



EL CAMBIO TERAPÉUTICO A TRAVÉS DEL MODELO DE ASIMILACIÓN: SU APLICACIÓN EN LA TERAPIA LINGÜÍSTICA DE EVALUACIÓN

ISABEL CARO-GABALDA

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España

Resumen: El modelo de asimilación describe el cambio terapéutico a través de la APES (Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas) intentando reconciliar el estudio del cambio a través de la comparación pre-test/post-test con el estudio del cambio momento-a-momento. Se describen y se comparan los procesos de asimilación de dos casos clínicos tratados con la terapia lingüística de evaluación. Se codificó una muestra de 2.211 párrafos con la APES. El caso de éxito manifestó, a lo largo y al final del tratamiento, niveles elevados de asimilación en sus cuatro experiencias problemáticas. El caso de escaso éxito presentó, en diversos momentos y al final del tratamiento, la asimilación de algunas de sus cinco experiencias problemáticas. En ambos casos el patrón de asimilación fue dentado, con saltos entre niveles de la escala APES.

Palabras clave: Modelo de asimilación; APES; cambio terapéutico; terapia lingüística de evaluación.

*The therapeutic change through the assimilation model: It's application
in the linguistic therapy of evaluation*

Abstract: The assimilation model describes therapeutic change through APES (Assimilation of Problematic Experiences Scale) trying to reconcile the study of change through a pre-/post-test comparison with studying moment-by-moment change. Two processes of assimilation are described and compared from two clinical cases treated with the linguistic therapy of evaluation. A sample of 2,211 passages was coded with the APES. The good outcome case showed, at the end of treatment and at different moments of the therapeutic process, high stages of assimilation in its four problematic experiences. The poor outcome case showed, at the end of treatment and at different moments of the therapeutic process, the assimilation of some of its five problematic experiences. In both cases, the assimilation pattern was sawtoothed, with jumps and returns between APES stages.

Key words: Assimilation model; APES; therapeutic change; linguistic therapy of evaluation.

INTRODUCCIÓN

El campo de la investigación en psicoterapia es complejo y en él conviven dos metodologías principales de investigación: resultados y procesos. La primera está relacionada con demos-

trar la eficacia de la psicoterapia y en la actualidad ha acabado derivando en la tendencia hacia los tratamientos empíricamente validados. Esta tendencia, a pesar de su importancia no deja de tener problemas (véase Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003). Además de investigar el resultado de las psicoterapias, es conveniente y necesario encontrar qué ingredientes o qué elementos explican el cambio terapéutico. Para ello se ha desarrollado la investigación de procesos (para una revisión, véase Caro-Gabalda, 1993). En este trabajo se presenta un estudio de procesos en el campo de la terapia lingüística de evaluación, mediante la metodología derivada del *modelo de asimilación*.

Recibido: 6 febrero 2010; aceptado 5 noviembre 2010

Correspondencia: Isabel Caro-Gabalda, Universidad de Valencia, Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia (España). Correo-e: Isabel.Caro@uv.es

Agradecimientos: La autora quiere agradecer a Anna Allepuz, Silvia Legido, Irene Rojo y Ainara Yera su participación como jueces.

El modelo de asimilación (Stiles et al., 1990, 1991) describe el proceso por el que pasa el paciente en terapia, cuando logra asimilar, en sí mismo, aquellas experiencias problemáticas o dolorosas con las que acude a terapia, o que surgen en el marco del trabajo conjunto paciente-terapeuta.

En un principio el modelo se centraba en el concepto de *esquema*, pero en la actualidad el modelo utiliza la metáfora de la *voz* (Honos-Webb y Stiles, 1998). Este cambio acerca el modelo de asimilación a los trabajos de Hermans (Hermans, 1996; Hermans, Kempen y Van Loon, 1992). En el campo cognitivo, el concepto de *voz* sería una metáfora que se refiere a aquellos pensamientos automáticos, creencias, evaluaciones, supuestos, etc. que forman parte de nuestra comunidad del sí mismo (Honos-Webb y Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg, 1999).

Por ejemplo, cuando aparece una experiencia en nuestro campo, nuestro sí mismo, a través de las *voces dominantes*, utiliza (como recursos) una o varias de estas voces para dar sentido, enmarcar o comprender dicha experiencia y saber qué podemos hacer. Nuestras voces dominantes corresponderían a nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos. Las experiencias son problemáticas (*voces no dominantes*) si tenemos voces opuestas que las hacen problemáticas (Honos-Webb y Stiles, 1998). Psicológicamente, por ejemplo, una paciente que se ve a sí misma como una «supermujer» acostumbrará a encuadrar sus experiencias a partir de esta etiqueta, y tendrá problemas para asimilar experiencias en las que se sienta dependiente o muy necesitada de la ayuda de los demás.

El proceso de asimilación pasa por 8 niveles (véase la Tabla 1) que componen la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES; Stiles, et al., 1990, 1991). La APES presenta una secuencia sobre la relación cambiante entre las voces dominantes y las no dominantes. Ambas deben cambiar en el proceso de construir un *punto de significado*, es decir, una comprensión entre ambas. En el ejemplo anterior, la paciente debería entender por qué se siente mal al notar su dependencia y por qué necesita estar a cargo, o tener todo bajo control.

El modelo de asimilación integra cuestiones importantes de otros modelos que se hacen evidentes a través de la escala APES. Así, tiene en cuenta factores *cognitivos* (por ejemplo, en los niveles de Clarificación y de Insight), *emocionales* (por ejemplo, en el nivel de Surgimiento de la experiencia problemática) y *conductuales* (por ejemplo, cuando el paciente pone en marcha cursos de acción diferentes para resolver su experiencia problemática: Nivel de Aplicación). El elemento integrador del modelo nos facilita identificar procesos comunes de cambio y articular diferencias sistemáticas entre enfoques terapéuticos. En este sentido, el modelo ha sido estudiado tanto en contextos terapéuticos (véase Stiles, 2002 para una revisión) como no terapéuticos (Henry, Stiles y Biran, 2005).

El modelo se aplica «a posteriori», para describir el proceso de cambio en terapias realizadas sobre la base de sus propios requisitos, metas, técnicas, etc. Es decir, no prescribe, ni guía, lo que se debe hacer en terapia aunque nos puede informar del momento concreto en el que se encuentra el paciente y guiar las subsecuentes fases de intervención. El modelo se centra, pues, en la figura del paciente y en cómo asimila éste sus experiencias problemáticas. Estudios recientes se preocupan de integrar al terapeuta en estos análisis como un elemento clave, facilitador del cambio, entendido como progreso en la asimilación (Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Mosher y Stiles, 2009).

Revisaré, a continuación, algunas de las conclusiones principales obtenidas en diversos estudios. En primer lugar, se puede asumir que podemos establecer una relación entre cambio terapéutico y progreso en la asimilación e, igual pero al contrario, es decir, entre ausencia de cambio terapéutico y dificultades en el proceso y progreso en la asimilación. Es decir, pacientes con éxito terapéutico se mueven en niveles elevados de la escala APES. Por otro lado, pacientes con poco éxito se mueven en niveles bajos de la escala APES. El nivel de Insight (donde se alcanza el punto de significado; véase Tabla 1) sería el nivel que diferenciaría procesos de éxito de no éxito (donde el Insight no va a estar presente) (Caro-Gabalda 2006a,b, 2007, 2008; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles., 2006; Honos-Webb, Stiles, Greenberg y

Tabla 1. Niveles en el proceso de asimilación (a partir de Stiles, Honos-Webb & Lani, 1999)

NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN: El contenido no está formado; el paciente no se da cuenta del problema. *No se habla del problema. El paciente no trabaja en el problema.*

La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).

NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: *Control/evitación.*

El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El paciente 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.

NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:

El paciente 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.

Sabe lo que le molesta. El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias.

NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:

Ves lo que pasa y lo que lo impide. El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El paciente enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema. El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico.

NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT:

La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del «ajá». 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).

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 paciente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.

NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: El paciente 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 paciente ha practicado la solución fuera de la consulta.

NIVEL 7. DOMINIO: El paciente 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.

Nota. La APES permite códigos numéricos como una forma mejor de ofrecer el significado de cada nivel y además códigos intermedios. Así un código 2.5 representaría que el paciente está a medio camino entre Surgimiento y Clarificación.

Goldman, 1998; Stiles, Meshot, Anderson y Sloan, 1992). Estos resultados enmarcan el presente trabajo.

Uno de los resultados más destacados, ha sido que la hipótesis inicial (Stiles et al., 1990, 1991) del continuo APES, es decir, de la secuencia sistemática de cambios no se ha comprobado. Es decir, aunque el progreso en terapia se relaciona con el paso de un nivel de la escala a otro, a veces se vuelve atrás en la escala, e incluso se producen saltos entre niveles. Estos *retrocesos* son muy marcados en terapias de corte cognitivo y cognitivo-conductual y no tan

destacados en terapias de corte experiencial. En estas últimas el paso entre niveles es menos dentado, siendo más fluido el proceso de asimilación medido con la APES (Caro-Gabalda, 2006a, 2007, 2008; Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro y Barkham, 2005).

Sobre esta cuestión de los retrocesos se han ofrecido diversas respuestas, aunque dos parecen ser las más destacadas. Por motivos de espacio no se puede entrar en detalle en ellas, pero se puede destacar, en primer lugar, el concepto (tomado de Vygotski) de la *zona de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001). Este concep-

to explica los retrocesos asumiendo que el terapeuta está en un nivel de la APES que el paciente no comparte, lo que produce un retroceso. Es decir, que el paciente no está preparado para lo que le propone el terapeuta. Por ejemplo, en un tratamiento cognitivo sacar una conclusión alternativa que no suponga una distorsión.

Además, podemos añadir la denominada *hipótesis de la balanza*, que desde un marco cognitivo, describe el trabajo conjunto paciente-terapeuta en una terapia cognitiva como la terapia lingüística de evaluación (TLE; Caro-Gabalda, 2003a; véase descripción de la terapia en la sección del Método). El estilo de trabajo cognitivo «fuerza» al paciente a centrarse en pensamientos distorsionados, evaluaciones intensionales, etc. para cambiarlos, lo cual puede suponer un retroceso, ya que el paciente «sigue» al terapeuta. Es decir, el paciente puede sacar una conclusión alternativa, pero si el terapeuta retoma el tema, le va a volver a preguntar por sus pensamientos negativos, etc., lo que puede suponer la aparición de retrocesos.

Finalmente me gustaría destacar que el modelo de asimilación asume una teoría sobre el cambio psicológico que pretende ofrecer una alternativa, metodológica y conceptual, a los estudios tradicionales sobre el cambio. Estos han fracasado en su vinculación del proceso terapéutico con el resultado usando modelos estadísticos lineales (Stiles, 2006; Stiles y Shapiro, 1989). El proceso terapéutico se refiere a acontecimientos en sesión que se miden en una escala temporal de segundos o minutos. Por su parte, el resultado terapéutico se suele medir en una escala de meses o de años. Lo que plantea el modelo de asimilación es ofrecer una alternativa a todo ello. El modelo pretende superar la improbable vinculación estadística entre efectos que ocurren en un minuto con otros que ocurren a lo largo de varios, o muchos meses.

En función, pues, del tipo y volumen de estudios realizados se puede destacar que el modelo tiene un gran prestigio dentro del campo de la investigación de procesos. Incluso se ha llegado a considerar como un modelo «prometedor y posiblemente efectivo», en el marco de las *relaciones terapéuticas empíricamente validadas* (Castonguay y Beutler, 2006; Norcross, 2002).

En las investigaciones previas con el modelo de asimilación, para estudiar el cambio en la TLE, se ha podido relacionar cambio con asimilación de experiencias problemáticas (Caro-Gabalda, 2006a, 2007, 2008) y la ausencia de cambio terapéutico con un escaso progreso en la asimilación (Caro-Gabalda, 2006b). Pero, tanto en procesos de pacientes con éxito, como sin éxito, los procesos de asimilación encontrados manifiestan notables picos o avances y retrocesos entre los distintos niveles APES (Caro-Gabalda y Stiles, 2009).

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente, este estudio tiene los siguientes objetivos: (1) Describir el proceso de asimilación en un paciente tratado con éxito (en la comparación pre-test/post-test) con la TLE. (2) Describir el proceso de asimilación en un paciente tratado con escaso éxito (comparación pre-test/post-test) con la TLE. Y (3) explorar las diferencias entre ambos procesos de asimilación.

MÉTODO

Participantes

Los participantes en este estudio son dos pacientes a los que llamaremos, Gabriel (24 años) y Santi (26 años). Ambos dieron su consentimiento para grabar sus sesiones y utilizarlas para estudio. Sin embargo, ambos nombres son seudónimos. Gabriel tuvo éxito terapéutico y Santi, un escaso éxito terapéutico. Me refiero, en ambos casos, a la comparación pre-test/post-test, así como al auto-informe de los pacientes (en sesión) del logro de las metas terapéuticas y de la demanda.

Gabriel, el paciente con éxito terapéutico, fue diagnosticado con *ansiedad de rendimiento* (con síntomas depresivos). La ansiedad de rendimiento o de ejecución (*performance anxiety*) se ha descrito en la literatura desde hace más de medio siglo, aunque no aparece en el sistema de diagnóstico DSM. Como comenta Powell (2004a), cuando se habla de ansiedad de rendimiento/ejecución se la considera como una característica de la fobia social o del trastorno de ansiedad social. Como señala este autor la ansiedad de rendimiento debilitante se podría con-

siderar como un subtipo de fobia social y se refiere a miedos fuertes, pero delimitados, que dificultan notablemente que el individuo realice una tarea en un nivel esperado, crucial para el ajuste normal de esa persona. La ansiedad de rendimiento se puede tratar desde perspectivas diversas como la terapia cognitiva (Rodebaugh y Chambless, 2004) o conductuales (Powell, 2004b), por ejemplo. En este caso se trató a Gabriel con la TLE durante 13 sesiones.

Por otro lado Santi, el paciente con escaso éxito, fue diagnosticado de *hipocondría* con síntomas de ansiedad y depresión, según el DSM-IV-TR (2000). Fue tratado con 34 sesiones con la TLE.

Los diagnósticos de ambos pacientes los realizó la autora de este estudio mediante entrevistas clínicas no estandarizadas, junto con las puntuaciones obtenidas en las pruebas en el pre-test.

Las pruebas en el pre-test se dieron, a ambos pacientes, en la primera sesión (tras la entrevista clínica), recogiendo en la segunda sesión. Era un requisito importante que los pacientes

las cumplimentaran antes de iniciar la terapia propiamente dicha. El post-test se pasó a Gabriel cuando éste informó de cambios importantes y de la desaparición de sus síntomas. Santi realizó el primer post-test (5 meses después del pre-test) para comprobar cómo iba evolucionando y tomar una decisión sobre su continuidad o no en terapia. El segundo y último post-test (10 meses después de éste) se pasó al acordar mutuamente, Santi y su terapeuta, la terminación de la terapia. En la Tabla 2 aparecen las puntuaciones de Gabriel y en la Tabla 3 las de Santi.

Ambos habían consultado a un psiquiatra por sus «problemas de ansiedad». Gabriel no tomaba medicación en el momento de iniciar el tratamiento psicológico. Santi tomaba Tiadipona (1-0-0), aunque hacia el final del tratamiento espació su dosis, tomándosela sólo cuando se sentía más ansioso.

Las puntuaciones de ambos hacen obvia una cuestión: el distinto nivel de gravedad de ambos pacientes. A pesar de esta diferencia, es factible la comparación puesto que, en ningún momen-

Tabla 2. Puntuaciones pre-test y post-test en diversas pruebas clínicas de Gabriel

<i>Medidas</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test (5 meses después)</i>
HAD-Ansiedad	10 (elevada)	4 (baja)
HAD-Depresión	4 (baja)	0 (libre de síntomas)
BDI	10 (depresión ligera)	1 (libre de síntomas)
STAI-Estado	15 (centil) PD:10 (Media: 20,54)	11 (centil) PD: 9 (M: 20,54)
STAI-Rasgo	45 (centil).PD:18 (M: 20,19)	4 (centil) PD: 7 (M: 20,19)

Nota. HAD = Hospital Anxiety and Depression Scale, BDI = Beck Depression Inventory, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, PD = puntuación directa.

Tabla 3. Puntuaciones pre-test, post-test en diversas pruebas clínicas de Santi

<i>Medidas</i>	<i>Pre-test</i>	<i>1.º post-test (5 meses después)</i>	<i>2.º post-test (10 meses después)</i>
HAD-Ansiedad	15 (elevada)	15 (elevada)	12 (elevada)
HAD-Depresión	10 (elevada)	9 (media)	6 (baja)
BDI	12 (depresión ligera)	25 (moderada)	14 (ligera)
BAI	30 (superior a la media)	33 (superior a la media)	23 (debajo de la media)
STAI-Estado	75 (centil) PD:27 (Media: 20,54)	85 (centil) PD: 34 (M: 20,54)	75 (centil) PD: 27 (M: 20,54)
STAI-Rasgo	30 (centil) PD: 15 (M: 20,54)	97 (centil) PD: 43 (M: 20,54)	95 (centil) PD: 35 (M: 20,54)

Nota. HAD = Hospital Anxiety and Depression Scale, BDI = Beck Depression Inventory, STAI = State-Trait Anxiety Inventory, PD = puntuación directa.

to, según los objetivos de esta investigación, se hace una hipótesis causal, sino que sólo se busca describir los procesos de asimilación en dos pacientes con dos trayectorias terapéuticas diferentes.

Por motivos de espacio haré la descripción de los pacientes a través del planteamiento del modelo de asimilación (véase apartado de Procedimiento).

Instrumentos de evaluación

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) para medir variables emocionales ante la enfermedad física. No obstante se puede emplear, igualmente, en ambientes clínicos ya que mide, de una forma rápida, variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, más que síntomas somáticos (véase baremación en Caro-Gabalda e Ibáñez, 1992). Consta de 14 ítems, 7 miden ansiedad (HAD-A) en una escala de 0 a 3 y 7 miden depresión (HAD-D) en una escala de 0 a 3. La escala posee índices adecuados de fiabilidad y validez (Caro-Gabalda e Ibáñez Guerra, 1992; Tejero et al., 1986). En la baremación que realizaron Caro-Gabalda e Ibáñez Guerra, una puntuación entre 0-4 se considera libre de síntomas; entre 5-9 (síntomas moderados) y entre 10-21 (síntomas graves) y es la que se ha seguido en este trabajo para interpretar las puntuaciones.

Beck Depression Inventory (BDI). Fue desarrollado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) para medir la depresión. Desde su creación es una de las medidas más empleadas y estudiadas. Consta de 21 ítems que recogen diversas manifestaciones clínicas de la depresión, como la desesperanza, la culpa, o la pérdida de peso. La fiabilidad y validez de la prueba son adecuadas (Soriano y Riaño, 1997). Cada uno de los ítems se puntúa entre 0 y 4. Una puntuación entre 0-9 indica ausente de síntomas; entre 10-15 síntomas leves; entre 16-23, depresión moderada y entre 24-63, depresión grave.

Beck Anxiety Inventory (BAI). Al igual que el BDI consta de 21 ítems, que reflejan bien los criterios del trastorno de pánico (Beck, Epstein,

Brown y Steer, 1988). 13 ítems miden sintomatología somática y 8 miden ansiedad subjetiva y síntomas de pánico (Soriano y Riaño, 1997). El punto de corte empleado en este trabajo estaría a partir de la media de los pacientes con ansiedad, es decir, 25,76 (Sierra, Buela y Miró, 2001). La ausencia o la disminución de síntomas en una puntuación inferior a 15,88 (véase Echeburúa, 1996). El Inventario posee niveles adecuados de fiabilidad y validez (Echeburúa, 1996; Sierra, Buela y Miró, 2001).

State and Trait Anxiety Inventory (STAI) fue desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y ha sido muy empleado en ambientes clínicos. Consta de 40 ítems en dos subescalas de 20 ítems cada una. Una subescala de ansiedad (STAI-R) como «rasgo» o la tendencia a la ansiedad y una subescala de «estado» (STAI-E) que permite detectar conductas de ansiedad en el momento en el que está el paciente (Echeburúa, 1996). La adaptación española (TEA, 1983) indica una media de 20,54, tanto para rasgo como para estado. Esta fue la puntuación que se consideró para interpretar las puntuaciones de los dos pacientes.

Descripción de la terapia

Los pacientes fueron tratados con la TLE. Ninguno de ellos fue tratado conforme a los principios del modelo de asimilación. La terapeuta fue la autora de este estudio con una amplia experiencia en la TLE.

La terapia lingüística de evaluación (TLE) es un tipo de terapia cognitiva, breve (la media oscila entre 15-20 sesiones, de periodicidad semanal hasta el seguimiento), basada sobre la teoría de la semántica general (Korzybski, 1933), 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'. Se puede enmarcar como una terapia cognitiva pues la TLE se preocupa de dar respuesta al problema del conocimiento humano y se centra en cómo adscribimos los seres humanos significado a nuestras experiencias. Desde este punto de vista se incluyó a la TLE (véa-

se Caro-Gabalda, 2005) en la primera Enciclopedia sobre terapia cognitiva editada por Freeman, Felgoise, Nezu, Nezu y Reinecke (2005).

A pesar de esta adscripción existen notables diferencias entre la TLE y otros modelos cognitivos, como los de reestructuración o los constructivistas (Caro-Gabalda, 2002). La TLE, como terapia cognitiva, se ha descrito, comparado y diferenciado de otras terapias cognitivas en diversos trabajos y por motivos de espacio remito al lector a dichas fuentes (Dowd., 2001; Caro-Gabalda, 1994, 2002; Caro-Gabalda, Neimeyer y Newman, 2010).

El procedimiento, desarrollado a lo largo de varios años, está estructurado y ha demostrado su eficacia para el tratamiento de problemas de ansiedad y depresión (Caro-Gabalda, 1992, 1997). Sus técnicas principales serían: el trabajo con las evaluaciones, el debate semántico general, los órdenes de abstracción y los dispositivos extensionales.

Procedimiento de preparación de los datos para el análisis de APES

Los datos se prepararon partiendo de las normas y recomendaciones que sigue el grupo de Stiles y que se han publicado en diversos trabajos (Stiles et al., 1990; Stiles, et al., 1992; Honos-Webb, et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Knobloch, et al., 2001; Lani, et al., 2002). Una vez transcritas todas las sesiones, los pasos son los siguientes:

1. *Catalogar*. Etiquetar cada cuestión tratada o situación, definido como la actitud que expresa un paciente hacia un objeto. Por ejemplo, «cuando pienso sobre mi trabajo (objeto) siento una gran ansiedad (actitud)».

2. Encontrar los *insights*. Encontrar la asimilación cognitiva de una experiencia problemática en un esquema activo. Esta fase, asegura que las experiencias problemáticas analizadas son aquellas sobre las que se ha producido un cambio.

3. Buscar e identificar las *voces*, dominantes y no dominantes. Para ello se siguieron los criterios descritos en Osatuke et al. (2004). Por

ejemplo, *intencionalidad* (lo que el paciente busca decir o hacer desde la perspectiva de una voz concreta); *contenido* (lo que dice cada voz); o *afecto* (cómo se dice el contenido de una voz y las emociones expresadas por ese contenido). Las voces identificadas se suelen expresar a través de las mismas palabras. Así las voces se pueden identificar y corroborar empleando un procesador de textos, buscándolas en las transcripciones.

4. Hacer la *selección*. Buscar del catálogo disponible para cada situación o experiencia problemática los párrafos donde se habla de ella. Es decir, se buscan actitudes u objetos similares (véase punto 1). La idea es disponer de un catálogo (con los temas, situaciones o experiencias problemáticas que aparecen en repetidas ocasiones) que nos permita aislar los diversos momentos en donde se exponen las actitudes del paciente hacia determinadas experiencias problemáticas. Estos temas (definidos mediante palabras clave, por ejemplo, «ansiedad» o «sufrimiento» en Gabriel), fueron revisados por la autora de este estudio en numerosas ocasiones, leyendo de forma reiterada las transcripciones y mediante el buscador de palabras del programa Word Perfect.

5. *Se aplica la APES* siguiendo los manuales de 1998 y de 2002 (donde se amplían los marcadores). La escala permite códigos intermedios, como 2,5 (a medio camino entre conciencia imprecisa y enunciar el problema). Y además, los manuales incluyen marcadores, es decir, «pistas» sobre cada nivel de la APES que el grupo de Stiles ha ido perfilando a lo largo de sus investigaciones (Lani et al., 2002). Para dotar de fiabilidad y validez a los datos en los estudios cualitativos con la APES se busca el acuerdo entre jueces. En este sentido, se entrenó a 4 jueces (tres estudiantes de psicología en su último año y una licenciada en psicología) en el empleo de la escala APES. El entrenamiento duró mes y medio. Durante este tiempo las jueces leyeron materiales sobre la APES (artículos, manuales) resolviéndose sus dudas. Además, codificaron seis acontecimientos terapéuticos, ya analizados con la APES y de los cuales se disponía de un acuerdo previo entre jueces (Caro-Gabalda, 2003a,b).

6. *Procedimiento de codificación.* La autora de este estudio extrajo las voces dominantes y no dominantes así como seleccionó los párrafos que iban a ser objeto de la investigación siguiendo las normas del grupo de Stiles y mencionadas. Todo ello fue corroborado por las jueces al comenzar la codificación y mientras ésta se desarrollaba. El proceso de codificación se hizo por consenso entre las jueces. Se discutieron y acordaron cada uno de los códigos con la APES en la línea de los procesos de codificación seguidos por el grupo de Stiles (Método Ward; Schielke, Fishman, Osatuke y Stiles, 2009).

El resultado de este proceso de codificación fue la identificación de cuatro experiencias problemáticas en Gabriel y cinco en Santi que se describen a continuación.

Los temas seleccionados para análisis en Gabriel (paciente de éxito) fueron:

1. *Rendimiento.* En este sentido la «incapacidad para rendir en sus estudios» sería la voz no dominante. Frente a ella están las voces dominantes que llevaban a Gabriel a considerar que debía «fluir» a la hora de estudiar: estudiar, con esfuerzo, pero sin sufrimiento.

2. *Visión de sí mismo.* En este sentido su «sensación de incapacidad y su mala visión de sí mismo» serían las voces no dominantes, mientras que las voces dominantes serían su necesidad de sentirse involucrado, competente y consiguiendo cosas.

3. *Síntomas ansiedad.* En este sentido le molestaban sus síntomas de ansiedad que serían sus voces no dominantes, mientras que su voz dominante sería la necesidad de evitar que sucediera cualquier cosa que le impidiera conseguir sus metas, necesitando controlarla.

4. *Incertidumbre.* Como voz no dominante tendríamos las dificultades que tenía Gabriel al no saber qué podía pasar en relación a sus situaciones de estudio, y como voz dominante su necesidad de tener las cosas claras. Si no tenía las cosas claras, si no sabía con certeza lo que podía pasar abandonaba.

Los temas seleccionados para análisis en Santi (paciente de escaso éxito) fueron:

1. *Síntomas ansiedad.* En este sentido le molestaban sus síntomas de ansiedad, como palpitaciones, sensación indefinida, etc., lo que correspondería a sus voces no dominantes. Como voz dominante tenemos su necesidad extrema de controlar dichas sensaciones por considerarlas amenazantes.

2. *Su vida.* En relación a este tema sus voces no dominantes estarían relacionadas con su sensación de que no podía alcanzar nada en esta vida y que había perdido todas las oportunidades, lo que le impedía ser feliz. Como voz dominante tenemos su necesidad de logro y de hacer cosas motivadoras e interesantes.

3. *Miedo a la enfermedad.* Las voces dominantes se ven representadas por el miedo a que le pase algo, sobre todo una enfermedad grave. Las voces dominantes se relacionarían con su evitación del sufrimiento y su necesidad de verse como una persona sana, sin síntomas de ningún tipo, sin necesitar ansiolíticos para funcionar.

4. *Incertidumbre.* Las voces no dominantes se relacionan con su miedo a lo que puede pasar, mientras que las dominantes se relacionan con su necesidad de estar siempre a cargo de todo, percibiendo e intentando controlar las cosas al máximo.

5. *Visión de sí mismo.* Las voces dominantes se refieren a una visión negativa de sí mismo, como una persona que no sabe enfrentarse a los problemas, sin confianza en sí mismo, y con una marcada conducta de huida en el momento presente. Como voces dominantes nos vuelve a aparecer su necesidad de control, de logro.

Muestra de párrafos

El resultado final de este proceso de codificación fue una muestra de 2.211 párrafos que fueron codificados con la APES. 578 provienen de las 13 sesiones de Gabriel y 1.633 de las 34 sesiones de Santi. En la Tabla 4 aparece la descripción del número de párrafos codificados en cada una de las experiencias problemáticas, identificadas para cada paciente.

Tabla 4. Muestra: número de párrafos codificados de cada una de las experiencias problemáticas de Gabriel y Santi

	<i>Experiencias problemáticas</i>	<i>Gabriel</i>	<i>Experiencias problemáticas</i>	<i>Santi</i>
1	Rendimiento	366	Síntomas ansiedad	497
2	Visión sí mismo	87	Su vida	478
3	Síntomas ansiedad	69	Miedo a la enfermedad	426
4	Incertidumbre	56	Incertidumbre	131
5	—	—	Visión sí mismo	101
<i>n</i> (parcial)		578		1.633
<i>N</i> (total)	2.211			

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Descripción del proceso de asimilación del caso de éxito terapéutico: Gabriel

Gabriel manifiesta un cambio pre-test/post-test al igual que una asimilación de sus principales experiencias problemáticas según el modelo de asimilación a través de la APES.

En las Figuras 1 y 2 aparecen los datos que describen el proceso de asimilación que siguió Gabriel en 2 de sus 4 experiencias problemáticas¹. Por motivos de espacio presentaré, sólo, gráficamente, 2 figuras del proceso de asimilación en cada paciente.

Las cuatro experiencias problemáticas aisladas y analizadas alcanzan niveles de 7 (Dominio), al final de la terapia. En ningún momento nos aparece un nivel de 0 (Supresión) y sólo en muy pocos momentos niveles de 1 (Pensamientos no deseados). Gabriel presenta niveles intermedios y altos de asimilación en sus 4 experiencias problemáticas, no sólo al final del tratamiento, sino durante éste, e incluso en el inicio. Las gráficas de dos de estos procesos de asimilación ejemplifican este dato.

Véase al respecto, por ejemplo, la experiencia problemática de «rendimiento» (Figura 1) en donde Gabriel alcanza niveles de Insight en las primeras sesiones (de la 1 a la 3) e incluso al-

¹ A efectos de exposición se considera «sesiones iniciales», de la #1 a la #3, durante las que se hace la conceptualización y a partir de las cuales se empieza a trabajar con las técnicas de la TLE. Las sesiones finales serían de la #11 a la #13, cuando hay espaciamento entre ellas, y por tanto, las sesiones intermedias, serían de la #4 a la #10.

canza niveles altos, de 6 (Solución del problema, en la sesión #5. Otro dato destacado es el patrón en sierra, es decir, los avances y retrocesos entre los distintos niveles de asimilación medidos con la APES en todas las experiencias problemáticas, tal y como se muestra en las Figuras 1 y 2.

Descripción del proceso de asimilación del caso de no éxito terapéutico: Santi

En las Figuras 3 y 4 aparecen los datos que describen el proceso de asimilación que siguió Santi a lo largo de dos de sus cinco experiencias problemáticas²: «síntomas de ansiedad» y «miedo a la enfermedad».

Santi no manifiesta un cambio en su comparación pre-test/post-test y presenta muchas dificultades para asimilar sus experiencias problemáticas, pero logra progresos en su asimilación en distintos momentos en todas sus experiencias problemáticas tal y como muestran las Figuras 3 y 4. Por progresos me refiero a que alcanza, en diversos momentos, niveles de 4 (Insight) y de

² A efectos de simplificar los datos de las figuras se considera el inicio de la terapia, de las sesiones #1 a la #3 durante las que se hace la conceptualización y a partir de las cuales se empieza a trabajar activamente con las técnicas de la TLE. Sesiones finales serían la #32, #33 y la #34 (en la que se le pasó el segundo y último post-test). La fase intermedia es muy amplia, y está dividida en dos bloques: primer bloque de la fase intermedia de la #4 a la #20 (antes del verano, cuando se le pasó el primer post-test) y el segundo bloque intermedio, que va desde la #21 a la #31. Esta separación se puede mantener para todas las experiencias problemáticas salvo para la «visión de sí mismo» sobre la que se habla, sólo, hasta la sesión #30.

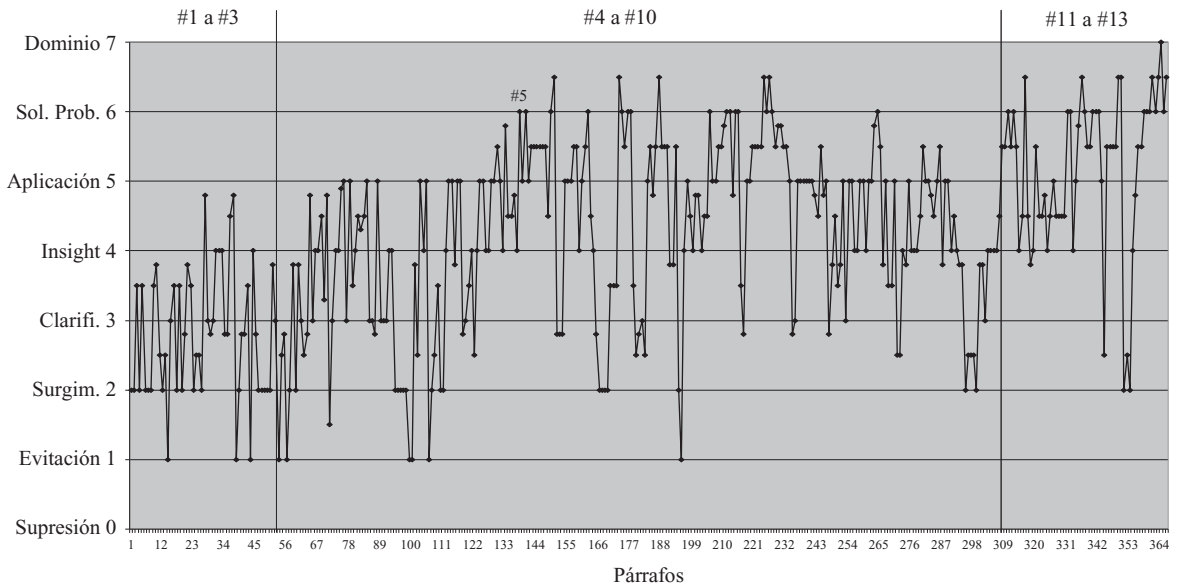


Figura 1. Proceso de asimilación de Gabriel en la experiencia problemática de «rendimiento».

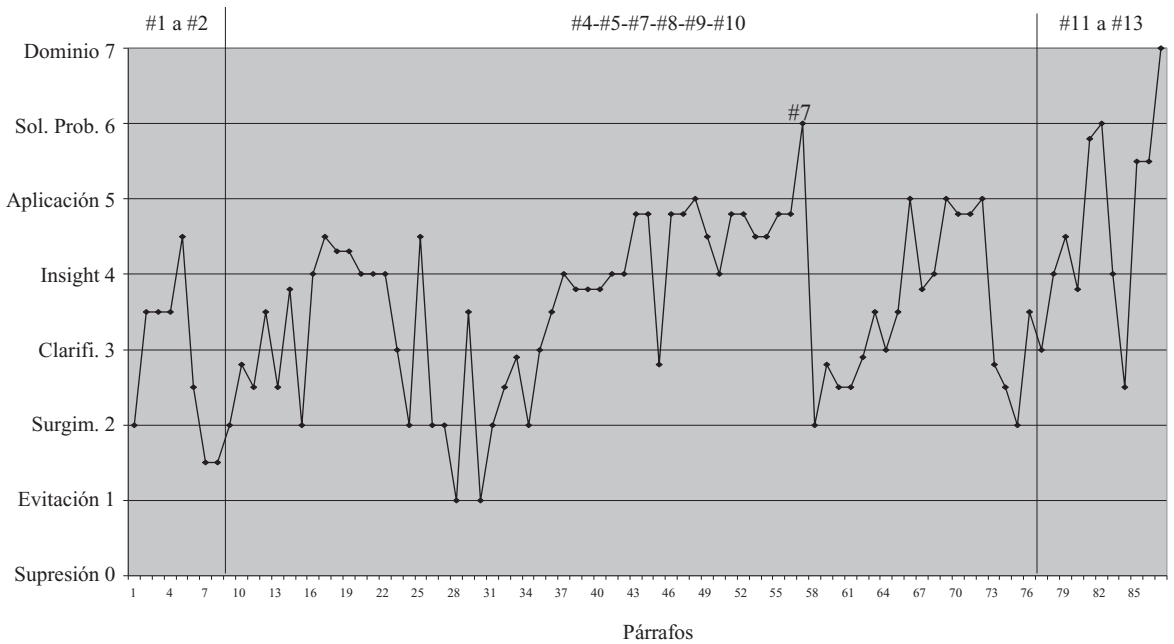


Figura 2. Proceso de asimilación de Gabriel en la experiencia problemática de «visión de sí mismo».

5 (Aplicación) sobre todo, siendo mucho menores los momentos en que logra asimilar algunas de sus experiencias a niveles de 6 (Solución del problema). Santi no alcanza el nivel último del

proceso de asimilación (7: Dominio) en ningún momento de sus cinco procesos de asimilación analizados, aunque al terminar la terapia presenta asimilación, medida con la APES en «mie-

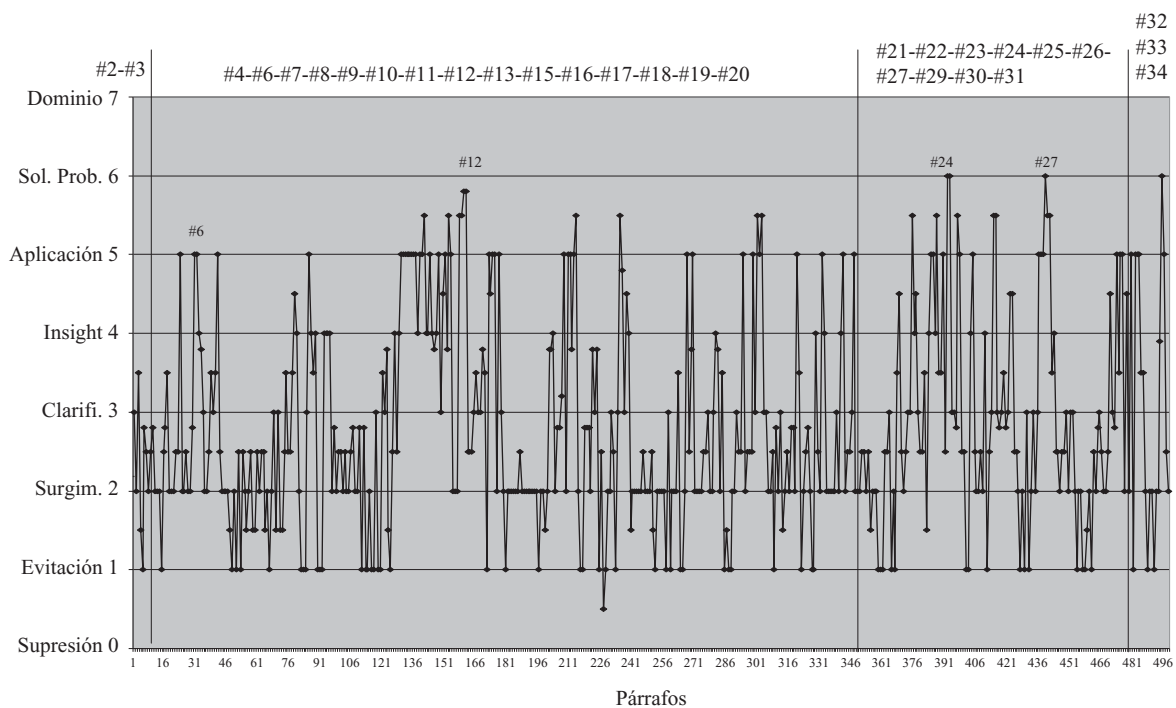


Figura 3. Proceso de asimilación de Santi en la experiencia problemática de «síntomas de ansiedad».

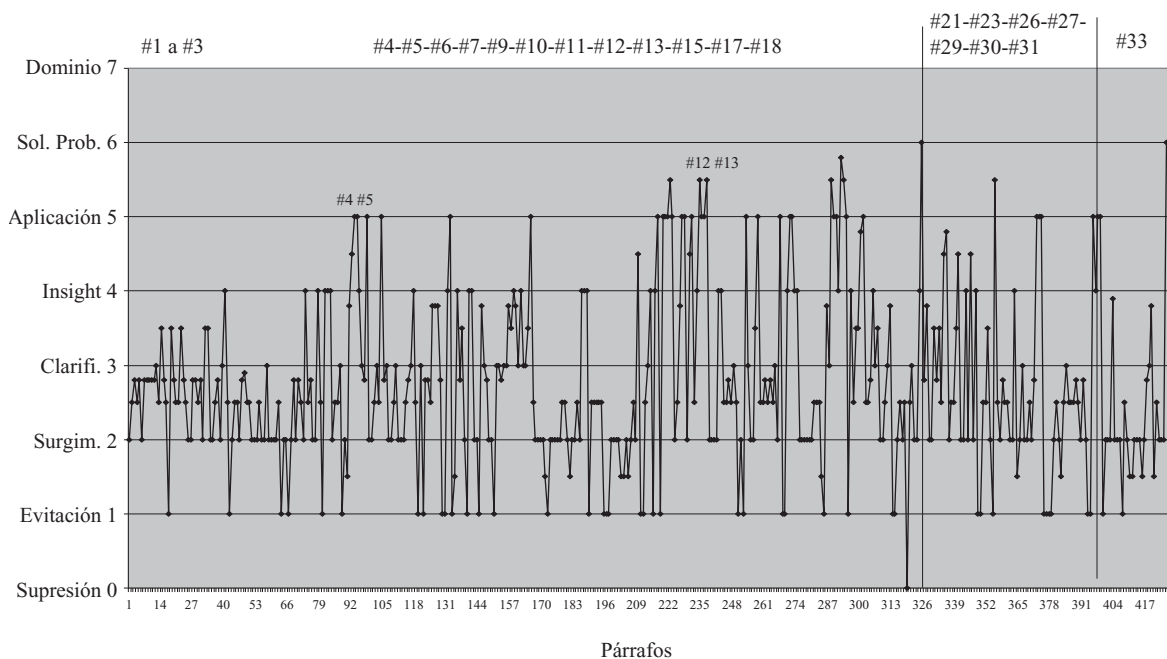


Figura 4. Proceso de asimilación de Santi en la experiencia problemática de «miedo a la enfermedad».

do a la enfermedad» (véase Figura 4; con un nivel APES 6: Solución del Problema) y en «sí mismo» (con un Nivel APES 4: Insight).

Pero a pesar de que alcanza niveles 6, estos no se mantienen, y al igual que en el caso de Gabriel son destacados sus retrocesos a lo largo del tratamiento. Por ejemplo, hay un retroceso notable, en la sesión #12 (véase Figura 3, experiencia problemática de «síntomas de ansiedad»), en la que Santi alcanza un nivel de 5,8 de asimilación (Aplicación: el paciente aplica la solución fuera de consulta), para retroceder, acto seguido, a un nivel de 2,5 (Surgimiento: el problema surge con mucho afecto, sin ningún tipo de comprensión sobre él).

Igualmente destacado es la aparición en sesiones intermedias o finales de varios párrafos codificados como 0 (Supresión) en la experiencia de «su vida» y de «síntomas de ansiedad», a pesar de haber logrado alcanzar niveles más elevados de asimilación de esa experiencia en sesiones anteriores (véase, por ejemplo, Figura 3).

Fundamentalmente Santi presenta niveles APES bajos, de 1 (Pensamientos no deseados; en las experiencias de «síntomas de ansiedad» y «su vida») y de 2 (Surgimiento) en experiencias como «síntomas de ansiedad», «su vida» y «miedo a la enfermedad». Cuando termina la terapia, las experiencias de «síntomas de ansiedad», «su vida» e «incertidumbre» aparecen en niveles bajos de asimilación según la APES.

Comparación entre el proceso de asimilación de Gabriel y de Santi

Los datos presentados y representados gráficamente en las figuras nos muestran claras diferencias entre Gabriel y Santi. Gabriel alcanza niveles 6 (Solución del problema) y 7 (Dominio) al final de la terapia y no tiene ningún nivel 0 (Supresión). Santi presenta 0 (Supresión) aunque alcanza niveles de 5 (Aplicación) y 6 (Solución del problema) en diversos momentos, pero no presenta niveles 7 (Dominio). Los niveles 0 (Supresión), aparecen incluso cuando ya se llevaba hecha buena parte de la terapia. y cuando termina la terapia, experiencias problemáticas como «síntomas de ansiedad», «su vida», «incertidumbre» permanecen en niveles inferiores a 4 (Insight). La única que alcanza un nivel de 6 (Solución del problema) al final de la terapia es el «miedo a la enfermedad», lo cual es muy importante para un paciente con diagnóstico de hipocondría.

Para poder hacer una comparación más directa, en la Tabla 5, aparecen agrupados en porcentajes los códigos de aquellas experiencias que podríamos considerar susceptibles de una «comparación más directa», puesto que se refieren a experiencias semejantes, aunque no equivalentes. Ambos pacientes estaban preocupados por los síntomas de ansiedad, durante el tratamiento surgió el tema de la incertidumbre y tenían una pobre visión de sí mismos.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes en tres de las experiencias problemáticas de Gabriel y Santi

	<i>Síntomas ansiedad Gabriel</i>	<i>Síntomas ansiedad Santi</i>	<i>Incertidum. Gabriel</i>	<i>Incertidum. Santi</i>	<i>Sí mismo Gabriel</i>	<i>Sí mismo Santi</i>
0 (Supresión)	0	1 (0,2%)	0	0	0	0
1 (Pen.no deseados)	3 (4,3%)	76 (15,5%)	1 (1,8%)	18 (13,7%)	4 (4,6%)	8 (7,9%)
2 (Surgimiento)	19 (27,4%)	228 (45,9%)	8 (14,3%)	34 (26,0%)	24 (27,6%)	43 (42,6%)
3 (Clarificación.)	16 (23,1%)	81 (16,6%)	8 (14,3%)	28 (21,3%)	19 (21,8%)	20 (19,8%)
4 (Insight)	11 (15,9%)	38 (7,6%)	23 (41,1%)	34 (26,0%)	30 (34,4%)	18 (17,8%)
5 (Aplicación)	4 (5,7%)	69 (13,9%)	11 (19,6%)	16 (12,3%)	7 (8,0%)	12 (11,9%)
6 (Solución Probl.)	14 (20,0%)	4 (0,8%)	4 (7,2%)	1 (0,8%)	2 (2,3%)	0
7 (Dominio)	2 (2,9%)	0	1 (1,8%)	0	1 (1,1%)	0
Suma y %	69 (100,0%)	497 (100,0%)	56 (100,0%)	131 (100,0%)	87 (100,0%)	101 (100,0%)

Siguiendo la distinción de Stiles (2006) se puede establecer la siguiente diferenciación entre los niveles APES. Los niveles 0-1 se caracterizarían por un afecto bajo (el paciente suprime o no quiere entrar a debatir un tema). El nivel 2 de Surgimiento supone un afecto intenso. Mientras que los niveles 3 (Clarificación), 4 (Insight) y 5 (Aplicación) representan una fase de cambio más rápido. Finalmente, los niveles 6 (Solución) y 7 (Dominio) serían aquellos en los que se produce la consolidación e integración.

Esta distinción nos va a servir para hacer la comparativa final entre ambos pacientes (véase objetivo 3). Como vemos en la Tabla 4, las diferencias fundamentales entre ambos se refieren a que Santi presenta niveles más bajos de afecto (0, Supresión y 1, Pensamientos no Deseados) que Gabriel. Además, Santi presenta más párrafos de afecto intenso (2, Surgimiento) que Gabriel. Por su parte, Gabriel presenta una mayor frecuencia de niveles elevados de consolidación e integración (6, Solución, y 7, Dominio). Desde este punto de vista, las diferencias fundamentales entre ambos están en los niveles bajos (más propios de Santi) y los altos (más propios de Gabriel).

Finalmente, si tomamos el bloque donde según Stiles (2006) se produce un cambio más rápido, que corresponde a los niveles 3, 4 y 5 de APES, vemos que ambos se mueven por igual en este bloque, llegando incluso Santi a presentar un mayor número de párrafos en estos niveles APES. Volveré sobre ello en la Discusión por ser éste un resultado muy importante.

Para terminar, hay que hacer constar que los datos cualitativos con la APES se ofrecen de forma lingüística, lo que supondría mostrar los 2.211 párrafos de los pacientes, en cada una de sus experiencias problemáticas, junto con los códigos APES y sus marcadores. Esto no es posible por motivos de espacio, pero ofreceré a continuación un ejemplo de cada uno de los niveles APES tomados de algunos de los resultados de Gabriel y Santi.

Nivel 0 (Supresión/disociación): Santi, sesión #16. Tema: síntomas de ansiedad.

T:.....es decir, el hecho de etiquetar las cosas, te impide saltar a lo que se llaman las conclusiones, es

decir, a una sensación de percepción distorsionada «me estoy volviendo loco».

P: Ya // (inaudible).

T: «Tumor cerebral», «dolor de cabeza», «taquicardia», «infarto», «sudoración», lo que sea, ¡yo qué sé! cualquier cosa que te pueda pasar por la cabeza.

P: Ya (risas) superaría el tratamiento.

T: ¿Qué?

P: Te ayudaría a enseñar una terapia o algo (Supresión: 0.5. Marcador: Cambio brusco de tema).

Nivel 1 (Pensamientos no deseados): Santi, sesión #30. Tema: síntomas de ansiedad.

T: Vale, vamos a hacer una hoja de éstas como ejemplo. Vale, entonces, la situación es esa en la que tienes vértigo, ¿y qué más? ¿Ideas negativas?

P: Ya estamos con lo mismo y todo el rollo.

T: Todo el rollo, yo lo apunto.

P: Ya estamos con lo mismo. (1: Pensamientos no deseados. Marcador: Evitación).

Nivel 2 (Surgimiento): Santi, sesión #6. Tema: síntomas de ansiedad.

T: Quiero decir, que no es menos importante que tú eres reactivo a tus ideas negativas, sino que tú eres la fuente de control.

P: Sí, de todas formas la ansiedad, mn, la tengo todavía por ahí (2.5: Surgimiento. Marcador: sentirse vulnerable).

T: Sí, sí, claro que la tienes todavía por ahí.

P: Quiero decir, que me despierto asustado, no sé de qué.

T: Mn.

P: y con el corazón a mil por hora y luego ya frena, ¿no? O es una sensación como si me ahogara, pero no que me ahogo realmente. Pero es pasajero, que lo noto, que lo tengo ahí. (2: Surgimiento. Marcador: Sentirse vulnerable).

Nivel 3 (Clarificación): Gabriel, sesión #1. Tema: síntomas de ansiedad.

T: ¿Pero siempre relacionado con situaciones de examen?

P: No, lo que pasa es que era lo que más. La verdad es que los exámenes era lo que más. Pero sí, cosas, bueno no sé decirte, cosas en concreto, pero la sensación, que a veces es más, a veces menos, como de tener así un peso (2: Surgimiento. Marcador: Sentir emociones dolorosas).

T: Mm.

P: Pues cuando me ocurre algo, no sé. Cuando quiero que algo ocurra, o cuando algo que suponga como un esfuerzo que tenga yo que hacer, o sea, que necesito, como que quiero superar algo, pues, a

veces, eso me da ansiedad (3.5: Clarificación. Marcador: Lo que pienso, hago, etc. influye).

Nivel 4 (Insight): Gabriel, sesión #2. Tema: rendimiento.

T: Claro, entonces una de las cosas que vamos a trabajar es tus anticipaciones.

P: Pues, puede ser, porque además también mira en los exámenes, que es lo que así peor llevo, o sea, como dices tú, lleno el vaso. Pero aún así en mi caso ya fue como una cosa así, que se llenó muy rápido en una temporada así muy...Pues es verdad, que yo ya como que parece que igual no lo tengo muy bien preparado, como que... Pienso que no me va a dar tiempo a prepararlo, como yo quisiera. Entonces, ya como interiormente yo ya me veo como suspenso...

T: Mmm-mm.

P:...y aunque luego al reaccionar digo: «pero, a ver, si tú ya has llegado a tal pues también puedes sacar un cinco», pero yo directamente me veo suspendido. Luego no me sale la fuerza de voluntad de, a veces de estudiar esos dos o tres días. (4: Insight. Marcador: Juntar las piezas).

Nivel 5 (Aplicación): Gabriel, sesión #6. Tema: rendimiento.

T:Conclusión que puedes sacar de todo ello.

P: Pues que, pues vamos a ver, eh..., pues que los planos los voy a hacer (una tarea académica exigida).

T: Mmm-mmm.

P: Costará un poco y ya está (5.5: Aplicación. Marcador: Decide actuar de forma diferente).

Nivel 6 (Solución del problema): Gabriel, sesión #13. Tema: síntomas de ansiedad.

T: ¿Cómo vas?

P: Bien.

T: Bien.

P: Muy bien.

T: Vale, ¡estupendo!

P: No he tenido ansiedad...

T: Vale.

P: ...desde hace mucho tiempo, o sea que eso, eh..., eso es lo que...

T: Claro y además estando de exámenes y todo era la prueba...

P: Sí. (6.5: Solución del problema. Marcador: Notando el cambio y Alcanzado una solución).

Nivel 7 (Dominio): Gabriel, sesión #13. Tema: síntomas de ansiedad.

T: ¿Necesitas que lo practiquemos o no?

P: No.

T: No.

P: Muchas gracias, no.

T: Yo creo que no, yo te veo muy...

P: Vale.

T: ...muy encarrilado. Vale, entonces yo lo que sí que quiero es pasarte las pruebas de...

P: Vale. (Nivel 7: Dominio. Marcador: El paciente no necesita hablar del tema).

DISCUSIÓN

A pesar de que, como ya he señalado, los dos pacientes presentan niveles de gravedad diferente, son pacientes que acuden voluntariamente a tratamiento y que presentan, o no, un cambio en la comparación pre-test/post-test y en la consecución de los objetivos terapéuticos. Así, la primera cuestión que cabe señalar se refiere a que se puede relacionar cambio con la asimilación de experiencias problemáticas y dificultades para el cambio con un progreso difícil y complejo de asimilación, tal y como parecen mostrar, respectivamente, los casos de Gabriel y de Santi. Aunque sobre esta cuestión principal cabe hacer una serie de precisiones en las que entro a continuación.

Asimilación y cambio terapéutico

El patrón de asimilación de Gabriel reproduce otros estudios con la TLE (Caro-Gabalda, 2006a, 2007, 2008) y otros estudios con el modelo (véase como resumen, Stiles, 2002). Es decir, desde una óptica de «estudios de casos que comprueban una teoría» (Stiles, 2003), este estudio contribuye a destacar la importancia del modelo de asimilación que nos facilita estudiar el proceso del cambio terapéutico. Así, pacientes con cambio terapéutico suelen terminar el tratamiento mostrando niveles elevados de asimilación. En este sentido, se puede inferir que el éxito terapéutico (en el contexto de la TLE) está asociado a niveles elevados de asimilación. Este es el caso de Gabriel que alcanza niveles de 6 (Solución del problema) y de 7 (Dominio). He de hacer constar que este es el primer estudio que muestra estos niveles 7 en la TLE y en las otras muestras estudiadas.

Asimilación y dificultades para el cambio terapéutico

El patrón de asimilación obtenido con Santi reproduce otros estudios con la TLE (Caro-Gabalda, 2006b) y otros estudios con el modelo (Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998). Esto es, pacientes con dificultades para el cambio terapéutico (en este caso medidos en una comparación pre/post-test) van a presentar dificultades en su proceso de asimilación, no alcanzando niveles altos, permaneciendo, ante todo, en niveles bajos de asimilación.

Ahora bien, el caso de Santi muestra una situación un tanto más compleja que la simple asociación de asimilación con cambio y de no asimilación con escaso cambio. Me refiero a que el modelo de asimilación posibilita un estudio pormenorizado del cambio, momento a momento, sesión a sesión (Stiles et al., 1990). Si observamos las puntuaciones en diversas escalas clínicas de Santi (véase Tabla 2), podríamos decir que éste no manifiesta cambios tras la terapia en la mayoría de las escalas, pero sin embargo, la descripción del proceso de asimilación nos ofrece una situación diferente.

En primer lugar, cabe reflexionar sobre qué puede impedir asimilar ya que, por diversos motivos, no va a ser siempre fácil alcanzar niveles elevados de asimilación. En primer lugar se puede considerar que, a veces, hay experiencias que son difíciles de asimilar, por ejemplo, experiencias traumáticas (Varvin y Stiles, 1999). No parece ser éste el caso de Santi. Aunque sus experiencias problemáticas eran dolorosas para él, no se las puede considerar como traumáticas.

Otro de los motivos que explica las dificultades en la asimilación tiene que ver con suponer que el paciente necesita más tiempo y que, en ese sentido, la terapia ha terminado demasiado pronto (Honos-Webb et al., 1998). Creo que no es este el caso de Santi, ya que 34 sesiones son sesiones más que suficientes. Hay que resaltar que la terapia acabó de mutuo acuerdo, alcanzándose niveles altos de asimilación (no siempre mantenidos) en sus cinco experiencias problemáticas en diversos momentos de la terapia, como muestra el estudio pormenorizado con la APES.

Finalmente, se puede asumir que con la TLE no se ha producido el cambio esperado en Santi. Es importante destacar el papel del terapeuta en el resultado alcanzado en terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales (Keijsers, Schap y Hoogduin, 2000). Por los párrafos mostrados en el apartado de Resultados, vemos que Santi tuvo dificultades para mantener las ganancias terapéuticas que se iban produciendo (se queja, considera sus problemas «un rollo»). Se puede hipotetizar que estas dificultades se podrían deber a que la TLE no era la terapia adecuada en este caso, o no estaba bien aplicada.

Sería interesante hacer nuevas y futuras investigaciones estudiando los procesos de Gabriel y Santi, viendo el papel de la terapeuta como facilitadora o inhibidora del cambio en estos pacientes. Estas nuevas investigaciones seguirían la estela de estudios recientes que integran la variable del terapeuta en el proceso de asimilación (Mosher et al., 2008; Mosher y Stiles, 2009). El hecho de que Santi manifestara cambios, aunque lentos y no mantenidos del todo, y no abandonara la terapia, lleva, en principio y sin haber estudiado esta cuestión, a no dudar de la terapia y a plantearse otras cuestiones importantes para el modelo de asimilación. Fundamentalmente, lo que muestran los datos obtenidos con Santi es que cambios (ligeros o no, es decir, cualquier avance entre niveles) en el proceso de asimilación, se pueden considerar como pequeñas ganancias o pequeños resultados (r), reflejando el movimiento de un nivel a otro en la APES (Osatuke y Stiles, remitido para su publicación). Este supuesto del modelo de asimilación describiría, sobre todo, el proceso de Santi y en menor medida el de Gabriel, ya que éste manifiesta asimilación en determinados momentos y al terminar el tratamiento.

Asimilación vs. No asimilación

¿Dónde podemos hacer recaer el progreso de Gabriel y los difíciles progresos de Santi? Podemos relacionar, en primer lugar, estos diferentes procesos de asimilación con el *punte de significado* (que se da en el nivel 4 de Insight de la APES). Teóricamente, el puente de significado es el concepto que explica cómo se pro-

duce el diálogo entre voces. El Insight se considera como un paso decisivo en el proceso de asimilación (Stiles y Glick Brinegar, 2007). Representa el nivel que marca la diferencia entre un buen y un mal resultado en terapia (Osatuke y Stiles, remitido para su publicación). Los estudios con la APES ejemplifican la importancia del Insight para la asimilación de diversas experiencias (Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006; Honos-Webb et al., 1999), lo que es especialmente relevante en un contexto cognitivo.

Podríamos esperar que los Insights fueran exclusivos de Gabriel y más escasos (o inexistentes) en Santi. Gabriel manifiesta Insights o puentes de significado, pero también Santi. Este dato es único ya que estudios con pacientes sin éxito terapéutico no encontraron Insights en ningún momento del proceso de asimilación (Caro-Gabalda, 2006b; Detert et al., 2006). Esto es, aunque no hay cambios pretest-postest, sí que hay cambios en cuanto a asimilación, tal y como propone el modelo (Varvin y Stiles, 1999). Este dato respecto al Insight me permite sugerir que el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas de Santi muestra que asimilar es un proceso que no depende sólo del Insight. Haber encontrado Insights en Santi y retrocesos importantes supone un resultado inesperado que puede contribuir, desde la perspectiva de los estudios de caso que construyen una teoría (Stiles, 2007), a desarrollar el modelo de asimilación ¿A qué se puede deber dicho resultado y qué nos sugiere (abriendo la posibilidad de futuros estudios) cara al modelo de asimilación?

Este patrón tan diferente en los procesos de asimilación de los dos pacientes parece sugerir que la asimilación es un proceso complejo. No es sólo necesario un Insight sino otros procesos que acompañan a este Insight. Por ejemplo, desarrollar voces que abran la posibilidad de nuevas acciones, convirtiendo los problemas en recursos (Stiles y Glick Brinegar, 2007). La asimilación es el resultado de un proceso (Stiles, et al., 1990, 1991). Este proceso, podemos asumir, es un proceso complejo que requiere de la interacción entre los distintos niveles APES, de manera que estos se «asienten». Es decir, se afiancen los progresos en la asimilación. En un

sentido semejante se pronuncian comparando distintos procesos de asimilación Goodridge y Hardy (2009). Esto es, no basta con que se alcancen niveles de 5 (Aplicación) o 6 (Solución del problema) en algunos momentos, sino que se debe dar una suma constante de lo que los niveles anteriores ofrecen. Es decir, el paciente debe ser capaz de hacer surgir el problema (nivel 2), pero no quedarse ahí, sino progresar, clarificando (nivel 3), comprendiendo el papel de las voces dominantes y no dominantes, para ser capaz de aplicar las derivaciones de los Insights (niveles 4). Esto se debe *afianzar* (nivel 5, Aplicación), pasando el paciente a observar estos cambios de forma repetida (Nivel 6), hasta que el problema deja de considerarse un problema y el paciente no le presta ninguna atención (Nivel 7). La integración de factores afectivos, cognitivos y emocionales que la APES plantea debe ser un aspecto a tener en cuenta.

Para terminar con esta cuestión, no se puede obviar el hecho de que puede haber otros factores importantes que no se han controlado en este estudio, como la *alianza terapéutica* (Bordin, 1979), el nivel previo de asimilación (Stiles, Shankland, Wright y Field, 1997) o incluso la influencia del nivel de sintomatología previo. Igualmente, no se puede descartar la convergencia o divergencia de temas y su influencia en la asimilación. Las experiencias (problemáticas o no) de un paciente interactúan las unas con las otras. Así progresos en una de ellas pueden facilitar progresos en otras experiencias (Brinegar, Salvi y Stiles, 2008; Caro-Gabalda, 2009). O problemas en asimilar una experiencia o incluso progresos, pueden interferir en la asimilación de otras experiencias (Knobloch, et al., 2001). Pero cualquiera de estas cuestiones debería estudiarse en futuros trabajos con estos dos pacientes ya que no eran el objetivo de este trabajo.

El proceso irregular de asimilación

Sobre este proceso irregular se han ofrecido diversas explicaciones en otros estudios hechos con la escala APES, y me he referido a ellas en la Introducción. Lo que parece evidente por los

diversos estudios realizados es la necesidad de explicar dicha secuencia irregular en función de cada caso concreto. De manera, que no se abogaría por una sola de dichas explicaciones, sino por emplearlas y combinarlas según cada caso (Caro-Gabalda y Stiles, 2009). El estudio con el proceso irregular de asimilación de estos dos pacientes está en curso por lo que no puedo aportar datos concluyentes al respecto. Aunque tal y como se ha señalado en la introducción, las dos hipótesis que se están destacando como más relevantes para explicar los retrocesos serían, desde un contexto cognitivo, la *metáfora de la balanza* (Caro-Gabalda, 2003a) que explicaría, junto a la hipótesis de la *zona de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001), parte importante de estos retrocesos.

Finalmente, este patrón dentado se ha encontrado, igualmente, en estudios con pacientes que habían asimilado la experiencia del cáncer de mama (Císcar Pons, Caro-Gabalda, Romero Y Retes, 2008).

Limitaciones de esta investigación

Fundamentalmente, las limitaciones principales que presenta esta investigación se pueden relacionar con el empleo de dos estudios de caso y con el empleo de una metodología cualitativa.

En el contexto de los estudios de caso, Stiles (2003, 2007) plantea que estos pueden ser científicos y lo son cuando las observaciones del caso nos permiten actuar de forma explícita sobre una teoría. La serie de estudios de caso realizados sobre el modelo de asimilación (resumidos, por ejemplo, en Stiles, 2002), a los cuales cabe añadir los datos aquí presentados, nos permiten asumir y defender el modelo de asimilación y sus propuestas, así como las posibilidades de hacer un estudio científico mediante el estudio de casos.

En cuanto a los estudios de tipo cualitativo estos son científicos (Kazdin, 2003) y suponen una forma diferente de estudio. El estudio cualitativo aquí presentado no nos aporta datos sobre la eficacia de una determinada terapia, la TLE en este caso, aunque se pueden hacer estudios de eficacia de tipo cualitativo (McLeod, 2001). Las investigaciones cualitativas, suponen,

en primer lugar, una reflexión crítica, con mayor nivel de ambigüedad o sensación de no saber las cosas, o de ofrecer explicaciones aproximadas, etc. (McLeod, 2001). Para ser científica (Lincoln y Guba, 1985) una investigación cualitativa debe ser consistente (fiable), con datos creíbles (validez externa) aplicables, generalizables (validez externa) y neutros (objetividad). Se puede inferir que el uso de una muestra tan amplia de párrafos codificados, junto con el empleo de jueces, puede contribuir a la bondad de esta investigación. No obstante, quedan cuestiones por explicar y a ellas me he referido con anterioridad y las retomaré para terminar.

En función de lo expuesto creo que es muy importante seguir describiendo la asimilación en procesos completos de terapia, sobre todo para intentar responder a parte de las cuestiones que acabo de señalar. En este sentido, habría que seguir comparando pacientes de éxito-no éxito, distinguiéndolos en términos de asimilación.

Además, habría que hacer nuevas investigaciones con estos dos casos desde distintas vertientes. Por ejemplo, la convergencia o divergencia de temas, el papel de la terapeuta y de las características conceptuales y técnicas de la TLE, así como los motivos de los retrocesos.

La escala APES se ha mostrado como un importante instrumento para medir el proceso del cambio (cambio en cuanto a asimilación) en cualquier terapia, como aquí ha ocurrido en el caso de la TLE. En este sentido, la TLE se comporta como una terapia típicamente cognitiva en este contexto del modelo de asimilación. Es decir, con un patrón irregular, dentado, con independencia de si hay éxito o no en la terapia y en la asimilación. El modelo de asimilación a través de la APES nos ha permitido describir y comparar dos procesos terapéuticos bien diferentes, ofreciéndose como un instrumento útil para estudiar el cambio momento a momento.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic Criteria for DSM-IV-TR*. Washington: APA.

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Brinegar, M.G., Salvi, L.M., & Stiles, W.B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18, 657-666.
- Brinegar, M.G., Salvi, L.M., Stiles, W.B., & Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge. Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165-180.
- Caro-Gabalda, I. (1992). La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 37, 80-109.
- Caro-Gabalda, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro-Gabalda (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-40). Valencia: Promolibro.
- 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. Carol (Ed.), *Psicoterapias cognitivas: Estado de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Caro-Gabalda, I. (2002). General Semantics-Cognitive Therapy-Constructivism: A relational approach. En I. Caro y C. Read (Eds.), *General Semantics in Psychotherapy* (pp. 324-356). Nueva York: Institute of General Semantics.
- Caro-Gabalda, 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-Gabalda, 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-Gabalda, I. (2005). Linguistic therapy of evaluation. In A. Freeman, S.H. Felgoise, A.M. Nezu, C.M. Nezu y M.A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of cognitive behavior therapy* (pp.233-236). Nueva York: Springer.
- Caro-Gabalda, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 4, 436-452.
- Caro-Gabalda, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 4, 422-435.
- Caro-Gabalda, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: ¿Cómo asimiló María la sensación de ser una carga? *Boletín de Psicología*, 89, 47-73.
- Caro-Gabalda, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172.
- Caro-Gabalda, I. (2009). Convergence of voices: Assimilation in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 16, 182-198.
- Caro-Gabalda, I. e Ibáñez, E. (1992): La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*. 36, 43-70.
- Caro-Gabalda, I., Neimeyer, R.A. y Newman, C. (2010). Theory and practice in the cognitive psychotherapies: Convergence and divergence. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 65-83.
- Caro-Gabalda, I., y Stiles, W.B. (2009). Retrocesos no contexto de terapia lingüística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 199-212..
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631-638.
- Císcar Pons, S., Caro-Gabalda, I., y Romero Retes, R. (2008). Setbacks in the assimilation process of a breast cancer woman. Trabajo presentado en el 39th International Meeting of the SPR, Barcelona, España.
- 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, 393-407.
- Dowd, E.T. (2001). Advances in cognitive psychotherapies: A comparison of models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 153-164.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 131-160). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberria, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Freeman, A., Felgoise, S.H., Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Reinecke, M.A. (Eds.) (2005). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Nueva York: Springer.
- Goodridge, D., & Hardy, G.E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19, 1, 114-123.
- Goldsmith, J.Z., Mosher, J.K., Stiles, W.B., & Greenberg, L.S. (2008). Speaking with the client's voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate

- assimilation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 155-172.
- Henry, H., Stiles, W.B., & Biran, M.W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 109-120.
- Hermans, H.J.M. (1996). El sí mismo ampliado y diseminado: Introducción a la teoría de la valoración. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 205-222.
- 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., 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.
- 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.
- Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., & Hoodghuin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Knobloch, L.M., Endres, L.M., Stiles, W.B., & Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38, 31-39.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. Lakeville: Institute of General Semantics.
- Lani, J.A., Glick, M.J., Osatuke, K., Brandenburg, C., Gray, M.A., Humphreys, C.M., Reynolds, D., Stiles, W.B. (2002). *Markers of assimilation manual*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Ohio.
- Leiman, M., & Stiles, W.B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Lincoln, S., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- Mosher, J.K., Goldsmith, J.Z., Stiles, W.B., & Greenberg, L.S. (2008). Assimilation of two critic voices in a person-centered therapy for depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 1-19.
- Mosher, J.K. & Stiles, W.B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy*, 46, 432-447.
- Norcross, J.N. (2002) (ed.). *Psychotherapy relationships that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Osatuke, K., Glick, M.J., Gray, M.A., Reynolds, D.J., Humphreys, C.L., Salvi, L.M. & Stiles, W.B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In L.E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (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, 95-108.
- Osatuke, K., & Stiles, W.B. (remitido para su publicación). Numbers in assimilation research.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. 1.* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Powell, D.H. (2004a). Treating individuals with debilitating performance anxiety: An introduction. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 60, 801-808.
- Powell, D.H. (2004b). Behavioral treatment of debilitating test anxiety among medical students. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 60, 853-865.
- Rodebaugh, T.L., & Chambless, D.L. (2004). Cognitive therapy for performance anxiety. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 60, 809-820.
- Sierra, J.C., Buela-Casal, G. y Miró, E. (2001). Evaluación y tratamiento de la ansiedad generalizada. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp.133-188). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Schielke, H.J., Fishman, J.L., Osatuke, K., & Stiles, W.B. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The Ward Method. *Psychotherapy Research*, 19, 558-565.
- Soriano, J., y García-Riaño, D. (1997). La evaluación cognitiva. En I. Caro-Gabalda (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 71-87). Barcelona: Paidós.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. [Versión española en TEA, Madrid, 1983].
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that works* (pp. 357-365). Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2003). When is a case study scientific research? *Psychotherapy Bulletin*, 38, 6-11.
- Stiles, W.B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16, 389-392.

- Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 122-127.
- 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., & Glick Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. En L.G. Castonguay & C.E. Hill, *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington: APA.
- 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., Shankland, M.C., Wrigth, J., Field, S.D. (1997). Dimensions of client's initial presentation of problems in a psychotherapy: The Early Assimilation Scale. *Psychotherapy Research, 7*, 155-172.
- Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521-543.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J.M. y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 12*, 233-238.
- 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.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.