

# LA ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS: EL DIÁLOGO ENTRE VOCES EN EL NIVEL DE INSIGHT

## ASSIMILATION OF PROBLEMATIC EXPERIENCES: DIALOGUE BETWEEN VOICES IN THE LEVEL OF INSIGHT

Isabel Caro Gabalda y Sergio Pérez Ruiz

Universidad de Valencia

Cómo Referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, I. y Pérez-Ruiz, S. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas: el diálogo entre voces en el nivel de Insight. *Revista de Psicoterapia*, 25(99), 83-96.

### Resumen

*En este trabajo se analiza la asimilación de experiencias problemáticas de una paciente focalizándose en el diálogo entre las voces dominantes y no dominantes en el nivel de Insight, ya que es donde mejor se puede estudiar el puente de significado que se establece entre las voces. Este estudio de caso surge de otro trabajo anterior en el que se abordaba el papel del terapeuta en el contexto de la terapia lingüística de evaluación. En esta investigación se estudian, fundamentalmente, las actividades realizadas por la paciente, es decir, cómo surgen las voces en sus Insights, y cómo la paciente maneja dichas voces. Los resultados indican, principalmente, qué relación establece la paciente con sus voces en el nivel de Insight, así como con las "voces terapéuticas". Una de las conclusiones principales de este trabajo es que los datos revelan la importancia que tiene que la paciente disminuya el peso de las voces dominantes para que se produzca la asimilación de la experiencia problemática. Igualmente, los datos sugieren la importancia de establecer un diálogo interpersonal (entre paciente y terapeuta), al igual que un diálogo intrapersonal (entre las voces del paciente) para lograr niveles elevados de asimilación.*

Palabras clave: Asimilación, Voces, Insight, Puente de Significado, Terapia Lingüística de Evaluación

### Abstract

*This paper analyzes the assimilation of the problematic experiences of a patient. It focuses on the dialogue between nondominant and dominant voices in the Insight stage, where this dialogue between voices is seen better. This study is based on a previous one where the role of the therapist in the context of linguistic therapy of evaluation was explored. In the present study, patient's activities are analyzed, that is, how voices appear in patient's Insights and how the patient dealt with these voices. Basically, results show the relationship of the patient with her voices on the Insight stage as well as with "the therapeutic voices". One of the main implications of this study is that data show the relevance of diminishing the role of dominant voices in order to assimilate a problematic experience. Also, data suggest the importance of establishing an interpersonal (between patient and therapist), as well as an intrapersonal dialogue (within patient's voices) to reach high assimilation stages.*

Keywords: Assimilation, Voices, Insight, Meaning Bridge, Linguistic Therapy of Evaluation

Fecha de recepción v1: 04/06/14. Fecha de recepción v2: 17/06/14. Fecha de aceptación: 07/07/14.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: Isabel.Caro@uv.es - Sergio.Perez-Ruiz@uv.es

Dirección postal: Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Avda. Blasco Ibáñez, 21. 46010-Valencia (España)

© 2014 Revista de Psicoterapia



## Introducción

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas (Stiles et al., 1990, 1991) describe el proceso del cambio. Lo que plantea este modelo es que el sí mismo está compuesto de una serie de recursos de tipo cognitivo, afectivo y conductual que nos caracterizan como personas y que tienen una propiedad agente, siendo trazos de nuestras experiencias (Osatuke et al., 2004; Stiles y Angus, 2001; Stiles, Osatuke, Glick y Mackay, 2004). A este acúmulo se le denomina *voces dominantes* (VDs) (Honos-Webb y Stiles, 1998). Desde el modelo de asimilación se parte de la idea de que el *self* es dialogal (Hermans, Kempen y Van Loon, 1992).

El concepto de voz incluye lo que desde otros enfoques se ha denominado como objetos (teoría de las relaciones objetales), arquetipos (psicología analítica de Jung) o pensamientos automáticos (terapias cognitivas), por ejemplo. Los seres humanos tenemos experiencias que intentamos asimilar e integrar en nuestro sí mismo. Si éstas no están, o no surgen en oposición ante las VDs se convierten en otro recurso más, sumado a los ya existentes. Pero si, por el contrario, estas nuevas experiencias se oponen o contradicen a las VDs, se van a convertir en experiencias problemáticas. Se niegan, rechazan y no se asimilan (*voces no dominantes*) (VNDs). De este modo, una experiencia problemática puede definirse como una voz activa, y separada en el sí mismo de la persona (Honos-Webb y Stiles, op. cit.), y que se refiere a una memoria traumática, a una parte no aceptada por el sí mismo, o cualquier aspecto que produce dolor y sufrimiento a una persona (Osatuke et al., 2004). La asimilación supone que el sí mismo es capaz de integrar estas VNDs.

Para que se dé esta integración se debe dar un diálogo entre voces, o una *comprensión mutua* entre ellas. Esto es, tanto las VDs como las VNDs se comunican entre sí y ambas cambian. Por lo tanto, el diálogo entre ambas voces es el resultado de la asimilación y el sí mismo integra aquello que inicialmente no reconocía, dotando a la persona de más recursos. Como sugieren Honos-Webb y Stiles (1998) la asimilación representa la emergencia y la aceptación de la voz problemática dentro de la comunidad de voces. El proceso de asimilación supone una secuencia de niveles a través de la cual el paciente debe ir avanzando (Stiles et al., 1990), y que supone, entre otras cuestiones, que la relación entre la voz dominante y la voz no dominante vaya modificándose gradualmente sufriendo una acomodación que facilita que la experiencia inicialmente no aceptada por el "self" se integre en éste (Honos-Webb y Stiles, 1998).

La asimilación se mide mediante la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* (APES; Stiles, et al., 1991) que consta de 8 niveles que describen el proceso a seguir para la asimilación de una experiencia problemática. Al comienzo las experiencias se niegan (Nivel 0, Supresión) o se evitan (Nivel 1, Evitación). Cuando las VNDs surgen en la conciencia lo hacen desde la perspectiva de la VD y con una fuerte carga afectiva (Nivel 2, Surgimiento). A continuación, se puede producir una clarificación de lo dominante y lo no dominante (Nivel 3, Clarificación) para pasar, después, a una comprensión más elaborada o nivel 4 de Insight.

Este nivel de Insight constituye el foco de nuestra investigación, por ello nos detendremos en él, brevemente.

En diferentes enfoques terapéuticos facilitar el Insight constituye una clave importante del proceso de cambio (McAleavey y Castonguay, 2013), considerándose como un factor común a muchas psicoterapias. Además, se valora como un resultado importante que ocurre durante la sesión de terapia (Timulak y McElvaney, 2013). El Insight representa para el paciente una nueva comprensión sobre su experiencia (Gibbons, Crists-Christoph, Barber y Schamberger, 2007). Desde el punto de vista del modelo de asimilación, es en este nivel donde mejor se puede apreciar el *punte de significado* o diálogo entre las voces. El puente de significado se construye cuando ambas voces entienden un signo, una experiencia en la misma dirección (Osatuke et al, 2004). Dicho de otro modo, el puente de significado es una frase, una palabra, una historia, una imagen que tiene el mismo significado tanto para la voz dominante como para la experiencia problemática, lo que permite que se establezca una conexión entre las voces a través de una comprensión mutua (Glick Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006). Por ejemplo, una paciente establece un puente de significado entre la voz dominante y no dominante, es decir, experimenta un nivel APES de Insight cuando comenta lo siguiente durante la terapia: “Me doy cuenta de que yo me siento tan cansada (voz no dominante), porque hago muchas cosas, intentando controlarlo todo (voz dominante)” (Caro, Pérez y Llorens, 2014).

El hecho de que un paciente alcance un nivel 4 o Insight en el proceso de asimilación se asocia, en diferentes investigaciones de estudios de caso, con una mejora en la sintomatología (Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg, 1999; Stiles et al., 1992, 2004), es decir, el Insight permite diferenciar entre los casos con cambio en la comparación estándar pre-test-post-test y aquellos en los que el cambio es menor (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2006).

Una vez que se produce dicha comprensión o Insight se puede pasar a señalar nuevas vías de acción y comportamiento (Nivel 5, Aplicación) que facilitan alcanzar el Nivel 6 (Solución del problema) y finalmente, la integración de experiencias problemáticas en el sí mismo convirtiéndose en nuevos recursos sumados a las voces ya existentes, dominantes (Nivel 7, Dominio).

El proceso de asimilación que acabamos de describir, en el que se establece, como hemos dicho, un diálogo entre la voz dominante y la no dominante (experiencia problemática) puede considerarse un proceso *intrapersonal* muy parecido a lo que ocurre en las relaciones humanas en las que dentro de un grupo inicialmente se excluye o margina a un nuevo integrante, a un nuevo miembro que intenta acceder a dicho grupo ya constituido. Poco a poco se van limando asperezas entre los integrantes del grupo y la persona que pretende acceder a él hasta que finalmente se acepta. El grupo representaría la comunidad de voces y la persona no aceptada, en un principio, la voz no dominante o la experiencia problemática. En el Cuadro

1 tenemos una breve descripción de cada uno de los niveles de la APES.

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

<b>NIVELES DE LA ESCALA APES</b>
<b>NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN:</b> El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. <i>No se habla del problema. El cliente no trabaja en el problema</i> La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).
<b>NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/EVITACIÓN:</b> <i>Control/evitación</i> El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el cliente 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.
<b>NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:</b> 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.
<b>NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:</b> <i>Ves lo que pasa y lo que lo impide.</i> El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema. El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico.
<b>NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT:</b> 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)
<b>NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN:</b> 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.
<b>NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA:</b> 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.
<b>NIVEL 7. DOMINIO:</b> 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

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

El trabajo que aquí presentamos complementa otro recientemente publicado (Caro et al., 2014) en donde se estudió, por primera vez, el papel del terapeuta en el contexto de la terapia lingüística de evaluación (TLE), la terapia en la que llevamos varios años analizando el proceso de asimilación de los pacientes tratados con ella (Caro, 2006a,b, 2007, 2008, 2011). En este trabajo se hizo hincapié en cuáles eran las principales operaciones terapéuticas que, en el contexto de la TLE, podíamos relacionar con la aparición de uno de los momentos principales en el proceso de asimilación, el Insight, entre las VDs y las VNDs, encontrándose dos grandes bloques: 1) actividades de la terapeuta propias de la TLE y relacionadas con los Insights (por ejemplo, “la terapeuta busca la orientación extensional”), y 2) actividades de la terapeuta relacionadas con cómo se manejaban las voces de la paciente (por ejemplo, “la terapeuta desafía las VD de la paciente”).

Pero, en esta investigación, encontramos no sólo que la terapeuta se dirigía y trabajaba con las voces de la paciente, mediante determinadas operaciones terapéuticas, sino que la paciente también realizaba determinadas actividades. Es decir, aquí presentaremos datos desde la perspectiva de una paciente, focalizándonos en cómo aparecen las voces en sus Insights (medidos con la APES), concretando el manejo de las voces por su parte. Seguiremos una perspectiva, fundamentalmente, cualitativa, aunque presentaremos algunos datos cuantitativos para enmarcar estos resultados.

## Método

*Muestra y Procedimiento.* Se analizaron 85 Insights tomados del proceso de asimilación de una paciente, María (un pseudónimo), de 54 años, tratada con éxito con la TLE, durante 14 sesiones. Los Insights aparecieron en las 14 sesiones, salvo las sesiones #2, #8 y #9. María fue diagnosticada con trastorno de ansiedad generalizada con síntomas depresivos. La terapeuta fue la primera firmante de este trabajo. La terapia siguió exclusivamente los principios de la TLE y no del modelo de asimilación, centrándose, por tanto, en las metas, actividades y tareas terapéuticas de la TLE.

Muy brevemente, la TLE es un tipo de terapia cognitiva, desarrollada a partir de la teoría de la Semántica General (Korzybski, 1933), basada en cómo estructuramos el conocimiento mediante el uso del lenguaje (Caro, 1994). Fundamentalmente, busca el desarrollo de una *orientación hacia el lenguaje* de tipo *extensional* que toma la forma de *no identificaciones palabras-‘hechos’*, de *no anticipaciones* (no saltar a conclusiones y vivir en el aquí y ahora), y de *extensionalizaciones* (usar un lenguaje condicional, de matices, que busca el ejemplar dentro de la categoría). Esta orientación se opone a la denominada *orientación intensional*, que se relaciona con el desarrollo de problemas emocionales y de forma concreta, supone hacer *identificaciones palabras-‘hechos’*, hacer *anticipaciones* e *intensionalizaciones* (uso de un lenguaje absolutista, en donde el ejemplar se incluye en la categoría; Caro, 1999).

La asimilación de las experiencias problemáticas de María ha aparecido en

otros trabajos (Caro, 2006b, 2007) así como la convergencia y relación entre sus voces (por ejemplo, Caro, 2009). Sus VDs eran “necesidad de control”, de “hacer cosas y darse a los demás” y “superar los obstáculos”; mientras que sus VNDs fueron “mareo”, “cansancio” e “incapacidad para hacer cosas”. Estas voces se consideran VNDs porque chocaban con sus VDs anteriores, que siempre había podido llevar a la práctica o hacer válidas, siendo sus recursos habituales para afrontar situaciones difíciles. Es decir, en vez de huir de ellas, las intentaba controlar y superar por todos sus medios. Esto le había funcionado hasta el momento. Su situación, en el momento de acudir a terapia, con mareos y cansancio continuos, por ejemplo, impedía hacer válidas estas VDs. El análisis consistió, por tanto, en encontrar cómo aparecían estas voces en el nivel de Insight.

La primera autora de este trabajo codificó todos y cada uno de los 85 Insights en función de cómo aparecían las VDs y VNDs en este nivel de Insight. Esta codificación se pasó a dos jueces (con experiencia en el modelo de asimilación) que revisaron la codificación inicial. El nivel previo de acuerdo fue de 93.94% con el juez 1 (2º autor de este trabajo) y de 94.70% con el juez 2.<sup>1</sup> Todos los códigos se revisaron, en diversas reuniones, hasta que se llegó a un acuerdo total entre jueces. Este procedimiento dio como consecuencia 124 códigos que describen el manejo de las voces, por parte de María, en el nivel de Insight.

## Resultados

Los resultados muestran fundamentalmente dos cosas. En primer lugar, cómo se relaciona María con sus voces en el nivel de Insight y, en segundo lugar, cómo se relaciona María con las “voces terapéuticas”. Es decir, se encontró que no sólo se producía un diálogo *intrapersonal*, que manifiesta, por ejemplo, cómo María disminuyó o comprendió el peso de la VD y de la VND, sino que se produjo, también, un diálogo *interpersonal*. Es decir, María siguió o se dejó guiar por las “voces terapéuticas”, esto es, los elementos básicos de la conceptualización y trabajo en la TLE, planteados por la terapeuta. De manera, que algunos de estos Insights recibieron un doble código.

Así, y de forma resumida, los 124 códigos relacionados con las voces se repartieron entre 5 categorías, basadas en la observación por los jueces de estos Insights, con una particularidad. Al codificar algunos de estos Insights se vio que cuando María “seguía las voces terapéuticas”, se apreciaba, igualmente, la relación de María con sus voces (es decir, 3 de las restantes 4 categorías), recibiendo, pues, las voces en estos Insights un doble código. En la Tabla 1 nos aparecen los datos totales, mientras que en la Tabla 2 aparecen los datos que analizan de forma más pormenorizada la categoría de “seguir las voces terapéuticas”. Así, estos 124 códigos suponen la suma de cómo aparecían las voces en 85 Insights + las 39 ocasiones (véase Tabla 2) en donde se dio un doble código. Veamos estos resultados de forma más concreta.

*Resultados cuantitativos*

Tal y como aparece en la Tabla 1, María disminuyó el peso de la VD en 49 de estos Insights (39.52%), siguió las voces terapéuticas en 41 de estos Insights (33.06%), comprendió el peso de la VD en 20 ocasiones (16.13%) y de la VND en 10 (8.06%), y finalmente reforzó su VD, pero asimilando la no dominante, en 4 ocasiones (3.23%).

**Tabla 1. Las voces en los Insights de María**

Relación entre voces	Σ y %
Disminución del peso de la VD	49 (39.52%)
Seguir las voces terapéuticas	41 (33.06%)
Comprender la VD	20 (16.13%)
Comprender la VND	10 (8.06%)
Reforzar la VD y asimilar la VND	4 (3.23%)

VD (voz dominante); VND (voz no dominante)

Los códigos dobles tienen que ver con cómo el Insight reflejaba su seguimiento de las voces terapéuticas que a su vez facilitaba el manejo de las voces. En la Tabla 2 nos aparecen estos resultados. Así, de las 41 ocasiones donde “seguía las voces terapéuticas”, 28 (68.29%) de ellas reflejaban, al mismo tiempo, cómo “disminuía el peso de la VD”, esto es, de las 49 ocasiones (Tabla 1) en donde María “disminuyó el peso de la VD”, en 28 lo hizo, a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). 8 (19.51%) de estos Insights reflejaban que María a la vez que “seguía la voz terapéutica”, “comprendía su VD”, o lo que es lo mismo, de los 20 ocasiones (Tabla 1) en las que María “comprendió su VD”, 8 de ellas lo hizo a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). María “comprendía su VND” a la vez que “seguía las voces terapéuticas” en 3 (7.32%) de estos Insights. Es decir, de las 10 ocasiones (Tabla 1) en las que “comprendió la VND”, en 3 lo hizo a la vez que “seguía las voces terapéuticas” (Tabla 2). Finalmente, en sólo 2 (4.88%) ocasiones se produjo, exclusivamente, un “seguimiento de las voces terapéuticas.”

**Tabla 2. Las voces desde una perspectiva intrapersonal e interpersonal en los Insights de María**

	Seguir voces terapéuticas	Disminuye VD	Comprende VD	Comprende VND
Seguir voces terapéuticas	2 (4.88%)	28 (68.29%)	8 (19.51%)	3 (7.32%)

VD (voz dominante); VND (voz no dominante)

Para clarificar estos datos cuantitativos ofreceremos algunos datos cualitativos de los códigos principales. En ellos se aprecia cómo aparecen las voces en este

nivel de Insight, a través de una serie de “actividades” que realiza María.

*María disminuye el peso de la voz dominante*

En el primer Insight (surgido, ya, en la sesión #1), María manifiesta un cambio en la perspectiva de las cosas en relación a sus VDs principales. En el ejemplo, María minimiza y disminuye el peso de la VD de control y de superar todas las cosas, al aceptar el mareo. Es decir, la VND “pide sitio” y la VD debe cambiar. Esto es importante, puesto que para que se produzca el *punteo de significado*, facilitando la asimilación, la búsqueda de María de controlar las cosas y superarlas (sus VDs basadas en sus experiencias de toda su vida) debía adaptarse a las nuevas experiencias, en este caso, en forma de VND opuestas a las VD. María había intentado (siguiendo sus VDs) superar el mareo y cansancio continuo, pero no lo conseguía a pesar de todos sus esfuerzos. En el contexto de la exploración de lo que pensaba sobre sus mareos (VND), María dio este Insight: “Ahora ya estos días, estoy pensando que podría ser una cosa que se me va a quedar continuo”. Inferimos que esta aceptación de su VND suponía un cambio importante en la VD de control, manifestando que intentaba asimilar sus VND que chocaban (pues, no controlaba el mareo), en todo momento, con las VD.

El siguiente ejemplo (sesión #7), manifiesta de nuevo, cómo intenta asimilar la experiencia de mareo (VND). María y su terapeuta están hablando sobre cómo iba y hasta dónde se podía llegar controlando los mareos (lo que supone que la terapeuta asumía la VD de María, véase, Caro et al., 2014), y María hace la siguiente reflexión que se considera un Insight, cuando está hablando de que está pudiendo llevar esa sensación de mareo:

*María:* Yo me....lo que reflexiono de esa sensación es que hay veces que tienes un brazo inútil, vamos a suponer...

*Terapeuta:* Sí.

*M:* ....y que te suponga una carga inútil y una cosa inútil, ¿no?...

*T:* Mhm, mhm.

*M:* .... pero, hay veces, que ese mismo brazo inútil te acostumbras a llevarlo contigo, y es una parte más del cuerpo, que no te sirve.... que no te sirve, pero que está ahí, y no...., ¿eh?, o sea...

*T:* Mhm, mhm.

*M:* ... algunas veces te causa trauma y otras veces no te causa tanto trauma.

Inferimos que con este Insight sigue disminuyendo el peso de la VD, al igual que empezó a manifestar ya en la Sesión #1 del ejemplo anterior. Para María sigue siendo importante intentar controlar las cosas (VD) y que el mareo (VND) desaparezca, pero su “reflexión de acostumbrarse a llevarlo” supone, asumimos, que es capaz de asimilar esta VND, para lo cual, la VD debe minimizar su peso, o lo que es lo mismo, “a veces hay cosas que se controlan, otras no, y una se acostumbra a llevarlas.”

El último ejemplo en este apartado proviene de la misma sesión #7. De nuevo,



manifiesta María el juego entre voces con otro Insight donde vuelve a manifestar lo importante que era para ella adaptarse a lo que le pasaba, asimilando su sensación de mareo (VND). Inferimos, en este Insight, que esta adaptación requiere que la VD disminuya su peso (controlar y superar) y “se relacione” de forma diferente con las VNDs contrapuestas. El contexto terapéutico supone que María y su terapeuta están hablando de sus posibilidades de cambio y de la sensación de optimismo que últimamente María tenía. María comenta que está mentalizada a llegar hasta cierto punto (lo que refleja asimilación) y añade estos comentarios que se consideraron un Insight:

*María:* Lo que quiero es aprender a vivir normal y corriente con lo que sea y que no sea un trauma.

*Terapeuta:* Mhm, mhm. Bien.

M: Entonces, a mí, ese horizonte es el que me hace ver las cosas de manera diferente.

*María sigue las voces terapéuticas y al mismo tiempo disminuye el peso de la voz dominante*

Los Insights relacionados con esta categoría son los más complejos, por cuanto suponen describir e inferir que, al mismo tiempo que María “seguía las voces terapéuticas”, manifestaba algún tipo de actividad hacia las voces que era del mismo tipo que los otros Insights en donde sólo se apreció por los jueces una única actividad. Veamos algunos ejemplos.

En un Insight, en la sesión #4, María y la terapeuta están hablando de la sensación que tiene de “ser una carga”. Desde la perspectiva de las voces, apreciamos aquí a la VND desde la perspectiva de la dominante: “si no me doy a los demás soy una carga”. Es decir, “tengo que hacer cosas y ayudar a los demás” (VD). Cuando María no podía hacerlo por la sintomatología física que tenía, las consecuencias de ello, en forma de etiquetas se consideraron una VND que María debía asimilar. La terapeuta plantea el desarrollo de una *orientación extensional*, uno de los elementos clave de la TLE y que consiste en usar el lenguaje de forma diferente para la construcción de los ‘hechos’. María sigue aquí el tipo de desafíos, búsqueda de la orientación extensional típica de la TLE, que en el contexto del modelo de asimilación supone que se plantee sus VDs.

*Terapeuta:* “Es que la mayoría de las veces nuestras etiquetas son definiciones equivocadas y en este caso puede ser que no sea adecuada...”

*María:* “Es más un complejo que una realidad, es un complejo que tengo yo, más que una realidad (Insight).”

Aquí María cambia o niega una etiqueta y es capaz de darse cuenta que porque no controle o domine todo (VD) no debe etiquetarse como una carga (VND). Sigue lo que le plantea la terapeuta y modifica su etiqueta (desarrollo de la *orientación extensional*), que desde el punto de vista de la TLE es *intensional* (empleo de un lenguaje absolutista). Desde el punto de vista del modelo de asimilación, María cambia la VD en su oposición a la VND: “no es verdad que porque no pueda hacer

todo lo que quiero (disminuye el peso de la VD), sea una carga”.

En el siguiente ejemplo, siguen María y la terapeuta hablando de esa sensación de ser una carga. Estamos en la misma sesión y con posterioridad al Insight anterior. En esta ocasión la terapeuta y María siguen trabajando para que intente no etiquetarse como una carga. La terapeuta le pregunta por una situación, por ella vivida, en la que pudiera etiquetarse como una carga (desarrollo de la *orientación extensional* en forma de búsqueda de etiquetas ajustadas a ‘hechos’). Recordemos, “una carga porque no podía hacer cosas”. Ante la pregunta de la terapeuta, María respondió: “No sé, la de la carga si lo pienso bien, no”. Este Insight supone una modificación de una etiqueta intensional, que era la meta que se planteaba la terapeuta. Para lograrlo es necesario, inferimos, que María disminuya el peso de la VD: “darse a los demás y hacer cosas continuamente por ellos”. De nuevo, podemos inferir, que María modifica su forma habitual de pensar y comportarse (“darse a los demás”) y comienza a asimilar que puede dejar espacio para funcionar de manera diferente. Para “dejar ese espacio”, la VD debe cambiar su peso.

El último ejemplo, es continuación de los dos anteriores. Aquí, de nuevo, la terapeuta sigue trabajando con la etiqueta intensional, intentando que María busque ‘hechos’. La terapeuta le plantea, otra vez, que busque ‘hechos’ y María responde:

*María:* No, no, hay que buscarlo.

*Terapeuta:* Es que hay que buscarlo.

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

T: Claro, porque es...

M: ... y no lo tengo.

Asumimos, entonces, que María sigue este trabajo terapéutico en el contexto de la TLE. Trabajo que se refleja en una de las actividades que aparecen más destacadas en el nivel de Insight: la disminución del peso de la VD.

### *María comprende su voz dominante*

El siguiente Insight, que ejemplifica estos códigos, también está tomado de la sesión #4: María comprende el origen, las teorías sobre cómo debe comportarse y el peso que le da a las VDs. Estos ejemplos muestran, asumimos, que es importante para la asimilación que no sólo disminuya el peso de las VDs, sino que éstas se comprendan por la paciente.

*María:* “Entonces, no sé, yo lo que encuentro es que el problema que se me acumula a mí es por eso. Por qué otra gente, haciendo la mitad de lo que hago yo, viven su vida, y notan que cumplen con su deber, que son maravillosas, que son... y yo no puedo ser así”.

En la sesión #6 María, de nuevo, hace un Insight donde manifiesta que comprende perfectamente cuáles son sus VD, en este caso, la necesidad de controlar y superar, dominando las cosas. Daremos un poco de contexto para ejemplificar mejor, el reconocimiento, en forma de Insight que hizo María:

*Terapeuta:* ... Recuerde que no es el mareo única y exclusivamente su

problema.

*María:* Claro.

T. Es lo más llamativo.

M: Sí.

T: En cuanto que es lo que la hace sentir mal.

M: Exacto.

Estos pasajes recibieron un código APES de 3, o Clarificación (véase Cuadro 1).

Inmediatamente viene el Insight de María que refleja su comprensión de la VD. Dijo María: “Yo lo que veo que no puedo dominar” (se infiere, “... me causa problemas”).

El último ejemplo que ofreceremos es de una sesión posterior, la #12. En este Insight se muestra cómo María se da cuenta de por qué últimamente está más cansada. En ello le ayuda un comentario de su hija que le señala la importancia que para ella tiene “hacer cosas” (VD). María contempla la posibilidad de que su cansancio se deba a que ha empezado a hacer más cosas, a consecuencia de que se iba encontrando mejor.

*María:* Sí, ella me dice: “mamá, no te preocupes que yo sí veo que estás más animada y entonces... aunque tú creas que no...”

*Terapeuta:* Es que + usted, no se... Exacto.

M: ... haces más cosas que hacías +, tú no te das cuenta pero haces más cosas que hacías”. Pues, puede ser, porque yo antes, por ejemplo, salir a la calle a hacer la compra y eso, yo sola no podía, es que no... Me daba la sensación de que me iba a caer y era una sensación tan fuerte, tan fuerte, que me volvía a casa. Y ahora, no, ahora salgo todos los días a todo lo que me hace falta... y... voy a su casa, que está a la otra parte de la calle, si quieres, que no es mucho, pero voy dos o tres veces si hace falta durante el día, que antes... no iba nunca. O sea, no... o sea, iba acompañada, sola no me atrevía. Pues puede.

## Discusión

Diversas cuestiones terapéuticas importantes se manifiestan en el nivel de Insight. Explorando más detalladamente este nivel observamos cuestiones que podemos relacionar con los supuestos básicos del modelo de asimilación, sobre todo, aquellos que tienen que ver con cómo se produce el diálogo entre voces, en este nivel. Según Glick Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg (2006) los cambios que se pueden producir en el paso en los niveles intermedios de asimilación, por ejemplo, entre el nivel 3, o Clarificación y el 4 o Insight muestran cambios *intrapersonales* (relaciones entre voces internas) al igual que cambios *interpersonales* (relaciones entre el paciente y otras personas). En esta investigación hemos visto cómo se producen estos cambios, aunque, exclusivamente, en el nivel de Insight (Nivel 4).

Nuestros datos se relacionan con un concepto empleado en el modelo de asimilación, la *parcialidad multilateral* (Osatuke et al., 2005). Este concepto señala

que, para asimilar, el terapeuta se debe alinear tanto con las VNDs, como con las VDs de un paciente. En un estudio previo (Caro et al., 2014) con estos Insights de María se ha encontrado, precisamente, dicho extremo. No obstante, también se ha postulado que los *puentes de significado* o Insights se deben construir, primero, de forma *interpersonal* entre paciente y terapeuta, y luego de forma *intrapersonal*, entre las voces internas de un paciente (Mosher y Stiles, 2009). Esto es, para asimilar debe existir una alianza entre las voces del terapeuta y del paciente. Nuestros datos muestran, de forma tentativa, esta alianza. Muestran cómo facilita construir un puente de significado que el paciente siga, o se alinee, con las “voces terapéuticas”. Esto se relaciona con considerar al Insight como la construcción de una nueva comprensión (Hill, 2004), en donde los pacientes describen formas distintas de comprender y comunicarse con la voz del terapeuta.

Un porcentaje importante de estos Insights se puede relacionar con aspectos terapéuticos relevantes. Esto es, el diálogo entre voces se puede facilitar por la interacción entre paciente y terapeuta. La asimilación no puede ser ajena a la alianza terapéutica (Stiles et al., 1990) en el sentido de que si hay un acuerdo en tareas propuestas (véase, Bordin, 1979), o lo que es lo mismo, el paciente “sigue al terapeuta”, en este caso en algunas de las actividades típicas de la TLE, la asimilación va a progresar mucho más rápido. Podemos señalar, entonces, que paciente y terapeuta están trabajando en parte de estos Insights en una zona cómoda para el paciente. El paciente sigue al terapeuta, es decir, ambos participantes se mueven dentro de la zona de desarrollo próximo (o ZPD, Vygotsky, 1978), o “el segmento del continuo APES en el que el cliente puede proceder de un nivel al siguiente con la asistencia del terapeuta” (Leiman y Stiles, 2001, pág. 315). Este concepto es importante y se ha relacionado con el progreso en psicoterapia (Ribeiro et al., 2014) y con el progreso en la asimilación (Leiman y Stiles, 2001) e, incluso, con dificultades en el proceso de asimilación, cuando el paciente no sigue al terapeuta (Caro y Stiles, 2013).

Igualmente, debemos señalar que si la VD es nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos, ésta en su oposición a la VND debe cambiar, para que la VND sea aceptada y asimilada (Honos-Webb y Stiles, 1998). Nuestros datos muestran la importancia que tiene que María disminuya el peso que se le da a las VDs. Es decir, asumimos que María asimila pues es capaz de convivir con sus VNDs, su sensación de mareo, de cansancio y sus dificultades para hacer cosas, y esto se logra cuando minimiza el peso de la VD: es decir, María es capaz de reconocer que no puede controlarlo todo, dominarlo todo o hacer todo lo que quiere y acepta estas experiencias problemáticas (véase los pasajes seleccionados en el apartado de Resultados).

Este estudio tiene limitaciones, sobre todo, la muestra pequeña sobre la que se trabajó y hacerlo, exclusivamente, en el nivel de Insight. Trabajos futuros desarrollarán esta cuestión con una muestra mayor de pasajes en donde se muestre el proceso de asimilación, recorriendo todos los niveles de la APES. Aunque los datos

son tentativos, no dejan de reflejar cambios que se han producido en sesión y que ejemplifican principios básicos del modelo de asimilación.

Además, hemos seguido una perspectiva de tipo transversal y no longitudinal. Sería interesante encontrar la asimilación y la interacción paciente-terapeuta (siguiendo el concepto de “responsividad”; Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998) y ver cómo aparece la interacción entre ambos participantes de la terapia a lo largo de todo el proceso de asimilación, teniendo en cuenta no sólo el paso entre los distintos niveles de la APES, sino la relación de ellos con las diversas actividades terapéuticas, tanto del terapeuta, como del paciente. Estos trabajos, siguiendo una perspectiva más longitudinal están, igualmente, en curso.

En definitiva, y a pesar de las limitaciones, el estudio del cambio propuesto por el modelo de asimilación se debe complementar con el estudio del cambio en las voces de un paciente y de la relación entre las voces terapéuticas y las del paciente.

### Notas:

1 Los autores quieren agradecer a Sara Llorens su participación como juez

### Referencias bibliográficas

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Caro, I. (1994). *La práctica de la terapia lingüística de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Caro, I. (1999). *La investigación de procesos: Análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación*. Número monográfico. *Psicologemas, Nº 25-26*, 1-192.
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness. *Psychotherapy Research, 16*, 422-435.
- Caro, I. (2007). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación. ¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas? *Boletín de Psicología, 89*, 47-73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 16*, 182-198.
- Caro, I. (2009). Convergence of voices: Assimilation in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 16*, 182-198.
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169-188.
- Caro, I., Pérez, S., y Llorens, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly, 27*, 217-240.
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23*, 35-53.
- Detert, N.B., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M., y Stiles, W.B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*, 393-407.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., y Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A review of empirical literature. En L.G. Castonguay y C.E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy*, (pp. 143-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glick Brinegar, M., Salvi, L.M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 165-180.

- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. y Van Loon, R.J.P. (1992). The dialogical self. *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Hill, C.E. (2004). *Helping skills. Facilitating exploration, insight and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S., y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: the case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity. An introduction to non-aristotelian systems and General Semantics* (4rd ed. 1958). Lakeville: Institute of General Semantics.
- Leiman, M. y 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.
- McAleavey, A.A. y Castonguay, L. G. (2013). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist-reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy*, 23, 1-12.
- Mosher, J.K. y Stiles, W.B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy*, 46, 4, 432-447.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds Jr., D. J., Humphreys, C. L., Salvi, L. M., y Stiles, W. B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. En L. Angus y J. McLeod (Eds.), *The Handbook of narrative and psychotherapy* (193-210), Thousand Oaks: Sage.
- Osatuke, K., Humphreys, C.L., Glick, M.J., Graff-Reed, R.L., McKenzie Mack, L., y Stiles, W.B. (2005). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 21-44.
- Ribeiro, A.P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M.M., Stiles, W.B., Horvath, A.O. y Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24, 346-359.
- Stiles, W.B., y Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. En J. Frommer y D. L. Rennie, *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112 – 127). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F.R., Shapiro, D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., y Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1213-1226.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M., y 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., y Firth-Cozens, J., (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Stiles, W., Osatuke, K., Glick, M. J. y Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion. An elaboration of the assimilation model. En H.J.M. Hermans y G. Dimaggio (eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Hove: Brunner – Routledge
- Timulak, L., y McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26, 131-150.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.