

**LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS EN LA
TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN**
¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas?

Isabel Caro

Isabel Caro Gabalda 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.

La *investigación de procesos* acoge una serie de metodologías de investigación encaminadas a encontrar los elementos terapéuticos (del paciente, del terapeuta o de la interacción paciente-terapeuta) que nos permiten explicar el cambio terapéutico, con la vista puesta en descubrir cómo tiene lugar este cambio terapéutico. La meta, pues, de la investigación de procesos no está en descubrir la eficacia de un enfoque terapéutico (*metodología de resultados*), sino en explicar cómo y por qué dicho enfoque es eficaz (Caro y Safran, 1991; Greenberg, 1983; Greenberg y Pinsóf, 1986). La investigación de procesos y de resultado no son incompatibles. Lo adecuado es proceder a estudios de cambio, en donde se integre el estudio del resultado con el de procesos.

Partiendo de la diferenciación de Bruner (1986) podemos agrupar las diversas metodologías de estudio de los procesos en dos tipos: *paradigmático* y *narrativo* (Rennie y Toukmanian, 1992). El primero, que ha sido el más utilizado, seguiría una metodología lógico-científica, en la que se trabaja partiendo de hipótesis que se establecen sobre las causas de las relaciones entre fenómenos, y en donde la verificación de una de estas hipótesis se considera como base suficiente para establecer evidencia sobre la existencia de leyes generales. Implícito en todo ello se encuentra el supuesto de que existe un mundo que se puede estudiar de forma objetiva.

Por otro lado, el enfoque narrativo es inductivo, hermenéutico y cualitativo, asumiendo una orientación idealista y constructiva, en donde se

supone que la gente tiene determinadas intenciones al realizar sus acciones y que el conocimiento es una construcción.

En principio, se supone que utilizaremos una perspectiva paradigmática si queremos estudiar determinadas ejecuciones, sobre todo desde el punto de vista de un observador, y si queremos explicar procesos y estructuras cognitivas que funcionan y parecen estar fuera de la conciencia. Utilizaremos una perspectiva narrativa si queremos explicar el papel que juega una persona en el proceso terapéutico. Aunque difícil, es posible integrar ambos enfoques, pero es indudable que el estilo de nuestra investigación se va a decantar más hacia una u otra forma (Rennie y Toukmanian, 1992).

En este contexto de la investigación de procesos se encuadra la presente investigación, que busca describir el proceso del cambio en la terapia lingüística de evaluación (Caro, 1990, 1994) (TLE) siguiendo el modelo de asimilación. El modelo de asimilación se puede aplicar a cualquier enfoque terapéutico, ha sido desarrollado por Stiles y cols., (1990, 1991) y describe el proceso de cambio de los pacientes de manera cualitativa, por lo que el modelo estaría más cercano a la perspectiva narrativa que a la paradigmática (Osatuke y cols, 2004). ¿Qué plantea el modelo de asimilación? Es decir, por qué podemos estudiar con él el proceso de cambio en la TLE.

El modelo de asimilación es un modelo integrador, conciso e internamente consistente que se puede aplicar a distintos enfoques, ya que articula diferencias y semejanzas entre ellos en cuanto a los pasos necesarios para proceder a la asimilación de una experiencia problemática. Desde este punto de vista, se asume, en primer lugar, que nuestras experiencias son problemáticas si el sí mismo las mantiene al margen o las rechaza. Teóricamente, una experiencia es *problemática* porque nos desequilibra emocionalmente. Una *experiencia problemática* sería, pues, aquella percepción, intención, impulso, actitud, deseo, fantasía, o idea que causa malestar psicológico cuando aparece en la conciencia o se pone en acción (Stiles, y cols., 1990). Estas experiencias ocurren repetidamente como respuesta a una variedad de acontecimientos (interpersonales, normalmente), pero son incompatibles con las formas usuales de pensar y actuar del individuo y no se pueden representar de forma correcta en la conciencia. En su lugar, las experiencias problemáticas se niegan, se distorsionan o se representan de forma equivocada, produciendo sentimientos disfóricos o conducta desadaptativa (Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992).

Para asimilar una experiencia problemática, debemos pasar, en segundo lugar, por una serie de niveles o fases. En este sentido, el modelo de asimilación concreta esta secuencia de paso (generalizable a cualquier modelo terapéutico) en una escala de 8 niveles denominada por sus siglas en inglés como APES (*Assimilation of Problematic Experiences Scale*, Stiles, y cols., 1991). Los niveles serían: 0. Supresión/Diso-

ciación; 1. Pensamientos no deseados; 2. Surgimiento o conciencia imprecisa; 3. Enunciar el problema/ clarificación; 4. Comprensión/insight; 5. Aplicación/elaboración; 6. Solución del problema y 7. Dominio (véase cuadro 1, para una descripción más pormenorizada de ellos).

Cuadro 1
Niveles en el proceso de asimilación
(a partir de Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999)

NIVELES DE LA ESCALA APES
<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></p> <p>La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).</p>
<p>NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: <i>Control/evitación</i></p> <p>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.</p>
<p>NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:</p> <p>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.</p>
<p>NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:</p> <p><i>Ves lo que pasa y lo que lo impide</i></p> <p>El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar.</p> <p>El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema.</p> <p>El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico.</p>
<p>NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT:</p> <p>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". 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)</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.</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

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

La escala permite niveles intermedios como un intento de ofrecer una estimación más precisa del nivel APES en el que se encuentra el paciente. Así, un código de 2.5 indicaría que el paciente (en cuanto al párrafo codificado) se encuentra a medio camino entre Surgimiento (2) y Clarificación (3).

El modelo surgió, asociado al concepto de esquema, estando la teoría de Piaget (1962, 1970) en el origen del modelo. Un *esquema* es un patrón familiar de ideas, una forma de pensar en la que nuevas experiencias pueden asimilarse. Sin embargo, con el tiempo, el modelo se desarrolló mediante la metáfora de la voz, aunque no se substituyen uno al otro. Así, el modelo de asimilación en sus últimas reformulaciones, está cercano al trabajo de Hermans (Hermans, Kempen y van Loon, 1992; Hermans, 1996). Hermans y su grupo ampliaron la noción de voces para sugerir que el sí mismo es esencialmente de naturaleza dialogal, es decir, que las voces dentro del sí mismo se relacionan las unas con las otras a través del diálogo (Honos-Webb y Stiles, 1998). Las voces deben entenderse desde un punto de vista general (Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999). Son términos afines al de "*objetos*" en la teoría de las relaciones objetales o al de *top-dog*, *under-dog* en la gestalt, o al de *pensamientos automáticos* en las terapias cognitivas (Honos-Webb, Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko y cols., 1999; Stiles, 2001, 2002). En el contexto de la TLE, la terapia aquí estudiada, el concepto de voz sería una metáfora para definir las principales *evaluaciones* que presenta un paciente.

La reformulación en el concepto de voz o "múltiples voces" es importante, pues supone considerar la experiencia problemática como una voz activa y no pasiva y al self como una comunidad de voces (Stiles, 1999)

Desde esta reformulación del modelo, se considera que las experiencias son problemáticas porque tenemos creencias, voces opuestas que las hacen problemáticas. Cualquier experiencia que tengamos será sólo una experiencia no experimentada como problemática, si no surge una voz interna que la contradiga y la haga problemática. Por ejemplo, una persona puede experimentar cólera en respuesta a una interacción personal y considerarla como apropiada. Si hay una voz que le "dice" que no es correcto manifestar cólera, por ejemplo, frente a un padre,

cuando lo haga, tendrá dificultades en asimilar esa experiencia. En este sentido, la voz no dominante (o experiencia problemática) causa la aparición de una voz específica que se opone a ella (voz dominante).

Originalmente, *asimilación* se refiere a que cuando aparece una experiencia nueva un “esquema” la acoge —la integra, la explica, y la incorpora en un sistema de asociaciones. Desde el punto de vista de la reformulación de 1998 de Honos-Webb y Stiles, la asimilación representa la aparición y aceptación de una nueva voz en la comunidad de voces que es el *self*. La APES (véase, cuadro 1) presenta una secuencia sobre la relación cambiante de dos voces —la dominante que representa a la comunidad de voces y la no dominante. Ambas deben cambiar en el proceso de construir un *punto de significado*, es decir, una comprensión entre ambas.

Los principales resultados encontrados en psicoterapia, siguiendo el modelo de asimilación y la escala APES se han obtenido con una metodología cualitativa (aunque la escala también permite estudios cuantitativos, Field, y cols., 1994), y con un gran número de estudios de casos que permiten avalar el modelo (Stiles, 2004). En el momento actual podemos afirmar que (Caro, 2006a,b; Detert y cols., 2006; Osatuke y cols., 2005; Stiles, 2002; Stiles y cols., 1990, 1991):

1. La asimilación de experiencias problemáticas está positivamente relacionada con el cambio terapéutico, mientras que la no asimilación de experiencias problemáticas se asocia con la ausencia de cambio o con un escaso cambio clínico.

2. La secuencia de asimilación que inicialmente se asumió que iba a ser regular, se ha visto que no es tan regular, sino que presenta picos marcados, sobre todo en el contexto de las terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales. Siendo, pues, el proceso de asimilación en las terapias humanistas y experienciales más secuencial, con picos menores, es decir, con menos saltos o retrocesos entre niveles. De estos retrocesos se han ofrecido diversas explicaciones. No obstante, lo que se asume en la actualidad (Stiles, 2005) es que se debería intentar combinar las diversas explicaciones dadas ajustándolas al caso individual. A pesar de esta premisa, nos gustaría resaltar dos explicaciones. La primera proviene del grupo de Stiles que defiende la hipótesis de la *zona del desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001), mientras que nosotros hemos aportado como posible explicación la hipótesis de la *metáfora de la balanza* (Caro, 2003a,b).

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

cas. Aunque esta no es una distinción absoluta. Consecuentemente, la fuente o el contenido de los esquemas elaborados va a ser diferente en función del tipo de terapia. Así, por ejemplo, las terapias cognitivas se focalizan en identificar pensamientos auto-devaluadores, irracionales y las actitudes disfuncionales que subyacen. Se aplican etiquetas teóricas (por ejemplo, distorsiones cognitivas) a estos patrones de pensamiento y se prescriben ejercicios para corregirlos.

4. Finalmente, los pacientes pueden estar en terapia, o introducir un tema partiendo inicialmente de cualquier nivel en las fases de APES, aunque obviamente sería difícil encontrar niveles del 6 o 7 (véase cuadro 1) al comienzo del tratamiento.

La meta de este trabajo estriba en continuar con trabajos anteriores en el contexto de la terapia lingüística de evaluación y del modelo de asimilación. Fundamentalmente, hemos encontrado lo siguiente:

1. Podemos relacionar cambio terapéutico con asimilación tanto en relación con micro-procesos de cambio (análisis de la resolución de acontecimientos terapéuticos, Caro, 2003a,b), como en el estudio de procesos completos de una paciente (Caro, 2006a; en prensa).

2. Podemos relacionar ausencia de cambio terapéutico con la no asimilación tanto en relación con micro-procesos de cambio (análisis de la no resolución de acontecimientos terapéuticos, Caro, 2003a,b), como en el estudio de un proceso completo de una paciente (Caro, 2006b).

3. La secuencia de asimilación presenta un patrón claramente dentado e irregular, sobre todo en el caso del análisis del proceso de asimilación de pacientes con éxito terapéutico.

En ese sentido los objetivos de este trabajo serían los siguientes:

1. Describir el proceso de asimilación en un contexto de éxito terapéutico en una terapia de tipo cognitivo como la TLE.

2. Comprobar si el patrón irregular encontrado en terapia cognitiva nos aparece en la descripción del proceso de cambio en una experiencia problemática de una paciente tratada con la TLE.

Método

Descripción de la terapia

La terapia lingüística de evaluación (TLE) es un tipo de terapia cognitiva, breve, basada sobre la teoría de la semántica general (Johnson, 1946; Korzybski, 1921, 1933, 1950), cuya meta principal estriba en enseñar a los pacientes un procedimiento para modificar sus evaluaciones, mediante un cambio en el uso del lenguaje a la hora de referirse a los hechos. El procedimiento está estructurado y ha demostrado su eficacia para el tratamiento de problemas de ansiedad y depresión, ante todo (Caro, 1992, 1997). Sus técnicas principales serían: el trabajo con las evaluaciones, el debate semántico general, los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales (Caro, 1994).

Podemos relacionar nuestras principales evaluaciones con dos orientaciones básicas hacia el lenguaje (Caro, 1999) que explicaremos, a continuación, de forma resumida. Una *orientación intensional* estaría relacionada con problemas de tipo psicológico, a través de evaluaciones que reflejan una identificación palabras-‘hechos’, anticipaciones palabras-‘hechos’, o evaluaciones con un lenguaje absolutista, rígido. La meta de la terapia estriba en que el paciente desarrolle una *orientación de tipo extensional*, que se caracteriza por hacer evaluaciones flexibles, condicionales, con matices (extensionalizaciones), por no identificar, ni hacer anticipaciones lenguaje-‘hechos’.

Descripción de la paciente

La paciente, a la que llamaremos María, tenía 54 años en el momento de acudir a tratamiento, y forma parte de la muestra utilizada para demostrar la eficacia de la TLE. Este caso fue seleccionado por diversos motivos: 1) Es un caso con claros resultados positivos en su comparación pre-test-post-test (véase tabla 1); 2) Es un caso en donde se aplicó y se siguió de forma ortodoxa el procedimiento de la TLE, siendo María una de las pacientes que más ha contribuido al desarrollo y fundamentación de la TLE; y finalmente, y no por ello menos importante, 3) se disponía, prácticamente, de la transcripción de la mayoría de sus sesiones.

María fue tratada durante 14 sesiones (más una primera entrevista), a lo largo de 4 meses, que fueron analizadas en su totalidad según el procedimiento que reseñaremos a continuación. La paciente dio su consentimiento para que las sesiones fueran grabadas y analizadas por el grupo de investigación. Aún así el nombre es un seudónimo.

Tabla 1

Puntuaciones en el pretest, posttest y seguimiento (un año tras el alta)

Pruebas	Pretest	Posttest	Seguimiento
HAD-A	10	4	0
HAD-D	3	1	1
BDI	20	2	3
STAI-E	36	10	10
STAI-R	42	14	10

HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión; BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger y cols.

El diagnóstico que recibió fue el de *trastorno de ansiedad generalizada*, puesto que María presentaba fundamentalmente: 1) ansiedad y preocupación por su rendimiento y por sus síntomas físicos; 2) dificultades para controlar esa preocupación y esas rumiaciones sobre su rendimiento y sus síntomas físicos; 3) su ansiedad y preocupación le "causaban" un malestar clínico significativo, así como deterioros ocupacionales; 4) además, presentaba síntomas tales como fatiga, tensión muscular, trastornos del sueño, etc. En la Tabla 1 tenemos las puntuaciones obtenidas con diversos instrumentos, en el pretest, el postest y en el seguimiento, donde se aprecia el nivel de cambio logrado por María. Describiremos a continuación, brevemente, el estado físico y psicológico de María para dar contexto a sus voces principales.

En la primera entrevista María nos hizo una descripción exhaustiva de sus problemas que le habían aparecido 7 años antes de acudir a tratamiento psicológico. Sus principales quejas se referían al ámbito físico: mareo, sensación de inestabilidad, dolores de cabeza y cuello, palpitaciones, cansancio generalizado. Relacionado con ello presentaba síntomas comportamentales tales como: incapacidad para trabajar (de hecho estaba de baja laboral) y para realizar las tareas de casa. Esto le suponía evaluarse como siendo una *carga* para su familia, y evaluar diversas situaciones con anticipaciones constantes de tipo negativo: "si salgo a la calle me marearé", etc.

Ninguno de los tratamientos médicos que ha recibido (y que continuará recibiendo mientras dura el tratamiento) le han resuelto sus problemas físicos. Es decir, nadie ha logrado explicar, salvo un problema de Menière, el por qué de sus mareos.

El comienzo de sus problemas se relaciona con una situación económica familiar muy difícil que llevó a todos los de su casa a ponerse a trabajar para poder seguir adelante, compaginando, por ejemplo, sus hijas sus estudios con un trabajo remunerado, lo cual hizo que María se sintiera culpable. María relató en la primera entrevista que aunque por esa época tenían muchos problemas, la familia estaba muy unida, e incluso estaban satisfechos y orgullosos de ser capaces de seguir adelante. Relata que esa situación fue bastante semejante a otra que experimentó durante su infancia y de la cual pudieron salir satisfactoriamente ("más unidos que antes"). Para ella era inexplicable que los primeros síntomas físicos, mareo, etc., aparecieran cuando todo era "normal" y estaba "bajo control". Al comienzo, los síntomas físicos eran muy fuertes pero solían ser intermitentes, durando entre unas semanas o unos meses. A pesar de ellos, María siguió trabajando y fue tratada con ansiolíticos que le facilitaron recuperar un estado más o menos normal. Sin embargo, sus síntomas se fueron haciendo cada vez más frecuentes, mientras que el tratamiento farmacológico iba dejando de ser eficaz. En el momento de la primera entrevista estaba de baja laboral provisional por dos años. Entre los trabajos que había realizado se encontraban: de-

pendienta, empleada en un almacén de frutas y como camarera en un hotel.

María se describía a sí misma como una mujer muy activa y "capaz de hacer frente a todo" y daba ejemplos de su orientación "activa" de afrontamiento de problemas. Como dijo en la primera entrevista cuando había tenido algún problema sabía lo que hacer y a quién acudir para superarlo. Además, le gustaba "ayudar y hacer felices a los demás" por lo que era una persona muy querida y respetada por todos los que la conocían.

Lo que parece evidente a lo largo de todas las sesiones es que su estado físico era el problema principal. En principio, por los mareos y por su cansancio estaba de baja, sintiéndose una carga para la familia y que no cumplía con sus expectativas sobre "controlar y superar las cosas a medida que estas van llegando", tal y como ella asumía.

Estos problemas aparecen repetidamente en terapia y ella lo achaca a la educación que ha recibido, reconociendo en ella misma a su propia madre. Pertenecía a una familia de un buen nivel económico, que de repente pasaron a tener problemas económicos. Pero María relata este suceso y sus consecuencias, como siendo el origen de una mayor unidad entre todos los miembros de la familia. De manera, que a lo largo de toda su vida, ella ha ido superando siempre los problemas a medida que estos se iban produciendo. La situación actual de estancamiento, y de baja laboral chocaba frontalmente con su visión de ella misma.

Procedimiento de preparación de los datos para el análisis de APES

Los datos se prepararon conforme a las normas y recomendaciones que sigue el grupo de Stiles y que han sido publicadas en diversos trabajos (Stiles, et. al, 1990; Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992; Honos-Webb, Surko y Stiles, 1998; Honos-Webb, et al., 1999; Knobloch, Endres, Stiles y Silberschatz, 2001; Lani et al., 2002). Aunque los datos cualitativos dependen en mucho del contexto y del conocimiento del caso, es factible buscar un acuerdo entre jueces. En este sentido, se entrenó a 6 jueces ¹ (cuatro estudiantes de doctorado y dos estudiantes de 41 de Psicología) en el empleo de la escala APES.

El entrenamiento a los jueces consistió en lo siguiente:

1. Lecturas sobre el modelo APES y la terapia lingüística de evaluación (N=10). Sesiones en grupo de discusión y dudas.
2. Práctica de codificación, siguiendo un resumen de los manuales APES, con acontecimientos terapéuticos (N=6) de otros pacientes trata-

¹La autora quiere agradecer a Margarita Grau, Virtudes Hernández, Clara Madrid, Violeta Martí, Concepción Morata, y Leticia Morales su participación como jueces.

dos con la TLE y sobre los cuales se disponía de acuerdo entre jueces (Caro, 2003 a,b).

3. Discusión y resolución de dudas sobre la Escala y el uso del manual.

4. El entrenamiento duró un mes y medio, y los jueces dispusieron de dos meses para realizar la codificación en el tema que les había correspondido por sorteo.

El resultado de seguir este procedimiento fue el siguiente (véase tabla 2):

1. *Experiencias problemáticas e insights*: se encontraron tres experiencias problemáticas sobre las que se habló a lo largo de las 14 sesiones analizadas y que se debatieron con las técnicas de la TLE: el debate semántico general, los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales (Caro, 1994). Sobre estas tres experiencias se encontraron *insights* que aseguraron que se estaban analizando problemas y momentos terapéuticos sobre los que se había producido algún cambio, es decir se habían asimilado. Las tres experiencias problemáticas fueron:

1. Sensación de *mareo*: mareo, inestabilidad, sensaciones en los oídos, vértigo, etc.

2. Sensación de *agotamiento*: cansancio físico continuo.

3. *Incapacidad* para hacer cosas: trabajar, aportar dinero a casa, cuidar de su familia según sus estándares, etc.

2. En la Tabla 2 tenemos una descripción del número de *párrafos analizados* siguiendo el catálogo que se realizó siguiendo las normas del grupo de Stiles y el grado de acuerdo entre los jueces.

Tabla 2

Número total de códigos analizados, códigos modificados sobre la codificación de la investigadora principal, acuerdos iniciales, desacuerdos, y porcentaje de "acuerdo total"

MAREO	AGOTAMIENTO	HACER COSAS
N= 216	N= 164	N= 168
Modificados 20.38%	Modificados 20.12%	Modificados 27.98%
Acuerdo 54.85%	Acuerdo 59.15%	Acuerdo 43.45%
Desacuerdo 24.76%	Desacuerdo 20.73%	Desacuerdo 28.57%
"Acuerdo total": 71.75%	"Acuerdo total": 79.27	"Acuerdo total": 71.43%

Resultados

Dado el espacio disponible presentaremos exclusivamente el proceso de asimilación en uno de los temas analizados de María, la experiencia problemática de *incapacidad para hacer cosas*. Las otras experiencias ya han sido publicadas (Caro, 2006a) o están en prensa (Caro, en prensa). Creemos que presentar de forma aislada un proceso de asimilación, y no los tres, facilita su comprensión y discusión y sobre todo, nos permite acceder a las metas de este trabajo anteriormente expuestas. Describir el proceso de cambio en los tres temas analizados supondría un tipo de estudio radicalmente distinto, con objetivos y planteamientos diferentes. No obstante, sí que nos gustaría comentar antes de pasar a exponer el proceso de asimilación de la experiencia de incapacidad para hacer cosas que se encontraron resultados semejantes en las otras dos experiencias problemáticas: mareo (Caro, 2006a) y cansancio (Caro, en prensa).

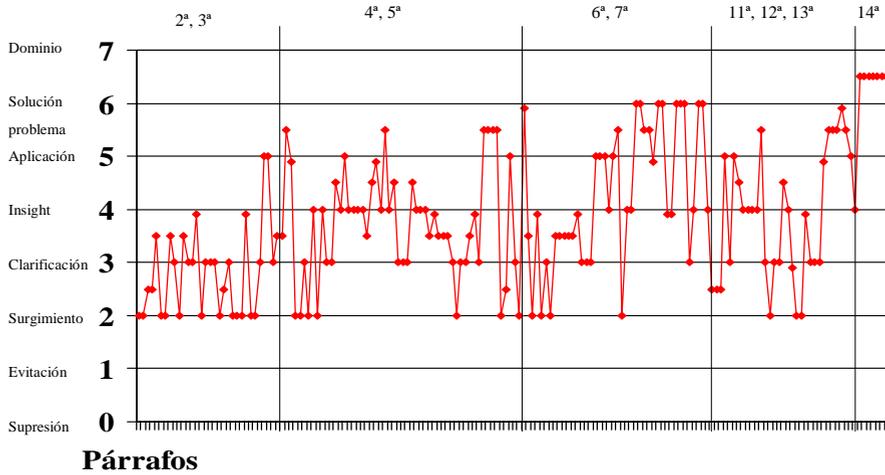
Recordemos sus *voces dominantes* serían “yo controlo, domino, me doy a los demás, hago cosas y soluciono los problemas a medida que estos llegan”. Mientras que las *voces no dominantes* serían: “no puedo hacer lo que quiero, sensación de ser una carga para los demás y de fallar”.

En la Figura 1 tenemos el proceso de asimilación del tema de “*incapacidad para hacer cosas*”. Como vemos el proceso no sigue una secuencia regular. No obstante, sí que podemos asumir que los niveles de asimilación cambian en función de las sesiones de las que se trate. Como podemos apreciar en la Figura 1, la TLE se comporta como una terapia típicamente cognitiva. Es decir, se centra en niveles bajos e intermedios de la APES y llega hasta niveles finales del proceso de asimilación según la APES. No se obtiene ningún nivel de 0 (supresión/disociación). Además, se producen frecuentes oscilaciones, no sólo entre sesiones, sino dentro de una misma sesión.

Para ejemplificar los códigos, el proceso de asimilación y el cambio final, presentaremos, a continuación, momentos terapéuticos² que representan el nivel de asimilación con el que María comienza a debatir el tema de “Incapacidad para hacer cosas”, algunos de los insights principales conducentes a la asimilación (y necesarios para la discusión de nuestros datos), así como el cambio, la asimilación, que se produjo en relación a este tema. Además, los códigos ofrecidos suponen un acuerdo entre la investigadora principal y los jueces.

² Normas de transcripción basadas parcialmente en Mergenthaler y Stinson (1992). Párrafos entre dos signos (+) marcan que paciente y terapeuta hablan a la vez. Los puntos suspensivos denotan párrafos eliminados por no formar parte de la codificación o por motivos de espacio. Los paréntesis denotan los pasajes y párrafos que reciben un código.

Figura 1. Proceso de asimilación de la experiencia problemática de incapacidad para hacer cosas



ellas tenerla aquí estudiando o preparando oposiciones o lo que fuera, **3.5: Clarificación]** [pues, no puedo, **2: Surgimiento]**

T: Mmm.

María manifiesta en esta sesión, su sensación de malestar y de rechazo de la voz no dominante, por no lograr lo que sus voces dominantes le dicen: "Darse a los demás, hacer cosas por ellos, cuidar de su familia", etc. Lo que corresponde a niveles 2 (Surgimiento) de la escala APES. No obstante, ofrece una obvia Clarificación (en forma de 3.5) cuando manifiesta claramente por qué es eso un problema: por no ser ella la que acude a trabajar y puede aportar dinero a casa, aunque luego, vuelve a niveles de 2 (Surgimiento) cuando manifiesta su desesperanza por no poder hacerlo.

Sesión #4

[P: Sí, que...sí que he escrito una que es la...esta semana con tantos viajes y tanta cosa, verdaderamente me supone un gasto enorme el viajar tanto...

T: Mmm,mmm.

P:...y sí que estaba un poco, no deprimida, pero sí preocupada porque dije: "¡Dios mío!, estoy de baja...".

T: Mmm,mmm.

P: Pero desde el mes de agosto, a mí no me han pagado un céntimo aún, y verdaderamente lo único que hago es gastar de casa y pienso: "soy una carga", pero ésta, verdaderamente casi enseguida dije: "bueno, ya no tengo más remedio que ir al médico, lo tengo que hacer, y lo tengo...", lo que quiero es ponerme buena, lo tengo que hacer, pero lo he escrito porque digo, porque es que sino luego aquí, no me acuerdo de de...

T: Mmm, mmm.

P: ...o sea, he reaccionado bastante rápido, **5.5.: Aplicación]** y sin embargo lo he hecho, la reflexión la he puesto ahí porque, eso, porque sí que pienso "que vienes a Valencia, el viaje son 500 pero es que se te van dos mil pesetas, no sabes cómo ni por qué. Gastándote nada ni nada, te supone cada viaje que vienes...entonces no entras nada a casa, una porque no puedes trabajar y otra lo poquito de paga que te tienen que dar...

T: Y que además no te pagan el mes de agosto...

[P: No te pagan, o sea, no percibes de ningún sitio, y entonces estás pensando: "pues menuda carga" y lo piensas y verdaderamente eres una carga, pero...también piensas que no tengo más remedio. **4.9. In-sight]**

.....
[T: ¿Qué significa ser una carga?

P: Ya, si yo soy la que me hago ese complejo porque verdaderamente, porque luego lo analizas y piensas no soy ninguna carga, porque eso, porque a nadie, supone, además, pensar que yo soy una carga.

T: Es que la mayoría de las veces nuestras etiquetas son definiciones falsas y lo que nosotros estamos haciendo es definiendo algo que no existe, y de acuerdo, es que puede ser una etiqueta válida, es decir, que Ud. se puede etiquetar como una carga, pero puede ser que no sea válido...

P: Es más un complejo que una realidad, es un complejo que tengo yo, más que una realidad, **4.5: Insight**].

[T: Pero volvamos al tema de la carga, es decir, esa etiqueta tan fuerte, no tiene un hecho que, que se...

P: No, no, hay que buscarlo.

T: ...es que hay que buscarlo.

P: Sí, sí, por eso digo que lo buscas y no...

T: Claro, porque es...

P: ...y no lo tengo. **4.9: Insight**]

T: Hay que ir a medida que Ud. va entendiendo la tarea, vamos a ir profundizando en cuestiones, mmm,mmm, quizá mucho más delicadas, en cuanto que las tiene más elaboradas, las tiene más...

[P: He llegado a la conclusión de que es una, es una cosa que me cargo yo misma...

T: Mmm,mmm, claro.

P: O sea, lo de la carga, que sí, que no es cierto, que no es cierto, que no...pero claro hay momentos en que sí que lo piensas. **4: Insight**.]

T: Mmm,mmm.

[P: Ahora, si me dijese: "¿por qué te sientes una carga?". Cuando yo pienso que me creo una carga al momento pienso pues, pues no.

T: Claro, es que las palabras que Ud. se tiene que decir tienen que tener hechos que la apoyen, entonces por eso le estoy diciendo yo...

P: Lo de la carga. **5.5: Aplicación**]

Esta sesión #4 fue importante, pues María se dio cuenta de que no tenía motivos para considerarse una carga para su familia, por no poder hacer todo lo que quería, aunque hubo importantes fluctuaciones entre niveles de APES que no podemos ofrecer por motivos de espacio. Pero lo principal es que María demuestra en esta sesión y hace referencias explícitas a cosas que hizo o se dijo para modificar esa etiqueta negativa de "ser una carga" (la voz dominante en forma de la dominante), lo que corresponde a esos niveles de 5.5. (Aplicación). En sus Insights (niveles de 4) María se dio cuenta de que no tenía motivos para considerarse como tal carga. Es decir, desaparece su visión negativa de ella misma, dictada por sus exigencias propias de las voces dominantes, y en lugar de considerarse como una carga o de pensar que fallaba, deja de hacerlo, asimilando esa experiencia, como luego veremos en forma de una modificación sustancial de cómo sus voces dominantes "interpretaban"

sus experiencias problemáticas (voces no dominantes). En la sesión #5 María vuelve sobre el tema y comenta que ya no ha vuelto a pensar sobre ello.

Sesión #7

Los siguientes párrafos, de la sesión #7, muestran cómo María ha ido disminuyendo el peso de la voz dominante, en forma de sus exigencias para hacer cosas, y como acepta que no puede hacer todas las cosas que quiere y es capaz de saber vivir sin hacer tanto. Se da cuenta de que hace muchas cosas (y esos párrafos reciben el código de 3) y da ejemplos de que va descansando cada vez más cuando sus fuerzas se lo exigen (esos párrafos reciben el código APES de 5). Podemos asumir que las risas en el último párrafo muestran el distanciamiento ante todo ello.

[T: ¿Ud. considera que no ha hecho un exceso de trabajo?

P: A veces sí, pero yo hacía mucho más antes. **3: Clarificación]**

[T: Ya, vale, olvídense de lo que hacía antes. Durante el día, habitualmente, ¿se sobrecarga mucho de trabajo?

P: Todo lo que puedo. **3: Clarificación]**

T: (Risas). Todo lo que puede, vale, eso es una tendencia muy habitual en las amas de casa. Entonces...

[P: Sí, estamos mentalizadas así y eso...

T: Sí, y en su caso además es un esfuerzo.

P: ...son las 24 horas del día estar pendiente de la casa, si estas acostada, si tienes algún problema ya no duermes, ya piensas en el problema y ...hasta que lo soluciones o hasta que te levantas y lo haces, cosas así. **3: Clarificación]**

[T: ¿No cree Ud. que debería aplicar lo que ha aprendido aquí?

P: Sí empiezo, hago menos. (Ríe).

T: A ver, a ver, cuénteme como le funciona eso.

P: No sé, sí, pues me tomo más tiempo libre, o sea, o si no me apetece estar, hacer punto o lo que sea y me apetece ver la tele, la veo, **5: Aplicación]** [y pienso: "tengo...

T: Mmm,mmm.

P: ..también tengo derecho y ya está". **5: Aplicación]**

[T: Y no, ¿no le remuerde la conciencia?.

P: Sí, un poquito, (risas), pero menos que si que...**5: Aplicación]**

T: Vale, vale.

Hacia el final de la sesión #7, María sigue dando ejemplos (al revisar su tarea) de cómo ha ido superando situaciones problemáticas, en concreto una en la que se olvidó de despertar a su hija y logró no pensar en que había "fallado", y en su lugar aceptó esa situación. Los siguientes párrafos se ofrecen como ejemplo de cómo era capaz de asimilar situa-

ciones en las que no hacía lo que se suponía que tenía que hacer y que en el pasado le hubieran causado problemas.

[P: Pero yo misma llegué a la conclusión y dije: "¡qué caray!, yo también tengo derecho a fallar".

T: Sí, sí, sí, la conclu...

P: Sí, he fallado, he fallado..

T: Por eso le digo que es paradójico...

P: He fallado, he fallado...

T: ...que la conclusión es perfecta.

P: ...y ya está y no pasa nada, he fallado. **6: Aplicación]**

T: Mmm,mmm.

P: Le dije: "va rápido, mientras te preparas...", le preparé el café con leche y tal, y salieron rápido, se retrasaron diez minutos si quieres, por no haber llegado a tiempo a despertarla pero...[y yo luego me quedaba y decía: "bueno, pues es que soy"...no me quedé ni con remordimiento ni con nada..."

T: Mmm,mmm.

P: Y me reía yo de mí misma de pensar "ves, ya me estoy haciendo egoísta". **6: Aplicación]** [Y ahora pienso que tampoco tengo que por qué...¡qué caray!.

T: Claro.

P: Pero hay veces que sí, hay veces que lo piensas y dices: "oye, también tengo derecho a que falle", pues fallo y no pasa nada. **6: Aplicación]**.

Sesión #12

[T: Usted puede... Tiene dos opciones: o seguir..., bueno, aceptando que no tiene remedio y que tiene que hacerlo todo y que tiene que hacer muchas más cosas de las que su..., su... estado físico le pueda permitir..., o..., y entonces, bueno, no preocuparse porque le fallen las fuerzas... es decir, me fallan las fuerzas pero seguir haciendo esto", o simplemente intentar pues..., no sé, compaginar un poco el descanso con... intentar no hacer tanto...

P: Sí que lo hago, ¿eh?, ahora sí que + lo hago, cuando no puedo. **4.9: Insight]**

T: Sí, porque... +, en las actividades usted ha comentado que se levanta a hacerle el [desayuno a su marido o su hija...

P: + Mmm – mm

T: ... a su hija +, y vuelve a... a meterse en la cama, y eso...+ usted ya lo lleva haciendo hace...

P: Ahora lo hago, ahora lo hago. + Anteayer, me levantaba a las 10, como no dormí...

T: + ¿Lo intentó?

P: ... o sea, intenté + dormirme, desde luego, no..., apagué la radio y todo, que siempre tengo música y eso, y dije: "voy a intentar dormir", porque me encontraba agotada, agotada, + agotada **5.5: Aplicación**

T: y...+, cuando se levantó de dormir, ¿cómo se encontraba?

P: ¡Mal!, me dolía la cabeza.

T: (Ríe)

P: Bueno, (ríe) va a ser que no sé dormir tantas horas, tenía un dolor de cabeza enorme, pero se me pasó sin tomar nada, ¿eh?, fue nada más el momento de levantarme.

[T: ¿Y no..., no se sintió a disgusto por no haber estado...

P: No,...

T: ...ya haciendo cosas y eso? Bien, de acuerdo.

P: ...nada. (///) **5.5.: Aplicación**

[T: Bien. De todas formas, intente un poco... vivir como... una "semi-reina".

P: Yo lo intento, hago menos que hacía, y me veo con menos remordimientos. Me acuerdo de los remordimientos que tenía cuando no iba a trabajar, y no dormir..., y ahora ya no lo pienso tanto. **5.5.: Aplicación**

[Y, y... (/ /), ya casi lo tengo asimilado, no sé si voy a poder, ya, hacer las dos cosas, manten-, llevar la casa y llevar... Eso lo tengo ya..., convencido... **5.9: Aplicación**].

En la sesión #12, María sigue progresando en su afianzamiento de la asimilación de no poder hacer todas las cosas que ella quería, tal y como le dictaban sus voces dominantes, asumiendo que las cosas no le van a salir como ella quiere y aceptando que debe darse un respiro. Esa aceptación sería un 4.9, pues para ser estrictos, aunque María manifiesta que lo hace, no dice, primero de forma concreta qué hace, y, además, es la terapeuta la que le plantea que debe aceptarlo.

Pero en buena parte de estos párrafos manifiesta y da referencias explícitas a cosas que hace para no encontrarse tan mal como antes y que le funcionan (Niveles de 5, Aplicación). El último párrafo recibe un código de 5.9 también por ser muy estrictos. María dice que "lo tiene casi asimilado, que no sabe si va a poder", etc. Es esa *no certeza*, sobre la que luego está segura en sesiones posteriores, lo que llevó a darle ese código. Aquí hubo un desacuerdo con una de las juezas, que le dio un código de 6.5 y un acuerdo con la otra juez que le dio un código de 5.

Sesión #14

[P: Yo esas ideas que tenía antes de volver a trabajar, de volver a ser ya me estoy convenciendo de que con llevar la casa ya es más que suficiente, con poder atender a los a mi casa y a lo imprescindible. Y lo estoy asumiendo y ya está y me ha tocado a mí y eso y no pasa nada, que tampoco es una cosa grave, podía ser mucho peor. Pienso yo que

podía ser una enfermedad mucho peor, entonces yo misma me tranquilizo y... y, ya lo asumo. **6.5: Solución]**

T: Mmm

[P: Así que yo antes me veía perdida, y pensaba “¡Dios mío! y ahora que hago, no voy a trabajar, me voy a hacer una inútil”, no. Aunque...

T: Mm

P: pienso “todo lo que pueda ayudaré, y todo lo que pueda haré, pero, hasta lo que pueda, no más”. **6.5: Solución]**

María manifiesta claramente, la asimilación, cómo asumió en su mismo esas experiencias o voces no dominantes, de no poder hacer todo lo que quería, ni alcanzar niveles de actividad semejantes a los de años anteriores.

Para terminar la descripción de los cambios en María nos gustaría ofrecer, finalmente, los párrafos últimos de la sesión 14, la sesión del alta, en donde se aprecia el estado final de María y sus comentarios respecto a lo aprendido en terapia. Dichos comentarios son válidos para la resolución de las tres experiencias problemáticas principales que se debatieron a lo largo de la terapia.

Sesión #14 Final de la terapia

[T: ¿Vale?, bien, entonces ¿eh?... lo que quiero conseguir, que usted siga pendiente de la... de la mejora esta, y de lo que ha aprendido

P: Sí, pues eso me parece que me va a seguir toda la vida

T: Exactamente

P: Me va a servir de mucho. **6.5.: Solución]**

T: Exactamente. Es decir, que lo siga practicando, porque si usted ha notado un alivio, una mejoría, etc., etc., la tiene que convertir en un hábito, en el sentido de que si usted ha aprendido una forma de valor... reaccionar, de... una actitud de no tomarse las palabras suyas, al pie de la letra, de ver primero lo hechos, luego poner palabras...

[P: Me da la sensación que lo he asimilado de una forma que va a ser...

T: A mi también, a mi también

P: O sea, es decir, que he aprendido una forma de comportarme que antes no ... no ... la sabía yo o no, ya la sé, habitual

T: claro, pero...

P: es la sensación que me da **6.5.: Solución]**

T: ... yo lo que quiero es que, visto lo bien que le ha funcionado

P: Mm

T: ... que le siga funcionando siempre

P: Claro

T: Y para eso lo que tiene que hacer es... pues repetirlo

P: Claro

T: Es decir...

P: Afortunadamente

T: Claro

[P: Pero ya es que yo creo que ya lo hago sin darme cuenta, entonces va a ser una cosa mucho mejor no dejarlo

T: Mm-m

P: Porque si tuviera cada vez que decir "voy a hacer esto, tengo que hacer lo otro", parece que, que al final podías olvidarlo, pero me da la sensación de que no, de que lo...

T: Mm-m

P: lo hago ya sin darme cuenta, o sea que lo he cogido perfectamente
6.5: Solución]

T: Mm. Pero yo siempre le recalco eso, porque es importante

P: Claro

T: Sobre todo, dada la mejoría que usted ha experimentado y...

[P: Con lo bien que me ha ido, eso ya, estoy segura de que no me voy a...

T: Bien

P: no se si algún día no será... algún, me atacará los nervios o lo que sea

T: (interrumpe) ¡Ay! ////

P: ... y no me pudiera dominar (riendo), que dijera no lo hago, inconscientemente ya no lo hago **6.5. Solución]**...

T: Bueno, tenga en cuenta que...

P: ... pero...

T: ... que todos somos humanos, no somos piedras...

P: claro, claro

T: ... entonces habrá, quizás habrá algún momento en su vida que usted reaccione con más tensión de la que habitualmente...

P: claro

T: ... tiene en situaciones

P: es normal, es normal

T: ... más o menos normales. Pero es normal, absolutamente normal que usted no puede ser...

[P: no, con los baches que estoy pasando (ríe) y los estoy superando...

6.5. Solución]

T: sí, sí, sí, sí

[P: ... me parece que no.

T: No, yo la veo muy bien realmente

P: estoy muy contenta. **6.5.: Solución]**

Discusión

En la discusión de nuestros datos debemos plantear varias cosas. Lo primero que cabe destacar es que estos datos reflejan que el éxito terapéutico de una paciente va unido al progreso en la asimilación en sus diversas experiencias problemáticas traídas y debatidas en terapia. Pe-

ro, ¿por qué asimila María? La explicación que se da, desde el modelo de asimilación, consiste en que es necesario que se produzca un *punte de significado* que haga una nueva conexión, o se establezca un diálogo entre las voces.

En la sesión #4, María parece que se da cuenta de aspectos importantes sobre una de sus quejas principales: su incapacidad de hacer cosas, lograr el nivel de actividad que quería (y que aparecía en forma de "soy una carga para mi familia") (*lo no dominante*), siendo *lo dominante* "yo debo hacer cosas, darme a los demás, cuidar de ellos, etc." La sesión 4 (tal y como aparece en la transcripción ofrecida en el apartado de resultados) muestra lo que podríamos considerar como los 3 insights principales o puentes de significado.

Podemos asumir que los Insights (mostrados en el apartado de Resultados) muestran como María logró minimizar el peso de lo dominante: "debo ayudar a todos", asimilando su experiencia problemática en ese momento, que era la dificultad para conseguir su nivel de actividad, sobre todo, trabajar fuera de casa y ganar dinero para que sus hijas no tuvieran que aportar dinero a casa (tal y como comenta en diversas sesiones). Es decir, desarrolló una orientación extensional que le facilitó aceptar 'hechos', y no etiquetarse de forma intensional ("soy una carga").

María siguió elaborando las implicaciones de ese Insight en sesiones posteriores, aplicándolo, en distintas situaciones, por ejemplo, en la sesión #12, en el marco de un dispositivo extensional (véase apartado de resultados) cuando afirma que tiene menos remordimientos por no poder hacer todo lo que ella quisiera.

Los datos con esta experiencia problemática, complementan, pues, los ya obtenidos en otras experiencias problemáticas de la misma paciente (Caro, 2006a; en prensa) y los obtenidos con otras muestras y tipos de terapias (véase Stiles, 2002 para una extensa revisión), y nos permiten asumir, en este contexto de un estudio de caso, que pacientes con cambio terapéutico van a mostrar asimilación de experiencias problemáticas. De manera que podemos continuar relacionando cambio con la asimilación de experiencias problemáticas en el contexto de diversas terapias. Luego, la asimilación parece ser un proceso relevante que explica parte del cambio terapéutico.

De hecho, y en este sentido, se asume dentro del modelo de asimilación que incluso cambios pequeños en el proceso de asimilación, aunque no se llegue a los niveles 6 (Solución del Problema) y 7 (Dominio) de la APES, se pueden considerar un cierto logro terapéutico (Varvin y Stiles, 1999) o lo que podríamos llamar un *r*, frente a la *R* (resultado final). O, al menos, que con el modelo de asimilación se integra el estudio del proceso y el estudio del resultado, al considerar los cambios cognitivo-afectivos de la asimilación como un proceso y resultado a la vez. El paso de un nivel a otro de la APES sería un cambio pequeño,

pero relevante. Lo que plantearon, inicialmente, Stiles y cols. (1991) es que el diálogo paciente-terapeuta sería el *proceso*, y el cambio en la asimilación el *resultado*. Cualquier terapia va a favorecer todo ello con independencia del método elegido. Lo que se ha visto al estudiar procesos de asimilación en diversas terapias (Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy y Stiles, 1992) desde terapias de corte psicodinámico (Knobloch y cols., 2001), experiencial (Honos-Webb y cols., 1998; 1999), cognitivo-conductual (Osatuke y cols., 2005) y estrictamente cognitivas (Caro, 2003a,b;2006a).

Igualmente, esta asociación de cambio con asimilación se ve revalidada por datos en sentido contrario. El estudio de casos negativos (McLeod, 2001) puede contribuir a dotar de validez interna a una investigación cualitativa. Es decir, para confirmar la validez del modelo de asimilación debemos contrastar estos procesos éxito-asimilación, con procesos no éxito-no progreso en la asimilación. Así, estudios en donde no hay éxito terapéutico, ni tampoco asimilación, o un escaso progreso en la asimilación (por ejemplo, Caro 2006b; Detert y cols., 2006) avalan de forma indirecta esta asociación positiva que aquí estamos estableciendo entre cambio y asimilación.

Los pacientes analizados, por ejemplo, véase el caso de Ana (Caro, 2006b) y los casos en Detert y cols. (2006) no pasaban de niveles intermedios (3: Clarificación, en este caso) de la escala APES, sin alcanzar el Insight o nivel 4 de la APES (salvo en un pasaje de los cuarenta pasajes analizados en Detert y cols., 2006, p. 403).

El proceso de asimilación de esta experiencia problemática de María sigue el patrón de las otras ya estudiadas en un contexto cognitivo. Es decir, tenemos un proceso claramente dentado que reproduce otros datos de procesos de asimilación en terapias cognitivas. Por ejemplo, Osatuke y cols. (2005) compararon un caso, Margaret, tratada con terapia centrada en el cliente, con otro, Karen, tratado con terapia cognitivo-conductual. El suave progreso de Margaret a lo largo de sus sesiones contrastó con el progreso dentado de Karen, incluso dentro de una única sesión (por ejemplo, avances rápidos en un nivel reducido seguidos por vuelta atrás a niveles iniciales de APES en un campo diferente, pero relacionado).

En el caso de la TLE hemos encontrado en las otras dos experiencias problemáticas de María semejante patrón, claramente dentado, intra-sesión y entre-sesiones. Este dato reproduce otros datos (estudios de micro-procesos de asimilación, en Caro, 2003a) en los que aparece un mismo patrón dentado.

De manera que en cuanto a procesos de asimilación, estos van a ser diferentes en función del tipo de terapia que estemos analizando. En terapias humanistas, y tal y como ya hemos señalado el progreso es más suave y no tan brusco como en terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales.

Por otro lado, si podemos relacionar tipo de proceso de asimilación con tipo de terapia podemos relacionarlo, igualmente, con éxito terapéutico, por lo que este patrón dentado va a ser más apropiado de secuencias de asimilación en terapias de éxito, y no de secuencias de asimilación en terapias sin éxito, en donde el patrón no es tan dentado como ya se ha señalado. Lógicamente, esto se puede deber a que al no alcanzar el paciente niveles altos de la APES, sino bajos o intermedios, los retrocesos van a ser de un calibre menor. Es decir, si un paciente sin éxito (por ejemplo, tratado con la TLE, Caro, 2006b) se mueve en niveles bajos de la APES (del 0 al 3), sus oscilaciones van a ser de un rango menor, no encontrándonos con la posibilidad de una oscilación, por ejemplo, entre un nivel alto (5: Aplicación) y otro más bajo de la APES (2: Surgimiento), lo cual hemos encontrado en el caso de María. No obstante, y a la espera de estudios más amplios sobre los retrocesos podemos asumir, tentativamente, que el proceso de asimilación no es tan dentado no sólo en función del tipo de terapia, sino de si hay éxito o no con la terapia y, por tanto, un mayor o menor progreso en la asimilación.

La última cuestión que debemos plantear se refiere al por qué de los retrocesos. Como acabamos de decir, estamos a la espera de estudios sistemáticos y concretos, que se planteen el por qué de los retrocesos, pero al ser un resultado repetido, se han ofrecido diversas explicaciones en las que entramos a continuación.

Este proceso irregular se puede deber a la mezcla de temas múltiples en distintos momentos de la escala, a estrategias terapéuticas o técnicas que movilizan fases concretas del continuo, o a acontecimientos vitales que avanzan o hacen retroceder los procesos de asimilación (Honos-Webb, Surko y cols, 1999; Knobloch y cols, 2001). En el contexto de este estudio, esta es una explicación plausible que nos permite explicar de forma tentativa este proceso tan irregular, sobre todo, porque María alcanzó niveles elevados de asimilación en la 7ª sesión, que parecieron disminuir a raíz de un problema familiar³ a partir de la 8ª sesión y hasta la 11ª (véase Figura 1). Debemos hacer constar que María hizo este tipo de asociación en la sesión 13ª, ya que reconoció explícitamente que esta situación familiar podía haber influido en un parón en su progreso terapéutico.

Otras explicaciones que se han asumido se refieren a que un paciente puede necesitar más tiempo y la terapia se ha acabado pronto, o a que es necesario prestarle más atención a las experiencias problemáticas (Honos-Webb, Stiles y cols., 1998), o que el terapeuta está, por así decirlo, en un nivel de la APES que el paciente no comparte (Osatuke y

³ Una prima de María se escapó de su casa, en Madrid, y se refugió en casa de María, presentando una fuerte ideación suicida. María, la acogió en su casa y estuvo muy preocupada y pendiente de ella en todo momento, lo que contribuyó a que aumentara su cansancio.

cols, 2005). Esta es la explicación principal que mantiene el grupo de Stiles y que parte del concepto de Vygotsky (1924/1978) sobre la *zona de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001; Osatuke y cols., 2005; Stiles, 2005). Lo que parece que se está haciendo evidente en los diversos estudios realizados es la necesidad de adscribir la explicación de dicha secuencia irregular a cada caso concreto. De manera, que no se abogaría por una sola de dichas explicaciones, sino por emplearlas y combinarlas según cada caso.

Por nuestras investigaciones anteriores (Caro, 2003a,b) creemos que, por el momento, la interpretación fundamental que hay que darle, para el caso de María es que esto es, en cierto sentido, consecuencia del tipo de trabajo cognitivo que se hace, es decir, que podría ser una estrategia terapéutica. Interpretación que por otra parte, el grupo de Stiles también ha ofrecido (Honos-Webb, Surko, y cols., 1999). Para afianzar esta explicación y contribuir a la explicación de esta cuestión desde un contexto cognitivo, y sobre todo, lingüístico, hemos empleado la *metáfora de la balanza* que explicaría parte de estos retrocesos.

Desde la metáfora de la balanza, el paciente tiene que enfrentarse a sus experiencias problemáticas, asimilándolas y balanceando (o contraponiendo) continuamente dos orientaciones: la *intensional* (mediante la que se manifiesta lo dominante) y la *extensional* (meta de la terapia) que facilita lograr los *puentes de significado*, haciendo nuevos esquemas. En este proceso cobra un papel importante que el paciente vuelva una y otra vez sobre sus problemas y los vaya asimilando, en principio gracias a las técnicas terapéuticas. Es decir, el estilo de trabajo de la TLE supone que cada vez que se comienza a hablar de un tema se suele comenzar por sus comentarios, pensamientos, evaluaciones, etc. que reflejan la preocupación del paciente por encontrarse mal y aspectos negativos que son los que se introducen o se acuerdan tratar durante las sesiones. Creemos que todo ello, lógicamente, va a reflejar niveles bajos en el proceso de asimilación cada vez que se empieza a hablar de un tema de nuevo: esto es, reflejan que el problema es un problema por el momento. Hablar de estos problemas o experiencias debe ser algo continuo que puede tardar más o menos en asimilarse. Es decir, el paciente debe darse cuenta de lo negativo y su visión sobre ello para "reconstruirlo" de forma diferente, *balanceando* lo intensional y lo extensional. Creemos que esta metáfora de la balanza es útil, sobre todo, para explicar los retrocesos, intrasesión y de sesión a sesión en el proceso de asimilación, ya que en el análisis de María no podemos obviar que hubo una situación vital difícil para ella que, de forma hipotética, podemos relacionar con esa disminución en los niveles de asimilación, sobre todo en el caso del "mareo" (Caro, 2006) y del "agotamiento" (Caro, en prensa). De manera, que de las diversas explicaciones que se han dado sobre estos picos dos parecen las más apropiadas para el proceso irregular de cambio de María: una experiencia vital difícil para los retrocesos en las tres

experiencias problemáticas (retrocesos entre sesiones) y la hipótesis de la balanza para los picos, sobre todo intrasesión, y que podemos emplear para describir el proceso intrasesión de asimilación de María en las 3 experiencias problemáticas analizadas.

Finalmente, la metáfora de la balanza nos permite asumir que el paciente sigue un proceso racional mediante el cual balancea, o considera racionalmente las diferencias y consecuencias de su antigua forma de pensar y el pensamiento flexible que aprende con la TLE o con cualquier terapia cognitiva.

Para terminar esta discusión de los resultados deberíamos hacer una breve mención a las ventajas y desventajas de los estudios de caso. Stiles (2003) plantea en un trabajo especialmente dedicado a la contribución científica de los estudios de caso que estos pueden ser científicos y lo son cuando las observaciones del caso nos permiten actuar de forma explícita sobre una teoría. A diferencia de los estudios estadísticos de comprobación de hipótesis, los estudios de caso ofrecen sus resultados en palabras más que en números, usan la empatía y la comprensión personal más que la observación aislada, sitúan las observaciones en un contexto más que aisladamente, y se focalizan en buenos ejemplos (como el caso de María) más que en muestras representativas. En la investigación estadística de comprobación de hipótesis el investigador extrae o deriva un enunciado (o unos pocos) de la teoría y compara este enunciado con un número amplio de observaciones. Si lo que se observa coincide con el enunciado derivado aumenta la confianza del investigador y de la comunidad científica en el enunciado, lo que lleva a un incremento de la confianza en la teoría.

Por otro lado, sigue planteando Stiles (op. cit.) los estudios de caso no pretenden lograr un buen nivel de confianza en un enunciado concreto, sino que los investigadores que los utilizan comparan, a la vez, un gran número de observaciones, basadas sobre un individuo concreto, con la correspondiente serie amplia de enunciados basados en la teoría. Cada enunciado que describa algún aspecto del caso en términos teóricos representa una comparación de la teoría con la observación (y en esto se basa el avance científico, en apoyar continuamente nuestras teorías en observaciones). La cuestión principal radica en saber si la teoría describe adecuadamente el caso. La confianza en un enunciado teórico puede ser muy escasa, debido a selección de la muestra, sesgos del investigador, etc. Es decir, enunciados descriptivos aislados derivados de un estudio de caso no se pueden generalizar de forma segura. Sin embargo, dado que se analizan muchos enunciados esto incrementa (o disminuye en el caso de que sea así) la confianza en nuestra teoría, lo que lo hace comparable a la confianza que podemos obtener de un estudio encaminado a la comprobación de hipótesis. Unos pocos casos, analizados sistemáticamente, que coinciden con una teoría de una forma muy precisa aumentan nuestra confianza en la teoría, aunque nues-

tra afirmación de cada componente sea aproximado e impreciso, si se considera de forma aislada. La serie de estudios de caso realizados sobre el modelo de asimilación (resumidos, por ejemplo, en Stiles, 2002), a los cuales cabe añadir el aquí presentado, nos permiten asumir y defender el modelo de asimilación y sus propuestas, así como las ventajas del estudio de casos.

La escala APES se ha mostrado, pues, como un importante instrumento para medir el proceso de asimilación en cualquier terapia, como aquí ha ocurrido en el caso de la TLE. La TLE se ha mostrado como una terapia válida que favorece el proceso de asimilación. En este sentido se comporta como una terapia típicamente cognitiva en este contexto del modelo de asimilación. A ello estamos aportando para explicar este resultado la *metáfora de la balanza*. En función de todo ello, vamos a plantearnos como investigaciones futuras lo siguiente:

1) Es muy importante seguir describiendo la asimilación en procesos completos de terapia, sobre todo para intentar responder a parte de las cuestiones que se acaban de señalar. En este sentido, habría que proceder a la comparación éxito-no éxito y a distinguirlos en términos de asimilación.

2) Seguir estudiando los retrocesos, explicando el por qué de la secuencia irregular de cambio.

Referencias

- Bruner, J. (1986): *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caro, I. (1990): Semántica General y Psicoterapia. En I. Caro (comp), *Psicología y Semántica General*. Valencia: Promolibro. Colección de Psicología Teorética.
- Caro Gabalda, I. (1992): La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 37, 80-109.
- Caro Gabalda, I. (1994): *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro Gabalda, I. (1997): El estado de la cuestión en la terapia lingüística de evaluación. En I. Caro Gabalda (comp.), *Psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. (pp. 279-290). Barcelona: Paidós.
- Caro Gabalda, I. (1999): *La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación*. Número especial. *Psicologemas*. Nº 25-26, 1-192.
- Caro, I. (2003a): 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. (2003b): La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación: El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2006a): The assimilation of problematic experiences in the linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 4, 422-435.

- Caro, I. (2006b): The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16, 4*, 436-452..
- Caro, I. (en prensa): Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*.
- Caro, I.-Safran, J.D. (1991): Posibilidades de investigación en psicoterapia: el estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, Diciembre, No.33, 59-82.
- Detert, N.B.-Llewelyn, S.-Hardy, G.E.-Barkham, M.-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.
- 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.
- Greenberg, L. S. (1983): Psychotherapy process research. En E. Walker (comp.), *The handbook of clinical psychology*. Illinois: Dow-Jones, Irwin.
- Greenberg, L.S.-Pinsof, W.M. (1986) (comps.): *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York: Guilford.
- 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.-Surko, M.,-Stiles, W.B. (1998): *Manual for rating assimilation in psychotherapy: February 1998 version*. Manuscrito sin publicar. University of Ohio.
- Honos-Webb, L.-Surko, M.-Stiles, W.B.,-Greenberg, L.S. (1999): Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 448-460.
- Johnson, W. (1946): *People in quandaries*. San Francisco: International Society for General Semantics.
- Knobloch, L.M.-Endres, L.M.-Stiles, W.B.,-Silberschatz, G. (2001): Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy, 38*, 31-39.
- Korzybski, A. (1921): *Manhood of humanity*. New York: Dutton.
- Korzybski, A. (1933): *Science and sanity*. Lakeville: Institute of General Semantics.
- Korzybski, A. (1951): The role of language in the perceptual processes. En R.R. Blake y V. Ramsey (comps.), *Perception: an approach to personality* (pp. 170-205). Nueva York: The Ronald Press Company.
- 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. University of 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.
- McLeod, J. (2001): *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- Mergenthaler, E.-Stinson, C.H. (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research, 2*, 125-142.
- Osatuke, K.-Glick, M.J.-Gray, M.A.-Reynolds, D.-Humphreys, C.L.-Salvi, L.M.-Stiles, W.B. (2004): Assimilation and narrative. Stories as meaning bridges. En L. Angus y J. McLeod (comps.), *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.-Barkham, M. (2005): Temporal patterns of improvement in client-centered therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 2, 95-108 .
- Piaget, J. (1962): *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- Piaget, J. (1970): Piaget's theory. En P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (3rd ed., Vol. 1, pp. 703-732). Nueva York: Wiley.
- Rennie, D.-Toukmanian, S. (1992): Explanation in psychotherapy process research. En S. Toukmanian, y D. Rennie (comps.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 234-251). Newbury Park: Sage.
- Shapiro, D.A.-Barkham, M.-Reynolds, S.-Hardy, G.,-Stiles, W.B. (1992): Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 253-272.
- Stiles, W.B. (1999): Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Stiles, W.B. (2001): Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462-465.
- Stiles, W.B. (2002): Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (comp.), *Psychotherapy relationships that works*. Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2003): When is a case study scientific research? *Psychotherapy Bulletin*, 38, 6-11.
- Stiles, W.B. (2005): Extending the Assimilation of Problematic Experiences Scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 2, 85-94.
- 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.-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.
- 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.
- Vygotsky, L.S. (1924/1978): *Mind and society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.