i></p>
<p>NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: <i>Control/evitación</i> El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el paciente cambia de tema, algo así como "tengo que ser duro y no pensar en esto". El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos -ansiedad, miedo, cólera, tristeza. A pesar de la intensidad de los sentimientos, pueden no estar focalizados y su conexión con el contenido ser poco clara. Los niveles 1.1 a 1.9 reflejan un nivel cada vez mayor de afecto y una evitación menos exitosa Énfasis en controlar y suprimir el material negativo o emocional desde la voz domi-</p>	<p>* Negatividad minimizada: se ofrece un aspecto negativo de uno mismo, pero inmediatamente se disminuye o niega tal aspecto. La comunidad de voces dominantes del cliente suprime la voz problemática. <i>"Temo admitirlo, pero mi familia no estaba muy unida..., pero hay muchas que no lo están, por qué es tan importante que me acepte toda mi familia".</i> * Evitar responsabilidad: el cliente se focaliza en acontecimientos o decisiones fuera de su control o no se hace responsable de los acontecimientos en su rango de control. La voz dominante quiere evitar la voz problemática. <i>"Hago mis ejercicios de relajación sola, pero el teléfono sigue molestán-</i></p>

<p>nante. Miedo de perder el control. Las situaciones externas son la causa del problema y no el conflicto interno. Los pacientes pueden admitir que están evitando. Hay afecto negativo, pero el cliente niega un problema El problema surge, pero el paciente lo evita</p>	<p>dome” “Ojala no estuviera, así no se lo tendría que decir”</p>
<p>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. <i>Sabe lo que le molesta</i> El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias. Los niveles 2.1 a 2.9 reflejan una claridad cada vez mayor del contenido de la experiencia y una intensidad disminuida y una difusión del afecto El cliente está molesto pero no puede clarificar el problema. La nueva voz desequilibra al individuo. El cliente puede hablar de su problema sin necesidad de que el T. lo centre El mayor peso lo tiene la voz dominante. P.ej. el P manifiesta cólera, o enfado hacia alguien pero nada en lo que se pueda trabajar. La voz problemática surge en forma de afecto negativo. La idea es que dado que surge la voz no dominante, se hace más fuerte la dominante</p>	<p>* Sentir emociones dolorosas: el cliente expresa dolor psicológico o informa de acontecimientos recientes que implican emociones dolorosas. Discrepancia entre la voz problemática y la dominante. <i>“Me enfadé mucho con mi madre”</i> * Sentirse vulnerable: el cliente sin defenderse expresa una emoción negativa sobre un acontecimiento o una acción. La voz expresa afecta negativo, comunicando desesperanza, pesar o resignación. Etiquetas negativas sobre uno mismo. <i>“Me da miedo decirselo a alguien”</i> <i>“Siento una total desesperanza, pero no va a cambiar”</i> * Dificultad articulando lo que está mal: el cliente dice que algo está mal, pero no puede identificar el problema. Una voz problemática del cliente surge, aunque la voz no tiene el lenguaje para articular la experiencia interna <i>“Tengo problemas para expresarlo con palabras”</i> <i>“Sé que hay algo mal, pero no sé lo que es”</i></p>
<p>NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/ CLARIFICACIÓN: <i>Ves lo que pasa y lo que lo impide</i> El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema. El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico. Los niveles del 3.1 al 3.9 reflejan un trabajo activo, focalizado hacia la comprensión de la experiencia problemática La experiencia problemática depende del punto de vista severo de la voz dominante, frente a la voz que surge Confrontación directa entre ambas voces. La voz no dominante pide atención</p>	<p>* Manifestando metas incompatibles: la voz problemática y la dominante expresan un deseo y un deseo incompatible uno detrás de otro y en ese orden. Ambas voces son destacadas; la voz problemática y la dominante se contradicen mutuamente sin darse cuenta de ello. “Quiero esto, pero hago esto”: hay menos discrepancia entre las voces que en el siguiente marcador. <i>“Me gustaría tener éxito, pero no me siento competente”</i> * Deseos y deberías conflictivos: el cliente expresa una necesidad emocional, preocupación o meta, y después expresa un debería conflictivo social o paternal. Ambas voces son</p>

<p>Se empieza a ver a la voz dominante desde el punto de vista de la no dominante. Se deja de hablar desde la voz dominante, para hablar sobre la no dominante. El cliente reconoce lo que quiere y por qué no puede. Ambas voces tienen el mismo peso</p>	<p>destacadas. La problemática se expresa a sí misma y la dominante se opone fuertemente, manifestando un dictado social o paternal. La dominante no se da cuenta de que la voz es social o paterna. "Quiero esto, pero debo hacer esto": gran discrepancia entre las voces. <i>"Me gustaría poder hacer más, levantarme y empezar, pero estoy por ahí tirado y no hago nada"</i></p>
<p>NIVEL 4. COMPRESIÓN/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 "aja". Niveles del 4.1 al 4.9 reflejan progresivamente mayor claridad o generalización de la comprensión, asociada, por lo general con un afecto positivo (o negativo disminuyendo) Acuerdo y cooperación entre las voces. Comprensión empática entre las voces. La voz no dominante que estaba fuera de la conciencia se comunica con la dominante y expresa un deseo de cooperar. La dominante se mueve desde la posición de un tirano a un aspecto protector de ella misma, quiere cooperar y se siente bien por eso. El conflicto tiene un nuevo significado Uso flexible de las voces : discriminar entre ambas voces y sobre lo apropiado de cada una de ellas ESTE ES EL QUÉ Y EL POR QUÉ DEL PROBLEMA</p>	<p>* Dar un paso atrás para ver mejor: El cliente no está enredado en el problema o en los obstáculos para resolverlo, el cliente ve esos dos aspectos desde una perspectiva más útil. El cliente tiene el insight y gana cierta distancia del problema y por tanto, ve la conexión entre la voz problemática y la dominante. "Me pasa esto por que" <i>"No lo toleraba más, era como una araña, vivía de forma vicaria a través de mí. Ahora lo veo, pero antes no lo entendía "</i> * Juntar las piezas de forma distinta: el cliente formula los aspectos del problema y reconoce el insight en el problema, diciendo: "¡Ajá!", o "esto es nuevo". Teóricamente, una comunidad de voces, llega espontáneamente a comprender una voz problemática. Un insight más general <i>"Ahora me doy cuenta"</i> <i>"Nunca pensé en ello de esa manera"</i> <i>"Es como si tuviera esa barrera vertical, y cuando me sentía a gusto con una persona, dejaba caer la barrera, desaparecía"</i></p>
<p>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 describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción. El tono afectivo es positivo, "está en ello", optimista. Niveles del 5.1 al 5.9 reflejan un progreso tangible hacia soluciones de problemas en la vida cotidiana Conductas que se hacen fuera o referen-</p>	<p>* Decide actuar de forma diferente: el cliente manifiesta su decisión de comportarse de forma diferente. La voz problemática y la dominante deciden conjuntamente hacer cambios basados en las necesidades de ambas. Aplicación generalizada de la "solución" <i>"No paro de decir, que es mi hora, no es que no me preocupen los demás, sino que yo soy primero"</i> <i>"Pensar así no tiene sentido y voy a dejar de pensar así"</i></p>

<p>cias explícitas a que va a hacer algo. Decisiones que el P toma de comportarse de forma distinta</p>	<p>* Bastante, pero no todavía resolviendo el problema: el cliente reconoce que está intentando una nueva conducta. Un cliente intentando resolver una experiencia problemática, aplica el insight al problema, pero sin éxito completo. Explorando posibles soluciones: aplica el insight a situaciones, pero no ha tenido éxito. "Estoy aceptando cosas, supongo que no debería ser tan duro, intentaré no ser tan duro conmigo" "T: puedes expresar lo que quieres ante él; C: Sí"</p>
<p>NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. Niveles del 6.1 al 6.9 reflejan generalizar la solución a otros problemas y construir las soluciones sobre patrones usuales o habituales de conducta. El P ha practicado la solución fuera de la consulta</p>	<p>* Notando el cambio: los clientes reconocen explícitamente un cambio intrapersonal o interpersonal. El cliente resuelve la experiencia problemática y se da cuenta de la resolución del problema. "Sé que estoy empezando a cambiar, definitivamente estoy empezando a cambiar" * Alcanzar una solución: el cliente reconoce la solución del problema. Es un reconocimiento genérico de que el cliente ha asimilado con éxito la voz problemática en la comunidad. "Trabajamos juntos, codo a codo en la cocina"</p>
<p>NIVEL 7. DOMINIO: El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema</p>	<p>(No se han descrito marcadores en este nivel)</p>

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. Es decir, pasaremos a describir, el caso clínico sobre el que analizaremos después su secuencia de asimilación. El caso proviene de la muestra de pacientes tratados con la TLE y fue tratado por la autora de este trabajo.

Tabla 3
Puntuaciones pretest-postest de Silvia

HAD-A Pretest	12
HAD-A Posttest	5
HAD-D Pretest	17
HAD-D Posttest	3
BDI Pretest	42
BDI Posttest	9
STAI-E Pretest	53
STAI-E Posttest	6
STAI-R Pretest	47
STAI-R Posttest	11

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

La paciente, que aparece bajo seudónimo, dio su autorización para que se grabaran y se analizaran sus sesiones y forma parte de una muestra más amplia de acontecimientos analizados según la escala de APES y descritos en otro trabajo (Caro, remitido para su publicación). La paciente, de 27 años, estaba casada y tenía tres hijos de 6, 4 y 2 años. En la tabla 3 nos aparece una descripción de las puntuaciones de Silvia en las pruebas diagnósticas utilizadas en el momento del pre-test y en el postest.

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 esto garantiza 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) (véase ejemplos en la transcripción de Silvia). 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, medido con la kapa de Cohen, en estos dos acontecimientos fue de .632. Un acuerdo considerado como bueno por Fleiss (1981).²

Silvia: la resolución de una identificación básica

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. De manera que para sintetizar la información no se ofrecerá la transcripción en su totalidad de los dos acontecimientos, el no resuelto y el resuelto, sino el número suficiente de párrafos en donde se puedan apreciar los códigos APES, junto a las principales operaciones lingüísticas descritas siguiendo la metodología del análisis de tareas (véase, por ejemplo, Caro, 1999). No obstante, siguiendo las normas de Stiles y su grupo (véase más arriba) el acontecimiento no resuelto ofreció 15 párrafos a analizar, de los que se exponen 12 a continuación. En el acontecimiento resuelto, se encontraron 22 párrafos a analizar, de los que se ofrecen a continuación, sólo 10.

Los acontecimientos 1 y 1.1. (no resuelto y resuelto) que nos aparecen descritos a continuación, serían acontecimientos prototípicos, no sólo del progreso hacia la resolución, sino del cambio de una orientación intensional a otra extensional.

Veamos, pues, una descripción de la paciente, sus voces no dominantes y dominantes, así como parte de la transcripción de algunos momentos significativos de sus acontecimientos, junto con los códigos y las operaciones de tipo extensional e intensional que encontramos siguiendo la metodología del análisis de tareas (véase, Caro, remitido para su publicación).

Descripción de la paciente

Se puede describir a Silvia (diagnosticada como “depresión mayor”) como una persona muy dependiente, con una vida familiar en la infancia

²La autora agradece a la Dra. A. Coscollá su participación como juez.

y adolescencia, pobre en afectos y con un gran control por parte de los padres, sobre todo del padre que controlaba toda su vida. Se casa embarazada (en su casa no se dieron cuenta hasta que ella lo dijo) con un gran énfasis en el matrimonio como forma de lograr la "libertad" y la "felicidad" (tal y como manifiesta en la sesión 4ª). Se casa y se encuentra sin libertad y dependiendo de su familia de origen (le ayudan por la depresión), siendo criticada continuamente por su marido y por su familia política (sobre todo la suegra).

El contenido de su pensamiento es totalmente negativo, con fuerte auto-crítica (y también hacia los demás), avergonzándose, culpabilizándose, etc.

Señala desde el principio que los problemas surgen cuando su suegra le dice: "los hijos de mis hijas, sé quien es el padre, pero los hijos de mi hijo, quién lo sabe". Ella se defendió atacando verbalmente a su suegra, pero lo que más le dolió fue que su marido no la defendiera. A partir de ahí, empeoró la situación familiar y se "precipitó" el episodio depresivo. A continuación describiremos, brevemente, el contenido y su evolución a lo largo de los dos acontecimientos en el marco de la técnica de los *órdenes de abstracción* (véase, Anexo A).

El acontecimiento 1 (no resuelto) comienza manifestando sus sentimientos conflictivos hacia su casa que ella no entiende (*fase de exploración*) y que le dan una sensación de perplejidad al compararlos con los que experimenta en la casa a la que va a limpiar donde se encuentra a gusto. Se etiqueta como "una idiota" (véase Anexo 1, tarea de los órdenes de abstracción). Los sentimientos conflictivos van unidos a muchos pensamientos negativos en casa (nivel de las inferencias en los órdenes), sobre todo a su insistencia de que debe pasar de todo y verlo de otra manera. Pero no sabe cómo hacerlo. Manifiesta que está contenta de "pasar" un poco de su suegra. No sabe cómo concluir, sólo que debe pasar de todo y arreglar las cosas con el marido y eso beneficiaría la situación familiar.

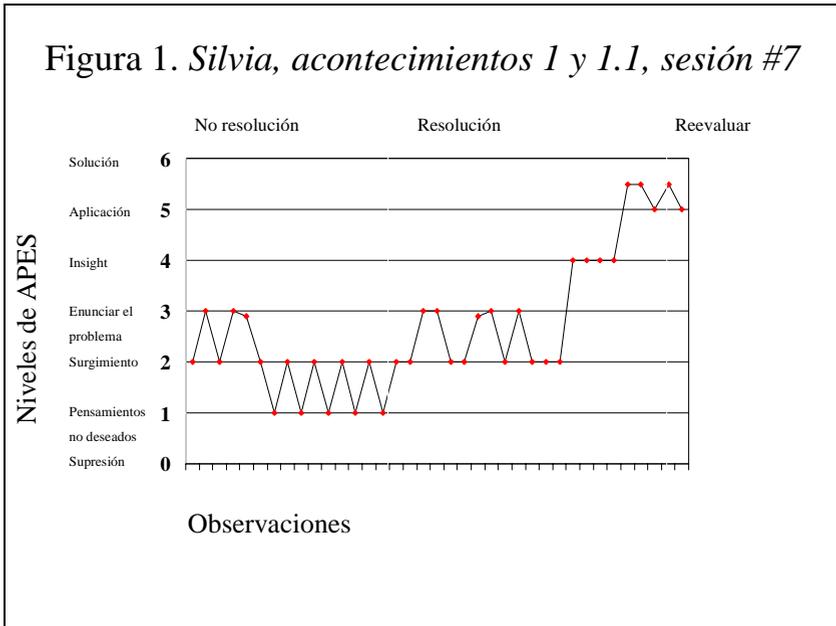
El acontecimiento 1.1 (resuelto) comienza, de nuevo, con la misma etiqueta negativa: Se considera una "idiota" por no saber hacer las cosas. Se modifica la etiqueta concretándola en forma de "no soporto estar con mi marido". Se sigue hablando de sus sentimientos en casa, que ella no entiende: no sabe por qué se siente así en su casa. Se alegra de que el marido vaya a casa, aunque lo culpabiliza de todo. Empieza poco a poco a manifestar sus deseos de estar con el marido, aunque no le apetece estar con él (nivel de inferencias, Anexo 1). Continúa ambivalencia en sus sentimientos hacia el marido. Llega a reconocer que su reacción ante el marido depende de sus ideas y llega un momento (nivel de inferencias en los órdenes) en el que *reconoce que identifica a la suegra con el marido*, es decir, que cada vez que ve a su marido ve a la suegra. A partir de ahí manifiesta sus sentimientos negativos hacia la suegra, dándose cuenta de que el problema lo tiene con ella, aunque ni

quiere resolverlo, ni quiere llevarse bien con ella. Y concluye que para resolver el problema debe dejar a su suegra fuera de casa. Acaba reconociendo que está contenta por darse cuenta de la asociación que hacía (suegra-marido) y de que eso influía en sus sentimientos hacia la casa.

En estos dos acontecimientos, el no resuelto y el resuelto se aprecia esa dependencia y ese énfasis en su vida matrimonial que nos aparece, aquí, en forma de las voces. La experiencia que tiene que asimilar: rechazo hacia el marido (y la suegra) en forma de rechazo hacia la casa. Entonces, esto sería la *voz no dominante*: No soporto, odio, a mi marido. En esta transcripción la voz no dominante aparece "tímidamente", en forma de sentimientos negativos hacia su casa. Mientras que la *voz dominante*, sería: La buena esposa ama al marido, está a gusto en casa: o yo tengo que estar a gusto en casa y con mi marido. Es decir, un buen matrimonio se quiere y se apoya.

En la Figura 1, nos aparece la secuencia de asimilación de Silvia. Como vemos la no resolución termina en un nivel de 1 (Pensamientos no deseados) y la resolución termina en 5.5. (Aplicación). La fase de reevaluación devuelve a Silvia a 5 (Aplicación).

Veamos, a continuación, ejemplos de algunos de los códigos APES en Silvia, y las operaciones encontradas siguiendo la metodología del análisis de tareas, dentro del marco teórico de la TLE. Comenzaremos por el principio del acontecimiento no resuelto. Los puntos suspensivos entre los párrafos, marcan interrupciones en la transcripción que, por motivos de espacio, no se puede ofrecer en su totalidad. El signo (+) entre una intervención de la terapeuta y otra de la paciente marca habla simultánea (Mergenthaler y Stinson, 1992). Los códigos se deben entender en el contexto de la transcripción, es decir, de los comentarios de la paciente y de los de la terapeuta, al igual que en las respuestas o seguimiento de Silvia a lo que la terapeuta le iba diciendo o intentaba hacerle ver.



Acontecimiento 1. No resuelto. Silvia. Sesión 7ª

T: Vamos a ver. Entonces, hummm..., vamos a pensar, vamos a relacionar esto con una situación muy, muy concreta, ¿mm? La situación concreta es: tú sales de la casa donde vas a..., a limpiar y sales feliz y contenta o canturreando...

P: Sí, yo es que allí estoy + de maravilla.

T: ...en la gloria.

P: ...de verdad, yo, mis "walk-", el "walkman", y yo ahí cantando, cosa que en casa no hago.

T: ¿Cómo es posible, eh...? Fíjate, eso es una cosa positiva: que tú estabas muy mal, muy mal, muy mal y, de golpe y porrazo, actúas como..., como una persona que, bueno, que le está haciendo cara a ciertas cosas, como es ganarse un..., un jornal. ¿O no?

P: Sí.

T: ¿Eso cómo lo valoras?

P: Sí, pero es lo único que valoro así en plan positivo...

T: Bueno, ya tienes una cosa que valorar.

P: Pero pienso que me debería sentir luego igual, cuando estoy en casa (Nivel de APES 2: Surgimiento. Operación lingüística: Intensionalización. Empieza a surgir la voz no dominante, pero a través de este "debería", de esta exigencia, de tipo intensional donde se aprecia claramente la

voz dominante que la lleva a valorar negativamente la situación analizada).

.....
T: ...¿qué más piensas?

P: Pues eso, que... cómo es posible que estando en casa, en casa de otra persona, que me encuentre bien y estando en mi propia casa, que es donde realmente debería sentirme bien y a gusto, estoy a disgusto. (Nivel de APES 3: *Enunciar el problema. Operación: Intensionalización*. Esto es un nivel 3, porque la paciente pone frente a frente ambas voces: no me encuentro bien en casa, pero reconozco que me debo sentir bien en ella)

.....
T: ¿Qué más ideas negativas te asaltan?

P: Pues, pensar que cuando venga mi marido tengo que estar poniendo buena cara cuando no me apetece (Nivel de APES 2.9: *casi un enunciado sobre el problema. Operación lingüística: Anticipación palabras-‘hechos’*).

Este código ejemplifica el por qué de los decimales. En este caso se le ha dado un 2.9, y no un 3 porque indica un “rechazo” hacia su marido (luego ha surgido en parte la voz no dominante) pero no se hace tan evidente, como en el caso anterior que le molesta ese rechazo hacia el marido lo que sería la voz dominante. No obstante, y en el contexto de una técnica cognitiva, y *ante la pregunta de la terapeuta*, este enunciado es algo más concreto, que un simple rechazo, es decir, Silvia ofrece un pensamiento negativo a partir del cual, en principio, se puede trabajar en terapia y se pueden derivar reflexiones importantes para la asimilación y resolución de la situación. Veremos, a continuación, que esto no fue así en el acontecimiento no resuelto ya que Silvia empezó a bloquearse y a evitar profundizar en ello.

.....
T: Bien. Entonces, ¿cuál sería la etiqueta, hummm...?, ¿cuál sería la etiqueta que se ajusta mejor a esa situación que tú estás comentando ahora, que es que vas camino de casa, te pasan una serie de ideas por la cabeza y te pones a llorar o tienes ganas de llorar?, ¿cuál sería la etiqueta que mejor se ajustaría?

P: Nada, que soy idiota (Operación: *Identificación*), que tendría que pasar de todo (Aquí tenemos dos niveles APES: 2 [“soy idiota”] y 1 [“debo pasar de...”]; operación: *intensionalización*) que se reproducen en el párrafo siguiente. La idea es que su voz dominante, su visión de ella misma en relación a su vida familiar la lleva a etiquetarse negativamente ante esa situación, mientras que esa pequeña vuelta atrás en los niveles de APES (del 2 al 1), ejemplifica un deseo de evitación, de no querer entrar a hablar o analizar ese problema. Esto se repite en el párrafo siguiente)

T: ¿Cómo?, ¿"soy idiota"?

P: Sí. (Nivel 2: Surgimiento. Operación: Identificación). Pienso que debería de pasar de todo... (Nivel de APES 1: Pensamientos no deseados. Operación: Intensionalización)

.....
T: ¿Qué deduces de todo ello?

P: (Silencio). No sé. (Nivel 2: Surgimiento. Operación: Dudas). (Silencio). Que es una tontería todo eso (Nivel de APES 1: Evitación. Operación: identificación).

Este patrón entre los niveles 2 y 1 de la APES es característico del acontecimiento no resuelto. Los "no sé" de Silvia (véase párrafos siguientes) representan que allí hay algún problema, sólo que esta vez en forma de "dificultad articulando" que es uno de los marcadores encontrados por el grupo de Stiles que señalan este nivel 2. En el contexto de esta discusión, "es una tontería todo eso", señala una clara evitación, mediante el marcador de "negatividad minimizada" que parece alejar a Silvia de hablar de la situación problemática: ni la voz dominante ni la voz no dominante serían evidentes en este párrafo, ni en los inmediatos.

.....
T: ¿Qué conclusión puedes sacar de todo ello?

P: Una conclusión negativa.

T: ¿Cuál?

P: (Silencio) No sé qué palabra te diría (APES 2: Surgimiento. Operación: Dudas)

.....
T: Di, más o menos, lo que piensas... ¿mm? A ver.

P: Pues, es que... (Silencio) Pasar de todo, o sea, no hacer caso de nada (Nivel 1: Pensamientos no deseados. Operación: Intensionalización). No sé cómo decírtelo (Nivel 2: Surgimiento. Operación: Dudas).

T: ¿"Debo pasar de todo"?

P: Sí, es que pienso que..., que debería de pasar de todo para, así, igual se me arreglarían las cosas. (APES 1: Pensamientos no deseados/evitación. Operación: Intensionalización. /NO RESOLUCIÓN).

La situación se considera no resuelta, desde el punto de vista lingüístico porque termina con una clara intensionalización y una valoración negativa. Desde el punto de vista de la APES, Silvia no ha logrado progresar más allá de los niveles 1 y 2 de la escala. Es decir, no se hace evidente el peso de la voz dominante (sus deseos relacionados con su vida familiar), ni siquiera la voz no dominante, esto es el malestar que tiene en relación a su marido. El trabajo, pues para asimilar supone que Silvia conecte sus sentimientos y creencias hacia su marido y su vida familiar con el malestar que le provoca entrar en su casa. Aunque este estudio no ofrece la evolución en la asimilación a lo largo de toda la terapia, sino en el paso de la no resolución a la resolución, nos puede llamar la atención, en este primer momento, que a pesar de saberse cuál era la situación o voz no dominante sobre la que se iba a hablar en

terapia, la situación no progrese más allá. Por una parte, creemos que esto ejemplifica esa tendencia que señala la APES, de que por regla general, antes de hablar clara y extensamente sobre una situación problemática, primero la evitamos (o nos hacemos duros frente a ella) y luego vamos dándonos cuenta de qué nos molesta y porqué, para poder después plantear cambios o comportamientos diferentes. Por otra parte, se ha llegado a alcanzar un nivel 3, para volver al 1. La explicación de estos retrocesos, en el contexto de una terapia cognitiva se encuentra en el apartado de la discusión.

.....
T: ¿Cómo lo valoras?
P: -3

Acontecimiento 1.1. Resuelto. Silvia. Sesión 7ª

El acontecimiento se inicia con *un nivel 2 (Surgimiento)*, es decir, la paciente confirma a la terapeuta la etiqueta de que “es idiota”, y se empieza a trabajar para que la paciente rompa la identificación básica, como ahora veremos.

.....
T: Vale. Fíjate, si tú partes de una etiqueta negativa..., recuerda, acuérdate de esto, vas haciendo la situación cada vez más grande, cada vez más negativa. ¿Vamos a intentar ponerle una etiqueta más ajustada a esa situación?, ¿la etiqueta que mejor describe esa situación? (Silencio) Vale, ¿cuál es la etiqueta que mejor describe la situación de que vas camino de casa, empiezas a pensar una serie de cosas, y te..., bueno, te echas a llorar? (Silencio) ¿Qué hay en tu casa?

P: Pues no sé, pero... (*Nivel 2: Surgimiento. Operación: dudas*)

T: ¿Qué hay en tu casa? Sí que lo sabes.

P: Yo creo que los mismos pensamientos, que pienso..., me pongo a pensar... (*Nivel 3: Enunciar el problema. Operación: Reconoce teorías*) No sé, es que..., es verdad es-es que mi casa es como si le hubiera tomado un odio tremendo de repente... (*Nivel 2: Surgimiento. Operación: Rechazo de situaciones*).

En el contexto del reconocimiento explícito de que llora cuando va hacia la casa el hecho de que Silvia reconozca lo importante que son los pensamientos que pasan por su cabeza nos hace codificar el primer párrafo como un 3 (se empiezan a hacer obvias las voces dominantes), de manera que se pasa de ese 2 (“no sé”) a algo más concreto en lo que trabajar. Es decir, tal y como se define el nivel 3, Silvia sabe lo que le pasa y por qué le pasa, aunque todavía no sabe cómo le influyen esos pensamientos, ni cuáles son en concreto, lo que a efectos de la APES sería un nivel 4 (comprensión/insight).

.....
T: ¿Qué pasa en tu casa? ¿Cómo etiquetas lo que pasa en tu casa? ¿Qué etiqueta le pones a eso?

P: No sé. (*Nivel 2: Surgimiento. Operación: Dudas.* Volvemos, como en buena parte de los dos acontecimientos a un nivel inferior de la APES, cuando la terapeuta intenta profundizar en aquello que la está molestando y que le lleva a no resolver una situación).

.....
T: ¿Vamos a desenredar la madeja esa?

P: Probemos.

.....
T: ¿Mm? + Es mucho sacar de la situación, es mucho sacar, pero... hummm... hay varias etiquetas que se pueden poner porque hay varios hechos ahí metidos. Es decir, tenemos que etiquetar los hechos y realmente hay varios hechos: por una parte es, "no me gusta estar en casa", sería una etiqueta, por ejemplo;...

P: Mm.

T: ...por otra parte sería: "no soporto estar con mi marido"; por otra parte sería: "mi marido es culpable de ...". ¿A cuál de todas estas etiquetas le das tú más importancia?

P: - - A la de...eso, no soporto estar con mi marido.

T: Vale.

P: Cuando en realidad, quiero estar con él, + o sea... (*Nivel 3: Enunciar el problema. Operación: Aceptación*). Aquí Silvia manifiesta sus dos voces, la no dominante, es decir, el no soportar estar con su marido, y la dominante "quiero estar con él". Quizás se podría plantear que en lugar de un 3, podría ser un 3.5, pero dado que es la terapeuta quien le ofrece varias alternativas para que Silvia elija, se ha optado por darle el código de 3 y no de alguno más cercano al 4).

T: Mmm-mm. +

P: ...o sea yo sí quiero estar con él, pero sin embargo..., no sé que me pasa (*volvemos a un nivel 2: Surgimiento. Operación: dudas*).

.....
La terapeuta le pregunta varias veces a Silvia, "qué ves", "qué hay en tu casa", a lo que ella responde constantemente, "no sé", hasta que en el siguiente párrafo se produce el *punteo de significado*

T: Vale, ¿Mm?, de acuerdo. Entonces según circunstancias tú, digamos, cambias un poco tu estado de ánimo.

P: Sí, según me encuentro yo misma viendo mis ideas, pero...

T: ¿Cual es el motivo, hummm...? ¿De qué condiciones depende esto que tú estás diciendo? ¿Por qué no soportas estar con tu marido?

P: No lo sé, es que eso es lo que yo no me aclaro.

T: Cuando estás con tu marido mal: ¿Qué estás viendo?

P: A mi suegra.

T: (Ríe) Pues ya está.

P: A mi suegra (Ríe). (*Este es un nivel 4: un insight. Operación: reconocer la identificación básica*).

Este reconocimiento de la identificación marido=suegra es un claro insight, Silvia "da un paso atrás" (uno de los marcadores descritos para el nivel 4), aunque partiendo de otro de sus temas básicos, la relación con su familia política. Sin embargo, este darse cuenta le ha llevado a ver (véase la conclusión y resolución/asimilación final al final del acontecimiento) la importancia de querer estar bien con su marido y cómo debe discriminar los sentimientos hacia él de los sentimientos hacia su suegra. Y mediante este insight entiende porqué se encuentra mal en casa y porqué se encuentra mal con el marido (la voz no dominante). También es importante su nivel afectivo: a este insight le acompaña la "risa" de la paciente lo que indica un importante cambio y un conocimiento diferente de la situación.

.....

T: ¿Entonces?

(Se sigue analizando esta identificación básica y sigue con varios niveles 4 de Insight, véase figura 1)

.....

T: ¿Es justo hacer eso?

P: No, + Por eso...

T: Poner la etiqueta +

P:por eso me siento mal yo a veces, por ..., porque no quisiera, o sea no quiero asociarlo, pero ya te digo depende del día a lo + mejor

T: Vale +

P: O que haya pasado alguna cosa o algo, entonces: el viene y yo ya lo asocio nada más..., yo ya te digo nada más oír la puerta, y eso que yo me alegro de decir: "está aquí mi marido"... (De nuevo un nivel 4: Reconocimiento/Insight. Operación: Reconocimiento de la identificación básica).

T: Entonces: ¿qué deduces de todo ello?

P: Pues que debería actuar de otra manera que no sé.

T: ¿Cómo deberías de actuar?

P: Pues tratando siempre de ver a mi marido no a mi suegra en mi marido. (Nivel 5.5: Aplicación/ elaboración. Esto es 5.5. porque ha resuelto aquí la identificación básica, ya está aplicando en cierto sentido, al decir lo que va a hacer. Este nivel se ve reforzado por nuestro conocimiento del caso, ya que en la sesión 8ª -acontecimientos 2 y 2.1, véase Caro, remitido para su publicación- comenta que lo ha hecho y se ha encontrado mejor. Operación: No identificación //RESOLUCIÓN).

.....

T: ¿Cómo la valoras?

P: Pues dejando a mi suegra fuera de mi casa, lo valoraría en un 5

T: ¿Más cinco o menos cinco?

P: No, no un 5, o sea positivo.

Como vemos en estos párrafos (que no describen la secuencia completa, pues se ofrecen sólo como ejemplo por motivos de espacio) nos

aparece algo importante: la relación de la orientación intensional con la no progresión hacia la asimilación o con niveles inferiores de la APES, y la resolución de la identificación básica: suegra=marido (*punte de significado*) con la progresión hacia niveles superiores. De manera, que el cambio lingüístico tal y como lo hemos descrito (Caro, 1996, 1997) se puede relacionar con un proceso complementario: el proceso hacia la asimilación.

Discusión

Silvia ha resuelto la situación problemática al reconocer los sentimientos hacia su marido, confundidos con los sentimientos hacia la suegra, y establecer una decisión, que luego llevó a cabo de discriminar y diferenciar entre ambos en su vida cotidiana, no sólo yendo camino de casa, sino en su casa. Del acontecimiento no resuelto con su orientación intensional hemos pasado a otra de tipo extensional (y su valoración correspondiente). De sus exigencias y "debos" de tipo intensional hemos llegado a una reflexión sobre la situación y a entender el papel que esa identificación marido=suegra estaba jugando en relación a sus sentimientos hacia su marido. A niveles de asimilación, hemos pasado de evitar hablar de ello y meterse en ello (por ejemplo, fueron muchas las veces que la terapeuta le preguntó, "qué hay en tu casa" y Silvia no dejaba de contestar, "no lo sé") a reconocer la influencia de sus pensamientos, concretarlos en relación a cómo sus sentimientos hacia su suegra le hacía modificar su relación hacia el marido e instaurar una pauta de acción fuera de la sesión. Respecto al concepto de asimilación, la voz no dominante deja de ser problemática, mientras que se minimiza el peso de la voz dominante, al darse cuenta de ella. Es decir, Silvia se da cuenta de que no quiere hacer esa asociación, de que para ella es importante llevarse bien con el marido, pero que esto no puede convertirse en una exigencia, sino que depende de ciertas condiciones. En lugar de aferrarse a la voz dominante, pasa a entenderla mucho mejor y cómo su particular visión de ella misma y de las circunstancias de su vida la llevaba a encontrarse mal. Al entender esta influencia de la voz dominante, la no dominante o experiencia problemática deja de ser tal o su peso pasa a ser mucho menor.

Por otro lado hay que hacer constar que, los estudios con la escala APES, al ser una metodología cualitativa, no comprueban el modelo, sino más bien son un encuentro del modelo con los datos.

Según Stiles, Meshot y cols. (1992, p. 82) los estudios cualitativos que se han hecho sobre la APES no exponen el modelo a una posible falsificación popperiana (Popper, 1934). Es más bien un encuentro del modelo con los datos. No suponen que el modelo (o cualquier modelo) se sustente o se niegue en base a tal encuentro, pero sí que esperan una comprensión mayor (y por tanto, cambios) del modelo, y que los

lectores de esos estudios logren una sensación de coherencia y de haber descubierto algo, en relación al fenómeno del cambio en psicoterapia. Antes de seguir describiendo qué hemos descubierto gracias al análisis con la APES, debemos insistir en que hemos utilizado la escala APES de forma diferente a como se ha hecho en todos los estudios sobre el modelo. Es decir, no se ha analizado un paciente completo, sus secuencias de asimilación de situaciones problemáticas a lo largo de todas las sesiones, sino sólo el paso de la no resolución a la resolución. De manera, que hemos empleado la APES de forma más microanalítica de lo que supone ella en sí. No obstante, las deducciones que podemos hacer de los resultados alcanzados, "justifican" haberlo hecho, y comprueban las posibilidades de aplicación de la APES. Lo que queríamos era explorar cambios concretos en sesión con la técnica de los órdenes de abstracción y la APES lo facilita al ser un modelo adecuado, integrador, y complementario, pues, al modelo lingüístico.

Con estos estudios con la APES estamos, fundamentalmente, complementando nuestros estudios anteriores con el análisis de tareas (Caro, 1992, 1996, 1997a, 1999) en donde se describía el cambio en términos puramente lingüísticos. Aquí el tipo de cambio tan preciso, el paso de la no resolución a la resolución se aborda desde una perspectiva más amplia: cognitivo-afectiva y conductual. Hemos visto cómo y a pesar de los "retrocesos" se necesita de una secuencia a seguir, que facilita el trabajo de procesar para asimilar: es imposible pasar de "darse cuenta de que uno tiene un problema" a "decidir actuar de forma diferente". Se necesita algo para poder negociar ese puente de significado. Indudablemente, el diálogo entre ambas voces es consecuencia del desarrollo de un nuevo esquema, de un nuevo puente de significado posibilitado por el desarrollo de una *orientación extensional*. El cambio lingüístico hacia una orientación extensional facilita el proceso de asimilar una experiencia problemática. La asimilación es, pues, el resultado, la conclusión, de un proceso de diálogo entre voces. Una voz es semejante a un pensamiento automático o en nuestro contexto lingüístico a un tipo específico de evaluación que puede ser una intensionalización, una identificación, una anticipación, etc. (Caro, 1999). El trabajo terapéutico con estas *voces-evaluaciones* supone traer a conciencia las voces dominantes y cómo éstas influyen en que nuestra experiencia sea problemática y que al no poderse lograr se hacen más fuertes, en forma de orientación intensional y que se van suavizando mediante el trabajo lingüístico hacia la extensionalización. Todo ello no deja de ser una hipótesis de trabajo, un punto de partida de otros estudios que en este momento se están realizando y que requieren, desde luego, muchos más datos, no sólo cualitativos, sino cuantitativos. Pero por lo que hemos visto en estos dos acontecimientos aquí presentados podemos asumir que:

1. Se hace clara, para luego minimizarse la importancia de la voz no dominante.

2. Se reconoce la voz dominante: en forma de exigencias, debes, etc., es decir, en forma de orientación intensional.

3. Se asume que la voz dominante no se puede llevar siempre a la práctica y que hay que entenderla para entender nuestras experiencias, ya que en nuestra vida surgen cosas nuevas que uno tiene que asimilar. Es decir, Silvia se dio cuenta de la importancia que para ella tenía llevarse bien con su marido, y de qué tipo de experiencias o situaciones estaban influyendo en que esto fuera complicado de conseguir. Asimila la experiencia de no encontrarse bien en su casa y sus sentimientos negativos hacia su marido, pero su sí mismo no cambia: es decir, para ella sigue siendo importante llevarse bien con él y cumplir, con su definición sobre su papel de esposa (en este sentido, en relación al origen social de sus teorías véase Caro, 2001b).

Que las voces dominantes nos causen problemas cuando las expresemos de forma intensional sugiere una modesta contribución, al menos desde el modelo de la terapia lingüística al modelo de APES, respecto a la posible descripción de cuál sería el *tipo de lenguaje* de las voces dominantes que incidiría en que estas nos "causaran" problemas. Como ya se ha dicho este extremo debe ser explorado en sucesivos estudios.

Finalmente, de los trabajos publicados por Stiles y su grupo dos son las cuestiones principales que aquí hemos comprobado (Caro, remitido para su publicación):

1. La secuencia de la APES no es tan progresiva como se pensó en un primer momento, ya que se presentan picos. Picos que nosotros explicamos, en el contexto de una terapia de tipo cognitivo como algo necesario, mediante la *hipótesis de la balanza*. Esto es, el paciente para poder cambiar o desarrollar una orientación extensional debe tener siempre presente, lo negativo, en forma de orientación intensional, por lo que es normal que se vuelva hacia atrás en determinados momentos. El hecho de que la TLE sea una terapia focalizada y estructurada ayuda, igualmente, a que se produzcan esos picos o aparentes "retrocesos", que en realidad no son tales. El proceso de Silvia (como el de cualquier otro paciente) es un proceso de ir construyendo desde la base un nuevo significado, de manera, que cualquier pequeño acercamiento a éste puede considerarse como un éxito o un progreso. Conocer la orientación intensional desde el comienzo del debate con un paciente contribuye a ese cambio de significado. Igualmente, cualquier paso de un nivel a otro por pequeño que sea se puede considerar como un cambio pequeño, pero importante.

2. Los pacientes pueden llegar a terapia con cualquier nivel de APES, aunque va a ser más probable que entren con una situación o situaciones pobremente asimiladas y según el tipo de terapia se alcanzarán distintos niveles de APES. Stiles y su grupo en diversos trabajos proponen que las terapias experienciales y psicodinámicas llegarían lo máximo hasta niveles de insight (Nivel 4 de la APES) y las terapias cog-

nitivas y conductuales llegarían, por su insistencia en tareas extra-sesión y en evaluar cambios directos, hasta niveles 6, al menos. Lógicamente, este extremo no puede ser comprobado mediante esta investigación ya que no se ha comparado la TLE con otras terapias, y además no se ha analizado todo el proceso de cambio de Silvia. La secuencia presentada por Silvia se asemeja a otras en un contexto de terapia cognitiva (por ejemplo, Osatuke y cols., 2003). Es decir, la TLE se comporta en este contexto como una terapia típicamente cognitiva.

En función de todo ello, el paso siguiente va a ser lógicamente el estudio intensivo de un caso clínico, completo, que nos permita entender la secuencia de asimilación en un contexto más amplio, viendo entre otras cosas la posible interacción entre los "temas" con los que acude un paciente a terapia, si esto influye en los "retrocesos", etc.

A pesar de haberse analizado sólo dos acontecimientos, creemos que el estudio de acontecimientos terapéuticos con el modelo de asimilación puede ser muy fructífero. Uno de los aspectos que conviene destacar es haberlo planteado de forma cualitativa. Los métodos cualitativos nunca han estado al margen de la psicología, pero parece que se están empezando a oír voces sobre su importancia actual (Camic, Rhodes y Yardley, 2003; Denzin y Lincoln, 1994) en el campo de la psicoterapia (Elliott, 1999; McLeod, 2001). Un método cualitativo de este tipo nos permite un estudio muy pormenorizado de un caso lo que dota de riqueza y significación a nuestras interpretaciones y complementa, o enriquece, adecuadamente, los estudios de tipo lingüístico que hasta la fecha habíamos dicho.

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. (1992): 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 Teórica.
- Caro, I. (1994): *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro, I. (1996): Il processo valutativo: La sua importanza per le prospettive cognitive. *Psicoterapia*, 6/7, 5-26.
- 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. (1999): *La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación*. Número monográfico. *Psicologemas*. Nº 25-26, 1-192.

- Caro, I. (2001a): The linguistic therapy of evaluation: A treatment plan for Silvia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 2, 165-186.
- Caro, I. (2002b): Psicoterapia e construção social do género. En M.M. Gonçalves y O.F. Gonçalves (comps.), *Psicoterapia, discurso e narrativa*. Coimbra: Quarteto.
- Caro, I. (remitido para su publicación): La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I).
- Denzin, N.K.-Lincoln, Y.S. (1994) (comps.): *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Elliott, R. (1985): Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307-322.
- Elliott, R. (1999): Editor's introduction to special issue on qualitative psychotherapy research: Definitions, themes and discoveries. *Psychotherapy Research*, 9, 3, 252-257.
- 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.
- 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.
- Kirk, J.-Miller, M.L. (1986): *Reliability and validity in qualitative research*. Sage: Beverly Hills.
- 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.
- 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.
- Lani, J.A. (2003): *List of assimilation markers*. 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.
- Lincoln, Y.S.-Guba, E. (1985): *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.

- McLeod, J. (2001): *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- Mergenthaler, E.-Stinson, C.H. (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 2, 125-142.
- 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*. 3ª edición. Vol. 1. Nueva York: Wiley.
- Popper, K. (1934): *The logic of scientific discovery*. Nueva York: Basic Books.
- 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.
- 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.-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-G. Dimaggio (comps.), *The dialogical self in psychotherapy*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- 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 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