



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT DE PSICOLOGIA

*PROGRAMA DE DOCTORADO:
295D PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD, INTERVENCIÓN ÁREAS CLÍNICAS Y
SOCIALES*

TESIS DOCTORAL

LAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS EN LA
ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS
PROBLEMÁTICAS: UN ESTUDIO DE CASO

Presentada por:
Sergio Pérez Ruiz

Dirigida por:
Prof.^a Dra. Dña. Isabel Caro Gabalda

Valencia, 2014

“Clients come to therapy to tell their stories”

(Polkinghorne,1988, p. 179)

Agradecimientos

A la Profesora Isabel Caro. Cuando fui por primera vez al despacho de la Profesora Caro son muchas las cuestiones de las que hablamos. Todas ellas me parecieron oportunas, pero dos se han convertido en esenciales en la relación de trabajo que establecimos a partir de dicho instante.

En primer lugar, la sistematicidad, la rigurosidad, la constancia con la que ambos, repito ambos, hemos trabajado. Digo ambos porque desde que comenzó nuestra andadura conjunta, es cierto que yo he trabajado casi todos los días desde entonces en la tesis, pero la Profesora Caro también. Todos los lunes o martes o viernes de cada semana durante aproximadamente dos años nos hemos visto como mínimo 1 hora para trabajar en este proyecto de investigación. En segundo lugar, la Profesora Caro me ha transmitido su buen hacer a nivel investigador.

Para concluir con estos agradecimientos a la Profesora Caro remarcar que otras dos cuestiones, estas más de carácter personal y que sin duda influyen también en el ámbito profesional, me han resultado dignas de admiración, su respeto y su educación en la relación conmigo, lo cual ha influido también en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Al Profesor W. B. Stiles por su disposición a supervisar estos primeros trabajos sobre actividades terapéuticas, aunque sea a distancia.

Al Profesor Juan Luis Chorro por estar siempre disponible para ayudarme a entender mejor algunos aspectos metodológicos. Y al Profesor Jose Manuel Iraurgi Castillo por sus explicaciones y aclaraciones acerca del *Índice de Cambio Fiable* (ICF).

A los jueces (Mauro Bolmida, Sara Llorens y Manuel Ramos) que han dedicado su tiempo y su esfuerzo también gracias, ya que sin ellos/as hubiese sido imposible la investigación.

A mi mujer, Gloria Navarro Haba, que me animó a ser mejor persona y mejor profesional. Sin su apoyo, sin su confianza en mí, creo que esta tesis doctoral hubiera sido más difícil de realizarla o tal vez no hubiese visto la luz jamás. Su sacrificio me conmueve.

Una tesis no es el trabajo de una sola persona si no el esfuerzo conjunto de diferentes personas. A todos, GRACIAS.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	11
El estudio del cambio en psicoterapia	15
<i>1. Historia de la Investigación en psicoterapia</i>	15
<i>2. Objetivos y metodologías de investigación en psicoterapia</i>	18
La investigación de resultados	19
<i>1. Principales conclusiones</i>	19
<i>2. Los tratamientos empíricamente validados</i>	22
<i>3. Ventajas y desventajas de la investigación de resultados</i>	26
La investigación de procesos	29
<i>1. Historia de la investigación de procesos</i>	29
<i>2. Definición de la investigación de procesos</i>	30
<i>3. Características de la investigación de procesos</i>	32
<i>4. Principales resultados de la investigación de procesos</i>	34
<i>5. Tipos de investigación de procesos</i>	37
<i>6. Ventajas y desventajas de la investigación de procesos</i>	43
La investigación cualitativa	48
<i>1. Historia de la investigación cualitativa</i>	48
<i>2. Definición</i>	51
<i>3. Principales características de la investigación cualitativa</i>	54
<i>4. Principales resultados</i>	57
<i>5. Tipos de investigación cualitativa</i>	58
<i>6. Estudios de caso</i>	60
<i>7. Ventajas y desventajas de las investigaciones cualitativas</i>	62

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas	64
<i>1. Definición del modelo de asimilación de experiencias problemáticas</i>	65
<i>2. Conceptos principales del modelo de asimilación</i>	66
<i>3. Principales resultados del modelo de asimilación de experiencias problemáticas</i>	76
El papel del terapeuta en la asimilación de experiencias problemáticas	82
<i>1. ¿Qué y quién es el terapeuta?</i>	83
<i>2. ¿Qué hace el terapeuta en terapia para fomentar un cambio en el paciente?</i>	97
Objetivos	142
CAPÍTULO 2. MÉTODO	143
Descripción de la Terapia	146
Instrumentos de Evaluación	149
Descripción de la paciente	151
Procedimiento de preparación de la transcripción para el análisis de APES	161
Procedimiento para codificar las intervenciones del terapeuta	165
Procedimiento para valorar el papel del terapeuta en la asimilación de una experiencia problemática	171
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	173
Cambio y proceso de asimilación de la experiencia problemática en Olivia	175
<i>1. Cambio en Olivia según la comparación estándar Pretest-Posttest y según el Índice de Cambio Fiable (ICF)</i>	175
<i>2. Descripción del proceso de asimilación</i>	178
Análisis cuantitativo de las actividades del terapeuta	198
<i>1. Análisis de los intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la paciente</i>	199

2. <i>Análisis de los Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de Intervención) – Paciente (APES)</i>	211
3. <i>Análisis de las actividades del terapeuta en relación con el Factor Técnica</i>	224
Análisis cualitativos de las actividades del terapeuta	226
1. <i>Ejemplos Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES)</i>	226
2. <i>Ejemplos Paciente (APES) – Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES)</i>	232
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	255
El proceso de asimilación de la experiencia problemática	257
El papel de las actividades terapéuticas en el proceso de asimilación de la experiencia problemática de la paciente	261
1. <i>Actividades terapéuticas y niveles APES</i>	261
2. <i>Actividades terapéuticas, “responsividad” y asimilación</i>	276
3. <i>Actividades terapéuticas y retrocesos</i>	286
Limitaciones y Futuras investigaciones	289
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	293
REFERENCIAS	299
APÉNDICES	323

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

Antes de entrar a desarrollar cada uno de los apartados que dan forma y sentido a esta introducción decir que dos son las preguntas genéricas que guían el trabajo que aquí presentamos. Todo lo que se va a ir diciendo se debe entender como una manera de dar respuesta a dichas cuestiones.

La primera fue planteada por Kazdin (2009): **¿Cómo conduce la terapia al cambio?**, afirmando que en este momento no conocemos las razones del cambio, aunque tenemos muchas ideas. El foco de su artículo son los mediadores y mecanismos del cambio terapéutico. La tesis central de dicho trabajo es conocer por qué y cómo las terapias alcanzan el cambio terapéutico.

La segunda pregunta fue formulada por Stiles, Shapiro y Elliot (1986): **Are all psychotherapies equivalent?** Y añade, **Is there a better way?** Parece paradójico que aunque los resultados de diferentes terapias son similares, la diversidad de técnicas es muy amplia. Esta cuestión implicaría de algún modo que haga lo que haga el terapeuta el resultado es el mismo, pero ¿es esto cierto? Una posible solución a este dilema es partir del hecho de que todas las psicoterapias comparten un conjunto común de procesos terapéuticos, unos principios comunes acerca del cambio psicológico.

Estas preguntas, que a simple vista parecen sencillas y sobre todo obvias de plantear nos llevan a la realización de esta tesis doctoral, ya que en la actualidad dichas cuestiones no están en absoluto totalmente resueltas. Es cierto que la psicoterapia es eficaz, qué duda cabe, pero cómo es eficaz, ese es el problema al que parcialmente intentamos dar respuesta, aunque, desde luego, en un contexto modesto, como este estudio de caso.

En esta introducción pretendemos delimitar, en primer lugar, *la evolución del estudio del cambio en psicoterapia*, en segundo término en qué consiste *la investigación de resultados y la investigación de procesos* (aspecto que nos permitirá establecer nuestro marco investigador en psicoterapia), para pasar a continuación a presentar y describir con detalle el

modelo de asimilación de experiencias problemáticas de Stiles ya que el proyecto de Tesis Doctoral se desarrolla desde este planteamiento teórico. Seguidamente abordaremos el papel del terapeuta respondiendo a las dos preguntas siguientes: *¿Qué es el terapeuta?* y *¿Qué hace el terapeuta?*

De este modo, en esta introducción habremos sentado los fundamentos teóricos, la investigación de procesos, el modelo de asimilación y *¿qué es y qué hace el terapeuta?*, que nos van a permitir abordar el objeto de esta investigación, *las actividades terapéuticas en la asimilación de experiencias problemáticas: un estudio de caso*. Con la forma de un embudo iremos presentando los contenidos de este apartado, desde cuestiones más generales hasta llegar a lo específico, a los objetivos de la investigación.

El estudio del cambio en psicoterapia

Las cuestiones que se van a abordar en este apartado son tres: un breve recorrido por la historia de la investigación en psicoterapia, cuáles han sido los objetivos principales a la hora de aproximarse al estudio del cambio, y finalmente presentar las dos metodologías de investigación en psicoterapia que han coexistido desde los inicios hasta la actualidad.

1. Historia de la Investigación en psicoterapia

Para entender la evolución de la investigación de la psicoterapia es necesario realizar un recorrido por su historia y anotar que en sus diferentes fases se ha intentado dar respuesta a dos preocupaciones principalmente: una referida a su *eficacia* (y que caracteriza a lo que se entiende por investigación de resultado) y otra al *cómo* se producen dichos cambios (y que se relaciona con lo que conocemos como investigación de procesos).

Muran, Castonguay y Strauss (2010) realizan una revisión de los trabajos de autores como Garfield y Bergin, Orlinsky y Russell, Strupp y Howard, o Wallerstein a partir de los que concluyen que existen diferentes historias elaboradas sobre la investigación en psicoterapia.

Nosotros seguiremos a Orlinsky y Russell (1994) que establecen cuatro grandes fases en la historia de la investigación en psicoterapia:

La primera fase (1927 – 1954), denominada del *establecimiento del papel de la investigación científica*. Por un lado, a finales de los años 20 se comienzan a publicar los primeros trabajos realizados desde el enfoque de la investigación de resultados y que continuarán hasta los años 40, momento en que se paralizan debido a la II Guerra Mundial. En los años 50 debido al trabajo de Eysenck (1952), en el que critica la eficacia de la psicoterapia, se retoma el estudio de la investigación de resultados para intentar determinar que la psicoterapia es más eficaz que no recibir tratamiento. Por otro lado, los inicios de lo que conocemos como investigación de procesos hay que

situarlos en la Universidad Estatal de Ohio y posteriormente en la Universidad de Chicago dirigidos por Rogers y que se caracterizaron por grabaciones de las sesiones de counseling. Además en esta fase también hay que resaltar el trabajo de Frank que fundó en los inicios de los años 50 la Unidad de Investigación en Psicoterapia en la Johns Hopkins Medical School.

No obstante el objetivo de todos ellos consistió en demostrar cómo el fenómeno complejo de la psicoterapia podía estudiarse mediante los métodos científicos.

La segunda fase (1955 – 1969), denominada de *búsqueda del rigor científico*, se caracteriza por ser una etapa de gran crecimiento en la que los esfuerzos de los pioneros en investigación en psicoterapia (por ejemplo, Rogers, Frank) se ven complementados por jóvenes investigadores que se establecen en equipos de trabajo (por ejemplo, Bergin y Garfield). Los proponentes de la investigación de procesos intentan desarrollar métodos objetivos de estudio del proceso del cambio. En la *investigación de resultados* intentan demostrar que la psicoterapia funciona estimulados por el desafío de Eysenck. Aunque en el *enfoque de procesos*, en el que se trabaja con transcripciones de audio y analizando éstas con detalle microscópico, hubo una gran cantidad de estudios, la preocupación principal se centró (siguiendo a Rogers) en el estudio de la relación terapéutica. Mientras que en el enfoque de resultados el objetivo fundamental consistió en demostrar el cambio pre – post a través de toda una serie de medidas (evaluación de la personalidad y la psicopatología).

La tercera fase (1970 – 1983) es aquella marcada por la *expansión, diferenciación y organización*. Es una época caracterizada por dos aspectos:

1. El número de investigadores trabajando en el campo es amplio y se comienzan a constituir elementos de comunicación entre ellos. Fruto de ello

son las conferencias organizadas por la Asociación Americana Psicológica y la creación de la *Sociedad de Investigación en Psicoterapia*.

2. Empiezan a publicarse manuales imprescindibles de psicoterapia, como la primera edición del libro de Bergin y Gardfield (1971), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, así como el primer manual de investigación de procesos a cargo de Kiesler (1973), y denominado *The process of psychotherapy*.

El enfoque de resultados en esta fase se caracterizó por los esfuerzos para realizar investigaciones más específicas y ambiciosas. Por ejemplo, Orlinsky y Russell (1994) señalan como relevante de esta época el trabajo de Elkin, Parloff, Hadley y Autry (1985) en el que realizan ensayos clínicos controlados para comparar los tratamientos psicosociales para la depresión.

En esta época hay que destacar también dos hitos importantes en investigación de procesos ya que se inician los estudios sobre la alianza terapéutica de Bordin (1979) y los de análisis de tareas de Rice y Greenberg (1984). Los trabajos de estos dos últimos autores marcaron una nueva transición en el abordaje del proceso del cambio. La cuarta fase (1984 – 1994) es la de *consolidación, insatisfacción y reformulación*. Esta fase se caracteriza por una insatisfacción con la tradición metodológica con la que diferentes autores, como Shapiro, Stiles, Harper, Elliot, Greenberg, habían estado trabajando. Es por ello que se reorienta la investigación de una metodología verificacionista a otra de descubrimiento. Prueba de ello es que proliferan los estudios narrativos y cualitativos. Otra cuestión muy importante, es la relevancia que se otorga tanto a la investigación de procesos como a la de resultados, con la finalidad de estudiar el cambio terapéutico.

En resumen la investigación en psicoterapia ha ido evolucionando a través de las diferentes fases que se han comentado. Tanto la investigación de resultados como la de procesos han ido perfilando sus objetivos y necesidades así como la metodología de trabajo en función del momento histórico, cultural y social.

Como se ha podido comprobar en las páginas anteriores y como señala Caro (2011) las dos metodologías de investigación han convivido y conviven en el ámbito del estudio del cambio en psicoterapia: resultados y procesos. A continuación se van a dedicar algunas páginas a delimitar en qué consisten cada una de ellas de un modo más pormenorizado.

2. Objetivos y metodologías de investigación en psicoterapia

En el ámbito de estudio de la psicoterapia hay que resaltar, como ya se ha dicho, la presencia de una metodología de investigación orientada al resultado y otra focalizada en el proceso. El objetivo fundamental de la primera es demostrar si la psicoterapia es más eficaz que la ausencia de tratamiento, o determinar qué enfoque de terapia es más eficaz (Machado, 1994). Dicho de otro modo, establecer “si” la psicoterapia funciona. Pero dicha meta siendo necesaria no es suficiente para avanzar en la comprensión del cambio, y por ello la investigación de procesos, complementa a la de resultados, en el sentido de determinar qué ingredientes o qué elementos explican dicho cambio terapéutico (Caro, 2011).

Por lo tanto, en los apartados siguientes se va a realizar un resumen más específico de ambas aproximaciones de investigación.

La investigación de resultados

Greenberg y Pinsof (1986, p.5) definen *la investigación de resultado* como “el intento por determinar si el paciente ha mejorado de forma significativa, en el sentido estadístico, entre el comienzo y el final de la terapia”.

Caro (1993, 1999) señala que este tipo de investigación se caracteriza por:

1. Estudiar el cambio que ocurre, no durante la sesión de psicoterapia, sino fuera de ella.
2. No toma en consideración la interacción cliente – terapeuta.

Dicho de otro modo, y siguiendo a Poch y Ávila (1998), los estudios de resultados comparan el estado inicial del paciente con el final, es decir, el pre-tratamiento, con el postratamiento. Es decir, no interesa tanto saber cómo y por qué una intervención terapéutica ha influido sobre un paciente sino si dicho tratamiento ha provocado un cambio después de su aplicación.

Como afirma Caro (1993, 1999) las investigaciones de resultados suponen un peldaño más para explicar el cambio, pero no nos permiten conocer cómo y por qué en un proceso de terapia se han alcanzado determinados resultados.

1. Principales conclusiones

La primera pregunta relevante en el ámbito de la investigación de resultados sería: *¿es eficaz la psicoterapia?* A este respecto y tal y como señalan Poch y Ávila (1998) hay multitud de investigaciones (que incorporan habitualmente un grupo control) que demuestran no sólo la eficacia general de la psicoterapia sino de los diferentes tipos de terapia en el tratamiento de diferentes pacientes con patologías diversas. La intervención y sus resultados se han evaluado mediante diferentes herramientas. Por ejemplo, mediante informes de un observador independiente, el testimonio del paciente o el del terapeuta. Siguiendo a Corbella y Botella (2004) así como a Poch y Ávila (1998) que revisan el trabajo de autores como Lambert,

Shapiro y Bergin, Whiston y Sexton, Elkin, Luborsky y Robinson, se puede concluir que el porcentaje de pacientes que mejoran como resultado de la psicoterapia se encuentra entre el 65 y el 80 %.

Por otro lado, si nos fijamos en los resultados que se derivan de los estudios metaanalíticos se puede afirmar, a partir de la revisión que realizan Poch y Ávila (2004) de los trabajos de metaanálisis de Smith, Glass y Miller, que los tratamientos psicoterapéuticos son eficaces.

Así pues, la eficacia de la psicoterapia al compararla con los tratamientos placebo o con la ausencia de tratamiento está respaldada por la ingente cantidad de estudios que se han ido realizando (Botella, Pacheco, Herrero y Corbella, 2000). Además Corbella y Botella (2004) señalan que:

- 1.Existe consenso de que el resultado de la intervención terapéutica es superior significativamente al de la remisión espontánea.
- 2.Los cambios de la psicoterapia son relativamente estables, también en pacientes con problemas recurrentes antes de iniciar el tratamiento.
- 3.Aunque la mayoría de los pacientes mejoran con la terapia, un pequeño porcentaje no experimenta cambios e incluso algunos pueden empeorar.

Una vez que fue evidente que la psicoterapia es eficaz surgió el interés por establecer comparaciones y estudios de resultados entre las diferentes psicoterapias, o dicho de otro modo *¿es una psicoterapia más eficaz que otra?* Son muchas también las investigaciones que se llevaron a cabo en este sentido.

Poch y Ávila (1998) señalan que aunque se puede decir que existen diferencias entre los distintos enfoques psicoterapéuticos, éstas no son estadísticamente significativas. Del mismo modo, Corbella y Botella (2004) revisan los trabajos de autores como Lambert, Luborsky, Castonguay, Miller, y Wampold en donde se puede concluir que ningún modelo

terapéutico es mejor que el resto. Es decir, la psicoterapia en general como ya se ha dicho es eficaz, pero las diferentes psicoterapias no se distinguen en sus efectos.

Por lo tanto, se puede remarcar que a pesar de que existen diferentes teorías sobre el cambio, los resultados son equivalentes (Stiles et al., 1986).

Así pues, parece evidente que a pesar de décadas de investigación todavía nos enfrentamos a la paradoja del resultado (Lambert y Hill, 1994; Stiles et al, 1986), a veces conocida como el “Veredicto del Pájaro Dodo”. Es decir, diferentes aproximaciones teóricas son igualmente eficaces en el resultado. Con algunas excepciones, no sabemos qué terapia es mejor que otra.

La conclusión que se puede plantear en relación con la eficacia diferencial de los diferentes enfoques psicoterapéuticos es la siguiente:

“...a pesar de las pretendidas diferencias en cuanto a ingredientes activos, todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido, sobre todo, a los factores comunes entre ellas” (Botella et al., 2000, p.23).

Toda una línea de investigación se desarrolló en relación con los factores compartidos por todas las psicoterapias con la finalidad de determinar qué aspectos explican el cambio terapéutico.

De este modo tres serían las ideas principales que se pueden extraer de este recorrido a través de la investigación de resultados:

1. La psicoterapia es efectiva.
2. Todas las psicoterapias son igualmente eficaces.
3. La necesidad de estudiar los factores comunes entre los diferentes enfoques terapéuticos que provocan un cambio en el paciente.

La pregunta que surge, a continuación, es cuál es la situación actual de la investigación de resultados, o dicho de otro modo hacia dónde se ha dirigido el estudio de la eficacia en psicoterapia. A esta cuestión se intentará dar respuesta en el siguiente punto.

2. Los tratamientos empíricamente validados

En la actualidad la investigación de resultados ha derivado hacia los tratamientos empíricamente validados siendo estos un buen ejemplo de este tipo de investigaciones (Caro, 2011). Su aparición en 1995 se debió, entre otras razones, a un intento por determinar cuáles de las más de 400 psicoterapias eran eficaces. De este modo se creó dentro de la División 12 de la APA, la *Task Force on the Dissemination of Psychological Procedures*, una de cuyas finalidades es la de concretar criterios para determinar intervenciones terapéuticas eficaces específicas para problemas específicos (Corbella y Botella, 2004).

Es decir, el objetivo principal de las guías de tratamientos es demostrar que una psicoterapia es útil en base a criterios científicos (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2008).

Cabe señalar que donde ponen el foco las guías de tratamientos empíricamente validados es en las técnicas correspondientes a la intervención terapéutica. De hecho los postulados teóricos en los que se sustentan dichas guías se corresponden con planteamientos médicos de modo que una técnica tiene una función similar al fármaco (Corbella y Botella, 2004).

Siguiendo a Pérez et al. (2008) que revisan algunos de los principales trabajos en esta materia se puede concluir que los factores que han predisposto a los profesionales de la Psicología hacia las guías de tratamiento son los siguientes:

1. La psicología desde sus inicios se ha preocupado por constituirse como una disciplina científica.

2. El segundo factor está relacionado con el enorme crecimiento de los tratamientos psicofarmacológicos y con lo que ello representa para los tratamientos psicoterapéuticos en cuanto a competencia, lo que ha potenciado la preocupación por determinar la eficacia de estos últimos.

3. El último factor está muy vinculado con la cuestión económica de la psicoterapia. La facilidad de acceso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes así como la necesidad de disminuir el coste de quien paga ha favorecido también la aparición de los tratamientos empíricamente validados.

En el Cuadro 1.1 se especifican los criterios que indican si un tratamiento se considera *Tratamiento Bien Establecido* o *Tratamiento Probablemente Eficaz*.

Tratamientos Bien Establecidos
<p>I. Existencia de al menos dos estudios de grupo bien diseñados que demuestren la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none">A. El tratamiento es superior a los fármacos o a un placebo o a otro tratamiento.B. El tratamiento es equivalente a otro de eficacia probada con experimentos de suficiente potencia estadística (unos 30 sujetos por grupo). <p>O bien</p> <p>II. Un número elevado de experimentos de caso único (más de 9) que demuestren la eficacia del tratamiento. Estos estudios han de haber:</p> <ul style="list-style-type: none">A. Empleado buenos diseños experimentales yB. Comparado la intervención con otro tratamiento como en I.A. <p>Más criterios para I y II:</p> <p>III. Los experimentos se deben hacer con tratamientos manualizados.</p> <p>IV. Las características de las muestras de pacientes deben quedar claramente especificadas.</p> <p>V. Los efectos del tratamiento deben ser demostrados por al menos dos investigadores o</p>

equipos de investigación diferentes.

Tratamientos Probablemente Eficaces

I. Existencia de dos experimentos que demuestren que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera.

O bien

II. Uno o más experimentos que cumplan los criterios de Tratamientos Bien Establecidos nº I, III y IV, aunque no el V.

O bien

III. Un número pequeño de estudios de caso único (más de 3) que cumplan los criterios de Tratamientos Bien Establecidos nº II, III y IV.

Cuadro 1.1. Criterios que indican si un tratamiento se considera tratamiento bien establecido o tratamiento probablemente eficaz.

Fuente: Corbella, S. y Botella, L. (2004). Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes. Madrid: Vision Net.

Para finalizar con este pequeño resumen de en qué consisten los tratamientos empíricamente validados hay que señalar una serie tensiones o limitaciones que pueden tomarse en consideración para hacer avanzar este ámbito de las guías de tratamiento (Pérez et al., 2008):

-La primera tensión surge de la *ruptura entre la práctica de la psicoterapia y la investigación*. Pérez et al. (2008) comentan que los clínicos muestran una cierta resistencia a utilizar los datos provenientes de la investigación empírica. Varios son los motivos de no atender al conocimiento proveniente del método científico. Uno de ellos es aceptar que se ha podido estar utilizando una técnica que no es eficaz y otro, es tener que aprender un gran número de intervenciones diferentes para los diversos problemas que existen.

-Las guías de tratamiento empíricamente validados siguen el modelo de las guías de tratamiento médicas para su elaboración. No obstante, existen diferencias entre los

tratamientos psicológicos y médicos que habría que tomar en consideración como el hecho de que las intervenciones en psicoterapia se focalizan sobre una manifestación de un cuadro psicopatológico. Otra diferencia radica en que los tratamientos psicológicos no son fáciles de clasificar y estandarizar. Además, hay que recordar algo que ya se dijo en páginas anteriores, la importancia de los factores comunes en la eficacia de la psicoterapia. Es por todo ello que no se pueden aplicar los mismos criterios al ámbito psicológico y al médico, ni del mismo modo. Esto nos debe hacer pensar acerca de la conveniencia de revisar y modificar el modelo existente para construir las guías de tratamiento.

-Otra fuente de tensión viene ocasionada por el debate existente en relación con si la eficacia de la psicoterapia se debe a los efectos específicos o a los comunes. Parece que hay evidencia a favor de lo uno y de lo otro como ya hemos señalado en otro apartado. No obstante, sí que se pueden y se deben continuar investigando la relevancia de algunas técnicas para el cambio. La investigación requiere de la complementariedad en el estudio tanto de los métodos de tratamiento o de las técnicas como de los factores comunes a todas las psicoterapias.

-La tercera limitación se constituye cuando la investigación empírica de un tratamiento psicoterapéutico se realiza sólo basándonos en *estudios de eficacia o en estudios de efectividad*. Los primeros que se han citado (*eficacia*) son aquellos en los que se intenta determinar si un tratamiento tiene mayor competencia para provocar un cambio en comparación con un grupo control o el placebo. El grado de control en este tipo de trabajos es muy elevado ya que se realizan en condiciones de “laboratorio” y por lo tanto su validez interna también lo es, es decir se puede hablar de una causalidad en el sentido de que la técnica es la que provoca un determinado cambio en la dirección de lo esperado. Pero la principal limitación es que su validez externa es bastante reducida

y eso implica que la generalización de los resultados a la clínica real se ve restringida. Por contrapartida los estudios de *efectividad* pueden hacer frente a la “debilidad” anterior ya que intentan comprobar en el ámbito clínico real si las intervenciones investigadas producen resultados en grandes poblaciones de pacientes pero muchas otras variables no pueden ser controladas en estas investigaciones y que pueden estar influyendo (variables extrañas) en los cambios experimentados por los pacientes. Por lo tanto, la validez externa aumenta pero se reduce la interna.

La conclusión que se puede obtener de estas líneas es que ambos tipos de investigación, *eficacia* y *efectividad*, son necesarios para proporcionar demostración empírica a los tratamientos.

Una vez que se han comentado los aspectos principales de las guías de tratamientos empíricamente validados, y que como ya se ha señalado representan, de forma más clara, la situación actual de los estudios sobre la eficacia de la psicoterapia vamos a pasar a detallar las bondades y limitaciones de la investigación de resultados en su conjunto.

3. Ventajas y desventajas de la investigación de resultados

La principal ventaja de la investigación de resultados es que nos permite obtener argumentos sobre la eficacia de una terapia, bien al compararla con un grupo control, bien con otro tipo de intervención (Caro y Safran, 1991).

No obstante, este tipo de estudios presenta una serie de limitaciones (Caro, 1999):

1.Su problema fundamental deriva de si es apropiada o no para proporcionar determinadas explicaciones así como para ahondar en aspectos fundamentales sobre los cambios que suceden en psicoterapia.

2.Otra limitación surge de que el criterio más manejado por las investigaciones de resultados es el de significación estadística. Caro (op.cit.) revisa trabajos de autores que como

Jacobson y Truax, Rossi y Strupp establecen que el criterio de significación estadística plantea una serie de problemas:

-Puesto que se trabaja con datos de grupo no se aporta información sobre el individuo, ni de cómo cambia ese sujeto, y no nos permite saber cómo se relaciona esa persona en el contexto en el que se desenvuelve y vive.

-No nos permite conocer qué provecho ha sacado el paciente después de la terapia ni determinar cómo se ha modificado su vida en el día a día ya que con claridad no sabemos en qué consiste el cambio, ni cuáles son los principios de dicha mejoría.

-Además, lo que se ha comentado en el punto anterior supone equiparar resultado con mejoría. El resultado evaluado al final de la terapia, lo que normalmente denominamos post-test, es entendido como un dato estadístico concreto. Sin embargo, el cambio del paciente después de una terapia se hace evidente en el plano subjetivo, familiar, laboral, etc...

Podemos resumir lo que se ha ido presentando en las páginas anteriores sobre la investigación de resultados señalando que ésta ha alcanzado su objetivo inicial ya que ha permitido demostrar que la psicoterapia es eficaz. Al mismo tiempo ha estimulado el campo de la investigación en psicoterapia, ya que una vez que los tratamientos psicoterapéuticos cumplen su finalidad, es decir, provocan un cambio en el paciente, han surgido las preguntas siguientes (Poch y Ávila, 1998):

-¿Qué principios del cambio planteados por las diferentes psicoterapias son los útiles?

-¿Por qué es eficaz la psicoterapia? Y ¿cómo? y ¿con quién?

Así pues, podemos mejorar nuestra eficacia como psicoterapeutas tomando en consideración las conclusiones y recomendaciones aportadas por los estudios de resultados (Castonguay, 2013) pero necesitamos complementar dichas aportaciones con las que nos proporcionan los estudios sobre cómo se produce el cambio. De este modo pasamos a

centrarnos en la investigación de procesos, en aquello que sucede en la terapia entre el inicio, a lo largo, y al final de ésta.

La investigación de procesos

Para iniciar este apartado sobre la investigación de procesos (en la que se enmarca nuestro estudio principalmente) es necesario volver más atrás en este trabajo y rescatar las preguntas de Kazdin y Stiles, y además añadir el planteamiento que hace Caro (1999, p.9) en el que afirma que “podríamos reducir a dos las cuestiones principales que preocupan en la actualidad a los investigadores en psicoterapia. Por una parte, la cuestión relacionada con la eficacia de la psicoterapia y por otro lado, cuestiones vinculadas con cómo se producen esos cambios, o cómo y por qué es eficaz la psicoterapia. La primera correspondería, de forma general, a la denominada investigación de resultados, mientras que la segunda correspondería a la investigación de procesos”.

Efectivamente, la eficacia de la psicoterapia supone alcanzar los objetivos, las metas, la resolución del problema, y es necesario realizar investigaciones sobre dicha cuestión pero también es imprescindible indagar sobre el cómo y por qué es eficaz la psicoterapia. Conocer qué es la investigación de procesos es la finalidad de esta sección.

1. Historia de la investigación de procesos

En los años 40 ya comienzan a aparecer las primeras investigaciones sobre los procesos, como el trabajo de Rogers para estudiar las condiciones necesarias y suficientes del resultado exitoso en terapia, aunque comienzan a cobrar mayor interés en los años 80 (Caro y Safran, 1991).

En una *primera fase* los estudios de procesos se centraron en investigar y medir las dimensiones del paciente, del terapeuta o las de la interacción entre el paciente y el terapeuta durante la sesión de terapia (Kiesler, 1973). En esta definición de Kiesler, si nos damos cuenta, no se estudia el cambio fuera de la sesión sino dentro de ésta ni se toma en consideración su evolución a lo largo del tiempo, no obstante ya hay un intento de superar la

dicotomía proceso – resultado (Caro, 1993, 1999) de la que hablaremos al definir la investigación de procesos.

La consecuencia más relevante de este primer período fue la de entender la complementariedad entre la investigación de resultados y la de procesos.

En un *segundo momento* la investigación de procesos se equipara a la investigación del cambio y se anula la dualidad resultado – proceso debido entre otros factores a los que se reseñan a continuación (Caro, 1993, 1999):

- Al desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico, que permiten medir aspectos verbales, paralingüísticos, vocales, mímicos, etc.
- A las facilidades que ofrecen casi todos los terapeutas para que se observen las sesiones de psicoterapia a través de medios audiovisuales.
- A las exigencias a la psicoterapia, por parte de la sociedad y de la política, de que aumente su eficacia.

2. Definición de la investigación de procesos

La psicoterapia, como afirma Greenberg (1994), es un proceso complejo, multivariado. Este autor señala que son diversas las variables que inciden sobre el resultado (eficacia) en terapia. Por ejemplo, la confianza en que el cambio se puede alcanzar, el ánimo y apoyo que el terapeuta ofrece al paciente, y la colaboración que se establece entre las partes implicadas en el proceso de terapia. Además añade que diferentes procesos son importantes en diferentes momentos, y que todos los procesos combinados producen los efectos finales.

Por lo tanto, la investigación en psicoterapia necesita estudios, trabajos, investigadores que se aproximen al fenómeno del cambio desde un punto de vista procesual y en particular desde un enfoque que permita estudiar cómo y por qué se produce dicho cambio a partir del trabajo con el sistema del paciente y del terapeuta en interacción.

En este punto pasamos a delimitar en qué consiste la investigación de procesos. Es aquella que nos permite determinar cuáles son los mecanismos del cambio terapéutico que son útiles para el resultado de los clientes.

Los investigadores de procesos se centraron en un primer momento en el proceso de terapia y después focalizaron más su atención sobre el proceso de cambio (Greenberg y Pinsof, 1986). De este modo, Goldfried (1980) habló de estos mecanismos como “principios del cambio” y Castonguay y Beutler (2006) intentaron delimitar estos principios en su libro, *Principles of therapeutic change that work*, y establecieron una categorización de estos en **participante, relación y factores del tratamiento**.

Podemos añadir, tal y como plantean Hill (1990) y Lambert y Hill (1994) que la investigación de procesos es aquella que se dirige a determinar lo que sucede en las sesiones de psicoterapia, examinando las variables relacionadas con los comportamientos de terapeuta, con los del cliente, y las interacciones entre terapeuta y clientes durante el tratamiento.

Además se entiende la psicoterapia como un sistema integrado por múltiples elementos en interacción y dinamismo. Como dice Caro (1993, p.23) “lo que debemos valorar en psicoterapia es la desaparición del problema con el que inicialmente ha llegado un paciente a consulta y esta valoración puede hacerse, en el contexto de investigación, desde una perspectiva que intente explicar el proceso del cambio”.

La investigación de procesos la podemos conceptualizar como una filosofía de investigación con un triple objetivo: *describir, explicar y predecir* los cambios en la terapia (Greenberg, 1986).

”La investigación de procesos puede definirse como el estudio de la interacción entre los sistemas del paciente y del terapeuta. El objetivo de la investigación de tipo procesual consiste en identificar los procesos de cambio entre esos sistemas. La investigación de procesos cubre todas las conductas y experiencias de esos sistemas dentro y fuera de las

sesiones de tratamiento que pertenecen a los procesos de cambio” (Greenberg y Pinsoff, 1986, p.18).

A partir de la definición anterior, y tal y como plantea Caro (1993, 1999) que revisa el trabajo de Greenberg, se puede concluir que la dicotomía proceso – resultado se puede eliminar. De este modo, el proceso de cambio se puede investigar estableciendo si el problema inicial se ha modificado y en qué medida, de una manera amplia (pretest-postest), o bien valorando los resultados que se obtienen en diferentes momentos temporales. O dicho de otro modo, determinando los resultados inmediatos (intra-sesión), o aquellos resultados que serían intermedios y que nos aportarían información acerca de cómo se van alcanzando las metas de la intervención terapéutica, todo en relación con el proceso final.

Y, como dice Stiles (2003), la investigación del cambio nos permite aproximarnos a los procesos de interacción humana siguiendo planteamientos no lineales y “responsivos”. Respecto a esto último decir que si las personas siguen dinámicas no lineales y las investigaciones se realizan sin tener en cuenta este aspecto el resultado final no será el deseable. Necesitamos soluciones que se adapten a las realidades que estamos investigando.

3. Características de la investigación de procesos

El trabajo de Greenberg y Pinsoff (1986) nos permite delimitar algunas de las características principales de la investigación de procesos:

1. Permite la *integración* de las tradiciones de procesos y del resultado en el estudio del cambio.
2. La investigación de procesos en psicoterapia se convierte en el análisis de los procesos que se dan fuera de las sesiones de terapia y de los procesos que se dan dentro de éstas, junto con la interacción entre ambos. Por lo tanto, y partiendo de esta definición en la investigación de procesos se anula la dicotomía proceso-resultado, es

decir, un tratamiento puede producir varios resultados: los que se dan en la sesión, los que se producen después de ésta y los que suceden al terminar el proceso de terapia.

El planteamiento conceptual novedoso al que se llega después de todo lo que se ha comentado es que *cuanto más pequeño mejor*. La investigación de procesos se focaliza en estudiar unidades pequeñas exhaustivamente.

3. Relacionado con lo que se ha comentado en el punto anterior la investigación de procesos se ocupa de desarrollar *microteorías*, específicas para un contexto terapéutico. Esto nos permite tener claro dónde y cuándo se debe medir, y qué. Sin una microteoría tenemos una probabilidad muy baja de establecer vínculos significativos entre el proceso y los resultados.

4. La *alianza terapéutica* es uno de los aspectos que más se ha investigado en el marco de los estudios de procesos.

5. Desde el estudio del cambio desde el punto de vista procesual hay una preocupación también por investigar la implicación del paciente en el tratamiento. Los resultados muestran que la participación del paciente, su optimismo en cuanto al resultado, el hecho de si percibe las tareas como relevantes, así como su responsabilidad en el proceso son cuestiones vinculadas con el cambio y con su predicción.

6. La investigación de procesos toma en consideración tanto el punto de vista del paciente, como el del terapeuta, así como la de observadores de la interacción paciente-terapeuta. Así pues, los estudios procesuales integran técnicas de *observación* junto con medidas de auto-informe.

7. Desde el punto de vista estadístico hay que resaltar que la mayoría de investigaciones de procesos se han realizado mediante *análisis de frecuencias*. Sin embargo, también se han utilizado *el análisis de secuencias* y *el análisis de contexto*, más aptos para explicar y describir el cambio en terapia ya que permiten indagar

cuándo sucede un proceso en relación a qué variables, y cómo se desarrolla dicho proceso desde el inicio hasta el final del tratamiento.

4. Principales resultados de la investigación de procesos

Algunos de los principales resultados que se pueden extraer de las investigaciones de procesos realizadas, y siguiendo a Corbella y Botella (2004) que revisan varios de los principales trabajos en esta área, son los que se presentan seguidamente:

-Investigaciones sobre la experiencia subjetiva del paciente o del terapeuta:

El *paciente* reflexiona a lo largo del proceso de terapia y puede ser considerado por ello un elemento activo de la psicoterapia. Por otro lado, los pacientes perciben como útiles las acciones del terapeuta cuando suponen información personal no inmediata y si se producen cuando el paciente está hablando sobre temas relevantes para él.

En cuanto a los *terapeutas*, estos perciben los impasses terapéuticos como perjudiciales para el paciente y experimentan frustración, desconcierto y tensión (investigaciones sobre la experiencia subjetiva del terapeuta).

-Estudios sobre los factores del proceso que explican el cambio desde el punto de vista del paciente y del terapeuta:

Las teorías sobre el cambio con las que los *pacientes* vienen a terapia afectan al desarrollo de ésta. Así pues, en algunos estudios se ha establecido que uno de los aspectos que los pacientes piensan que incide en su mejoría son las características genéricas de los terapeutas. En otras investigaciones se ha encontrado que la variable de cambio más importante entre un conjunto de factores es la habilidad del paciente para mejorarse así mismo, así como su capacidad de reflexión que ya se apuntaba más arriba.

Los *terapeutas* atribuyen el cambio terapéutico de las sesiones iniciales a dos cuestiones fundamentalmente: (a) a una valoración positiva sobre su propia actuación como profesionales y (b) a la colaboración entre paciente y terapeuta (entendida ésta como el seguimiento de los pacientes de las directrices de interacción establecidas, como una relación adecuada entre paciente y terapeuta y como los avances hacia la solución de los problemas).

-Investigaciones sobre la relación terapéutica. Sobre la relación terapéutica, que es valorada como uno de los aspectos más relevantes del proceso psicoterapéutico, se han abordado fundamentalmente cinco cuestiones: la alianza terapéutica, las autorrevelaciones del terapeuta y su efecto sobre el paciente, la gestión de los equívocos entre terapeuta y paciente, la influencia de los espacios sin mejoría sobre la relación terapéutica y finalmente estudios sobre cómo fortalecerla.

→En cuanto a la *alianza terapéutica* se pueden extraer algunas conclusiones de los estudios realizados: (1) Existe una correlación de ésta con las condiciones necesarias y suficientes de Rogers aunque su capacidad para pronosticar un cambio en terapia es mayor. (2) Ha demostrado que independientemente de la duración de la terapia así como de la orientación teórica de ésta, es un factor idóneo para predecir el resultado del proceso psicoterapéutico. (3) La alianza es fundamental en la experiencia del paciente de una relación de colaboración y de participación.

→Las *autorrevelaciones del terapeuta* son consideradas apropiadas por el paciente cuando: (a) se dan mientras los pacientes hablan sobre temáticas nucleares; y (b) se refieren a cuestiones no actuales del terapeuta.

→En relación con *el trabajo de los malentendidos entre terapeuta y paciente* algunas investigaciones señalan que una relación frágil así como una actitud

del terapeuta contraria a hablar o admitir las reacciones negativas del paciente puede provocar que estos finalicen la terapia.

→ Cuando se pregunta a los terapeutas sobre el efecto que pueden tener sobre la relación terapéutica *los períodos en los que el paciente no avanza hacia el cambio* comentan que estos tienen un impacto perjudicial para el paciente y para el terapeuta así como para la relación.

→ Finalmente en cuanto a cómo *fortalecer la relación en terapia* se ha resaltado la necesidad de que se establezca un diálogo fluido entre terapeuta y paciente acerca del proceso psicoterapéutico de modo que ambos revisen y analicen el trabajo que se está realizando.

Castonguay y Beutler (2006) intentaron delimitar los principios del cambio en su libro, *Principles of therapeutic change that work*, y establecieron una categorización de estos en **participante, relación y factores del tratamiento**. Algunos aspectos que se pueden extraer de estos principios, y que son importantes para el proceso del cambio en terapia, son los que resaltamos a continuación:

1. Que la directividad del terapeuta debería ser inversamente proporcional a la resistencia del cliente.
2. Que el establecimiento de un tratamiento estructurado y con un objetivo claro a lo largo de la terapia está asociado con el cambio del cliente.
3. Y que ayudar al cliente a aceptar, tolerar y abordar completamente sus emociones es terapéutico en muchos casos.

Como resumen de lo comentado, referido a los principales resultados de los estudios de procesos, resaltar que estos se han realizado y organizado desde una triple perspectiva: la del paciente, la del terapeuta y la de la relación terapéutica. Es decir, sobre las variables implicadas en el proceso terapéutico.

5. Tipos de investigación de procesos

Como plantean Rennie y Toukmanian (1992) existen dos formas de hacer investigación de procesos: **paradigmática y narrativa**. Veamos en qué consisten cada una de ellas siguiendo a estos dos autores:

-La *investigación paradigmática* es la forma tradicional de llevar a cabo las investigaciones de procesos, enfoques centrados en el método hipotético-deductivo y en una actitud filosófica realista. En este planteamiento se trabaja partiendo de hipótesis que se establecen sobre las causas de las relaciones entre fenómenos, y en donde, la verificación de una de estas hipótesis, se considera como base suficiente para establecer evidencia sobre la existencia de leyes generales. Desde este enfoque se parte de la suposición de que existe un mundo externo al observador que se puede estudiar de forma objetiva. Desde este punto de vista las acciones no son más que una expresión de regularidades. El objetivo principalmente de las aproximaciones paradigmáticas es investigar el proceso del cambio terapéutico.

-El *enfoque narrativo* es inductivo, hermenéutico y cualitativo. Desde este tipo de investigación se defiende una perspectiva idealista y constructiva. Las acciones de las personas se entienden no sólo como una manifestación de ciertas reglas, sino también como producto de una intencionalidad. Por lo tanto, desde lo narrativo se entiende que las personas tienen razones para sus comportamientos. La finalidad más relevante de este tipo de estudios es la de explorar la experiencia del paciente y la del terapeuta durante la psicoterapia a partir tanto de los procesos internos de cada uno de ellos como de la relación que se establece entre ambos.

-Para concluir con la aportación realizada por Rennie y Toukmanian en cuanto al enfoque paradigmático y narrativo en investigación de procesos señalar, por un lado, que la aproximación paradigmática permite estudiar determinadas ejecuciones,

evaluadas por un observador externo a la terapia, y para explicar procesos y estructuras cognitivas que parecen estar fuera de la conciencia. Por otro lado, la investigación narrativa intenta explicar el rol de la persona en el proceso psicoterapéutico ya que las personas, como ya se ha dicho, tienen razones para hacer lo que hacen, y es por esto que se trabaja con informes verbales.

Tal y como plantea Caro (1993, 1999) el enfoque narrativo en investigación de procesos está muy próximo a los movimientos construccionistas y postmodernos. Y, ¿cómo podemos conceptualizar el construccionismo y el postmodernismo para entender esta vinculación?

En el **construccionismo** se destacan los siguientes principios (Mahoney, 1995; Mahoney y Granvold, 2005; Neimeyer, 1993;):

- a) El ser humano se considera como un participante activo de su propia vida.
- b) El constructivismo destaca que la experiencia humana es una estructura dinámica.
- c) Se pone el énfasis en el proceso, cualquier fenómeno psicológico es de todo menos estático.
- d) Cada persona organiza su mundo, y responde a él, en función de un orden establecido a partir de la construcción de significados y patrones propios.

Los elementos que definen la **postmodernidad** según Polkinghorne (1992; citado en Caro, 1997; p.43) son:

- a) Ausencia de base (no existe una base epistemológica en la que basar la verdad indudable de los enunciados de conocimiento),
- b) Fragmentariedad (el conocimiento consiste en fragmentos de comprensión),
- c) Constructivismo (el conocimiento como una construcción generada sobre esquemas cognitivos) y
- d) Neopragmatismo (la validez de un supuesto está en su utilidad pragmática).

El postmodernismo, a diferencia del modernismo que plantea que existe una realidad objetiva, conceptualiza el “conocimiento” como una cuestión de perspectiva (Gergen, 1992).

Además no busca leyes o propiedades generales, es no justificacionista, es decir, no se preocupa como el modernismo (paradigmático) por establecer “verdades” a través de un método empírico, preocupado por recoger datos con los que validar sus hipótesis.

Por lo tanto, el postmoderno, sigue un enfoque de investigación más centrado en realizar reflexiones críticas sobre un fenómeno y toma en consideración el contexto en el que se desarrolla un determinado aspecto sin intentar establecer propiedades generales.

Siguiendo a Llewelyn y Hardy (2001) se puede realizar otra clasificación de la investigación de procesos complementaria de la que se ha presentado, y que mostramos a continuación:

1. *Estudios exploratorios – descriptivos*: en ellos se analizan y organizan los comportamientos y los procesos que tienen lugar en las sesiones de terapia. En este tipo de investigaciones se describen los comportamientos, el lenguaje, los pensamientos y las emociones tanto de los pacientes como de los terapeutas durante las sesiones de terapia.

2. *Comprobación de hipótesis*: investigaciones cuya finalidad es intentar predecir el efecto de la intervención terapéutica mediante el estudio de los vínculos entre los procesos específicos de la terapia y el resultado del tratamiento. En este caso los investigadores pretenden interpretar el resultado focalizándose en una o más variables que creen que explican una proporción de varianza considerable del efecto de la terapia.

Para entender la relación entre el proceso terapéutico y el resultado son diversas las vías que se han planteado y utilizado:

- *Investigaciones que evalúan el efecto específico (y no específico) de las técnicas dentro de tipos específicos de terapia.*

-Investigaciones que han valorado el impacto de las características del paciente o del terapeuta sobre el proceso y sobre el resultado.

-Estudios que investigan cómo el “timing” y el contexto afectan al resultado.

-También se han examinado los factores presentes en el proceso cuando el resultado ha sido pobre.

Algunas de las conclusiones que se han obtenido a partir de este tipo de estudios son, entre otras:

- Que una adecuada alianza terapéutica es un factor común a todos los tratamientos que contribuye de un modo relevante al resultado de la terapia (Bacherlor y Horvarth, 1999; Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994; y Horvarth y Greenberg, 1994).
- El nivel de afectividad experimentado por el paciente durante la terapia también se relaciona positivamente con el cambio (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes, 1996).
- En los diferentes estudios realizados no se ha podido demostrar una relación positiva entre las técnicas que se utilizan en terapia y el resultado. No obstante la investigación efectuada por el NIMH, *Treatment of Depression Collaborative Research Programme*, supone una excepción (Gershefski, Arnkoff, Glass y Elkin, 1996).
- Algunas investigaciones han intentado examinar qué variables del terapeuta influyen sobre el proceso de terapia, ya que sería lógico pensar que éstas afectasen al cambio terapéutico. Sin embargo, en la revisión sobre esta cuestión, Beutler et al. (1994) sostienen que hay pocas evidencias que sustenten la afirmación anterior, describiendo el panorama como “triste”.
- Otros trabajos en este ámbito de investigación se han focalizado en determinar qué factores afectan a que un resultado no sea el esperado. Por ejemplo, Binder y Strupp (1997) señalan que los terapeutas son frecuentemente incapaces de manejar conflictos

interpersonales en los que participan y esta cuestión disminuye el éxito de la terapia. El estudio de las “rupturas terapéuticas” (Safran, Crocker, McMain y Murria, 1990; Safran y Muran, 1996) ofrece también información sobre qué aspectos del proceso son importantes para que el resultado del tratamiento vaya en la línea de lo que paciente y terapeuta persiguen o no.

3. *Investigaciones que estudian la relación entre los procesos terapéuticos y las teorías sobre el cambio*: son trabajos que examinan cómo se produce el cambio.

Entre estos estudios se encuentra, por ejemplo, el *Modelo de Asimilación* de Stiles et al. (1990). Este modelo se ha utilizado, entre otras cuestiones, para estudiar los cambios concretos en el problema de un cliente y examinar cómo el avance en la terapia se relacionaba con las actividades del terapeuta (Stiles, Shapiro, Harper y Morrison, 1995).

Los trabajos sobre “*responsiveness*” de Stiles, Honos-Webb y Surko (1998) también se han focalizado en abordar el proceso terapéutico en estrecha unión con un enfoque teórico del cambio.

El objetivo de dichas investigaciones es poder ofrecer explicaciones acerca de cuándo y cómo debe ofrecer una intervención el terapeuta. Desde este planteamiento de sintonía o “*responsiveness*”, en el que se incluye también la alianza terapéutica, se señala que el cambio se produce cuando el terapeuta responde convenientemente proporcionando un estilo interpersonal específico adaptado al problema concreto de un cliente único (Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly y Shapiro, 1999; Hardy, Stiles, Barkham y Startup, 1998).

Nuestra investigación sigue este último planteamiento, es decir, se examina cómo ocurre el cambio terapéutico a partir de la relación entre procesos y teorías sobre dicho cambio, en concreto el modelo de asimilación de experiencias problemáticas de Stiles y partiendo también de su concepto de “*responsiveness*”.

Como complemento a la clasificación presentada sobre las diferentes maneras de realizar investigación de procesos seguiremos el trabajo de Elliot (2010) quien plantea cuatro estrategias diferentes para llevar a cabo este tipo de estudios.

En primer lugar, el autor habla de Diseños Cuantitativos de Proceso – Resultado en los que la finalidad es determinar las conexiones entre los procesos que aparecen en la sesión y los resultados de la terapia.

En segundo lugar estarían los Diseños Cualitativos de Factores que ayudan. El objetivo principal en estos trabajos es preguntar a los clientes acerca de lo que a ellos les ha parecido útil o poco útil en su terapia. Dos procedimientos diferentes se han utilizado para conocer lo que para el cliente ha resultado eficaz. Por un lado, preguntarle y entrevistarle directamente al finalizar la sesión en relación con lo que le ha parecido útil o no, y por otro lado, utilizar cuestionarios al acabar el trabajo con el cliente.

Los Diseños de Procesos de Secuencias Microanalíticas añaden mayor profundidad a la investigación de procesos respecto a los dos anteriores ya que se centran en la interacción entre cliente y terapeuta a través de sus intercambios en terapia. Se trata de codificar las respuestas del cliente y del terapeuta en un número reducido de categorías.

Finalmente, y como resultado de la combinación de las ventajas de todos los diseños anteriores surgen los Diseños de Eventos Significativos entre los que podemos destacar entre otros el *Análisis de Tareas* de Greenberg, Rice y Pascual-Leone, el *Análisis Comprehensivo de Procesos* de Elliot y el *Modelo de Asimilación* de Stiles. Lo que comparten todas estas aproximaciones es que se centran en momentos importantes de la terapia, como por ejemplo, en los eventos que ayudan, en el insight, en la resolución de tareas terapéuticas o en los diferentes momentos de cambio que establece Stiles en su modelo de asimilación. También se han estudiado desde esta perspectiva los acontecimientos que pueden dificultar o entorpecer la

terapia, tales como las rupturas de la relación entre paciente y terapeuta, así como los malentendidos entre éstos o los retrocesos.

Esta tesis doctoral como ya hemos dicho anteriormente se enmarca en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas de Stiles y por lo tanto es una investigación sobre los procesos del cambio y en particular un diseño de eventos significativos. Señalar que es una investigación en la que se combina lo cualitativo (lo expondremos en páginas posteriores) y lo cuantitativo.

Una vez que hemos comentado en qué consiste la investigación de procesos es necesario pasar a señalar cuáles son sus ventajas así como sus desventajas.

6. Ventajas y desventajas de la investigación de procesos

Veamos cuáles son las ventajas de la investigación de procesos (Caro, 1999; Caro y Safran, 1991):

- La investigación de procesos nos permite estudiar el cambio en terapia, en concreto cómo se produce éste, lo que favorece el desarrollo de estrategias más adecuadas para trabajar y adaptarse a las necesidades de los pacientes.
- Nos va a permitir mejorar el juicio clínico. Es decir, conocer por qué un terapeuta con un paciente particular y en un contexto determinado toma la decisión de hacer una acción concreta.
- La investigación de procesos pretender proporcionar estudios con un mayor sentido pragmático que generen soluciones con aplicación en el ámbito clínico. De este modo lo que se persigue es acortar la distancia entre la práctica y la investigación.
- Además este tipo de investigaciones amplía el conocimiento acerca de cuál es el camino o caminos a tomar en consideración para la aplicación adecuada de los procedimientos clínicos así como para establecer pautas a seguir para la utilización de las técnicas en terapia.

- Permite valorar hasta qué punto un terapeuta está aplicando un determinado tratamiento terapéutico siguiendo correctamente ese modo de hacer terapia.
- También se pueden establecer criterios para determinar qué técnicas y tratamientos se pueden elegir en la intervención con problemas y pacientes diferentes ya que la investigación de procesos nos permite contrastar resultados entre diversas perspectivas teóricas.
- En terapia, es importante interpretar los resultados positivos pero también los negativos. El estudio del cambio desde un punto de vista procesual nos ayuda entender los resultados adversos. Dicho de otro modo, cuál es el motivo o los motivos de que una intervención no haya provocado los efectos esperados.

Además, la investigación de procesos permite, como ya se ha dicho, conocer los mecanismos del cambio, lo que proporciona tal y como señala Kazdin (2009) un orden y una optimización de éste. Esto último supone reducir el sufrimiento del paciente, de la familia, en definitiva, de las personas implicadas en el problema.

No obstante, la investigación de procesos, que supone un complemento respecto a la que establece como relevante únicamente los resultados en psicoterapia, y pese a que es una investigación necesaria para explicar cómo se produce el cambio en psicoterapia (Greenberg, 1986; Pachankis y Goldfried, 2007), también presenta ciertas limitaciones.

Caro (1999) señala que las dificultades o desventajas del estudio del proceso de cambio son, entre otras, las que siguen:

- En el estudio del proceso de cambio es frecuente investigar las variables objeto de análisis sin considerar el contexto, sólo intentando determinar su aparición o no. De este modo las cuestiones exploradas se abordan de forma muy aislada y parcial.
- En muchas investigaciones de proceso se presta un excesivo interés por el resultado.

- Se abusa de la utilización de cuestionarios en los que la actitud del paciente es más bien pasiva, y por lo tanto, no nos permiten apresar el momento a momento de la experiencia intersubjetiva. Es decir, son necesarias descripciones abiertas de la psicoterapia desde la perspectiva del terapeuta, del paciente y del observador y no únicamente desde el punto de vista del paciente.
- Otra desventaja de la investigación de procesos tiene que ver con la pregunta siguiente: ¿quién protege al terapeuta? Hemos pasado de un tipo de trabajos en los que normalmente si no eras el terapeuta o el paciente, o alguna persona directamente relacionada con la terapia no estaba permitido acceder a ella, a una metodología de investigación en la que lo que el terapeuta realiza es sometido a un análisis por los observadores. Por ello, muchos profesionales de la psicoterapia prefieren no participar en este tipo de investigaciones ya que su trabajo queda expuesto.
- Cierta preponderancia del punto de vista del terapeuta / investigador a la hora de establecer hipótesis. Esto puede representar un problema puesto que la investigación de procesos ha de estar encaminada al descubrimiento más que a la verificación.
- Pocos estudios tienen en cuenta las variables personales del terapeuta y su importancia para entender la conducta de éste durante la evolución de un proceso de psicoterapia.

En el trabajo de Elliot (2010), que hemos comentado en páginas anteriores, también se plantean una serie de limitaciones en los diferentes diseños que se pueden utilizar para realizar investigación de procesos.

De este modo, como desventaja de los diseños cuantitativos de proceso-resultado, se puede afirmar que el proceso de cambio es tratado en estos estudios como una caja negra donde sólo conocemos el *input* y el *output*, el inicio de la terapia (el problema, los síntomas) y el resultado de la terapia (la eficacia de ésta).

En cuanto a los estudios cualitativos de factores que ayudan se remarca que los pacientes pueden cometer errores de atribución cuando se les pregunta acerca de lo que les ha parecido relevante del proceso de terapia. Además, los pacientes, en ocasiones, pueden pasar por alto cuestiones que han sido útiles durante el tratamiento.

Por otro lado, en relación con los diseños de procesos de secuencias microanalíticas, se puede resaltar, en primer lugar, que es difícil establecer un nexo de unión entre procesos específicos durante la sesión y el resultado de la terapia. Dicho de otro modo, podemos saber que el terapeuta ayuda al paciente a través de un análisis detallado de determinadas secuencias durante la sesión pero no nos ofrece información acerca de cómo se relaciona esto con el resultado final. En segundo lugar, es necesario, en este tipo de investigaciones, ampliar el foco de estudio de la interacción entre paciente y terapeuta en el momento a momento de la sesión (intercambios) a cómo les afecta a ambos, por ejemplo, la alianza terapéutica en ese preciso instante.

Finalmente, respecto a los diseños de eventos significativos se puede decir que su principal limitación es que requieren bastante tiempo, tanto para llevarse a cabo como para aprender y dominar los procedimientos necesarios en su aplicación.

Para finalizar con este apartado referido a la investigación de procesos resaltar que este tipo de estudios:

1. Se fundamenta en un triple objetivo: describir, explicar y predecir el cambio.
2. Se anula la dicotomía proceso – resultado. Se produce una integración de la investigación de resultados y de la de procesos.
3. Relacionado con lo anterior, se estudian los procesos de interacción paciente – terapeuta que ocurren tanto dentro como fuera de las sesiones.
4. A nivel metodológico también se produce una integración de diferentes enfoques y técnicas. Por ejemplo, utilización de la observación y de los auto-informes.

5. Uno de sus planteamientos centrales es el de *cuanto más pequeño mejor* que permite el desarrollo de *microteorías* sobre la terapia.

Como conclusión a todo lo dicho hasta el momento plantear que nuestra investigación se enmarca en el estudio del proceso del cambio desde un punto de vista narrativo – cualitativo y cuantitativo.

La investigación cualitativa

Ya se dijo anteriormente que nuestra investigación de procesos era de tipo cualitativo, aunque no totalmente, ya que también incluye cuestiones cuantitativas.

En este punto se hace relevante comentar en qué consiste la metodología cualitativa frente a los estudios cuantitativos, más usuales, y que han dominado la investigación en psicoterapia (McLeod, 2013).

Sin embargo, de lo cualitativo es útil remarcar sus principales características con el objetivo de perfilar el marco teórico de nuestro estudio junto con la investigación de procesos que ya se ha presentado. De hecho la investigación cualitativa facilita el estudio del proceso de cambio en psicoterapia (Caro, 2002).

1. Historia de la investigación cualitativa

Diferentes autores (Kazdin, 2001; McLeod, 2013) plantean que son varias las tradiciones, tanto de la filosofía como de otras disciplinas científicas, que subyacen a la aparición de la investigación cualitativa:

La fenomenología (Husserl, Merleau-Ponty). Esta tradición filosófica pretende describir el fenómeno estudiado con el mayor detalle posible y poder comprender con mayor amplitud el significado de la experiencia. La pregunta a la que se intenta ofrecer una respuesta desde este planteamiento filosófico sería, ¿cómo interpreta el mundo el ser humano?

La retórica. Desde esta aproximación se estudia cómo construyen las personas, a través del lenguaje, sus argumentos, y que son los que posibilitan persuadir a un interlocutor. En la metodología cualitativa las palabras son los datos con los que trabaja el investigador, ya que éstas nos permiten aprehender la experiencia del paciente o del terapeuta.

Ciencias sociales. La investigación cualitativa recibe de las ciencias sociales una tradición de estudio en la que el investigador participa activamente en el trabajo llevado a

cabo, y se aproxima al objeto de estudio con gran detalle con la finalidad de descubrir las cuestiones principales.

Constructivismo. Desde este planteamiento se parte de la idea de que no se puede conocer la naturaleza real de las cosas sino que la realidad es una construcción organizada por el ser humano a partir del significado que éste le atribuye a su experiencia.

Así pues, la investigación cualitativa se puede conceptualizar como un enfoque que pretende dilucidar cómo se produce dicha construcción de la realidad considerando el contexto específico en cada caso.

En nuestro caso el entorno concreto es el de la terapia, y por lo tanto, lo cualitativo nos permite explicar cómo el terapeuta y el paciente co-construyen el proceso terapéutico a través del lenguaje y del diálogo.

Investigación cuantitativa. La investigación cualitativa surge con el ánimo de “superar” algunas de las características fundamentales de los estudios cuantitativos:

- Su objetivo es determinar la existencia de diferencias entre las medias entre los grupos.
- Los participantes son valorados como objetos de estudio y no como personas.
- El investigador es considerado como un observador objetivo.
- La experiencia humana se estudia de un modo “reduccionista” a partir de un conjunto de variables que se consideran relevantes y se reduce el fenómeno objeto de estudio a los datos numéricos.

A partir del trabajo de Caro (2002) que revisa algunos de los principales estudios en el área de la investigación cualitativa vemos que desde un punto de vista histórico podemos hablar de tres períodos diferenciados:

-*Fase inicial*. Se puede situar sus inicios en la década de los años 20 y 30 del siglo XX (en la Escuela de Chicago), y en los estudios antropológicos de autores como Bateson, Mead o Boas.

-*Fase de revitalización*. A finales de los años 60 e inicios de los 70 las investigaciones cualitativas se reavivan debido, entre otros aspectos, a la predilección por abordar las cuestiones de estudio desde un enfoque metodológico, cultural y epistemológico plural.

-*Finales siglo XX y principios del siglo XXI*. Este período está caracterizado por el hecho de que los métodos cualitativos se extienden y utilizan en diferentes disciplinas como la educación, la enfermería y el trabajo social. Su impacto sobre la psicología es menor.

En relación con esta última fase añadir que durante los años 90 (Denzin y Lincoln, 2011) se produce una explosión de publicaciones sobre la investigación cualitativa, de manuales y revistas que ven la luz en este período.

Por otro lado, Denzin y Lincoln (1994), en la primera edición de su libro *Handbook of qualitative research*, establecieron cinco fases en la evolución de la investigación cualitativa: período tradicional (1900-1950); fase modernista (1950-1970); fronteras borrosas entre disciplinas caracterizada por la aparición de planteamientos críticos con el positivismo (1970-1986); la crisis de representación en la que los investigadores dudan acerca de la disciplina en la que situarse (1986-1990) y período postmodernista (1990-1995).

En ese mismo libro, pero en su cuarta edición (2011), Denzin y Lincoln añaden tres fases más hasta llegar a la actualidad: investigación postexperimental (1995-2000), los desafíos de la investigación cualitativa actual (2000-2010) y el futuro de la metodología cualitativa (2010-).

Denzin y Lincoln (2011) plantean que para comprender mejor la evolución histórica de la investigación cualitativa es útil revisar el trabajo de Teddlie y Tashakkori (2003). Así pues Teddlie y Tashakkori (op.cit.) diferencian varias etapas en la investigación en las ciencias sociales y del comportamiento en función de la luchas entre paradigmas ocurridas en diversos momentos temporales: dominio del positivismo (primera mitad del siglo XX); el postpositivismo hace su aparición y critica al positivismo (1950-1970); positivismo contra constructivismo, en este período los investigadores cualitativos publican libros relevantes (1970-1990); constructivismo contra paradigmas que plantean un pluralismo metodológico (1990-2000). Añadir que el período más actual (2005 - hasta el presente) está caracterizado por la lucha entre metodologías basadas en la evidencia y las investigaciones mixtas, interpretativas (Denzin y Lincoln, 2011).

Hecha esta breve exposición sobre la evolución histórica de la investigación cualitativa se hace necesario definirla y conceptualizarla.

2. Definición

Lo primero que tenemos que señalar es que la investigación cualitativa también refleja una aproximación empírica, y distanciarnos así de la idea de que este tipo de estudios no son valiosos ni científicos, y que por lo tanto no aportan nada a la ciencia (Kazdin, 2001). Cuando realmente es todo lo contrario.

Evidentemente existen, como veremos, un conjunto de diferencias más que evidentes con respecto a la investigación cuantitativa pero ello no significa que no aporte algunas ventajas muy relevantes para la investigación en psicoterapia.

La investigación cualitativa, de un modo general, permite estudiar y proporcionar nuevos conocimientos sobre el proceso terapéutico y sus múltiples aspectos ya que posibilita tomar en consideración la experiencia del terapeuta y del paciente, así como de cualquier otra persona involucrada en la terapia (su voz es escuchada), y ofrecer, así, una comprensión sobre

el significado que tienen para ellos diferentes aspectos de la psicoterapia (McLeod, 2001, 2013).

Los estudios cualitativos generan un conocimiento sobre el fenómeno de la psicoterapia que puede ser definido como holístico, contextualizado y personalizado (McLeod, 2001).

Como puede apreciarse en el Cuadro 1.2 se puede delimitar la investigación cualitativa como idiográfica, subjetiva y focalizada en el estudio de los estados internos (p.e. pensamientos, sentimientos) y considerar la investigación cuantitativa como aquella que parte de un enfoque nomotético, objetivo y preocupada por describir las características externas de un grupo de personas (p.e. comportamientos) (Dallos y Vetere, 2005).

<i>Cualitativa</i>	<i>Cuantitativa</i>
-Idiográfica	-Nomotética
-Subjetiva	-Objetiva
-Estados internos (pensamientos, sentimientos)	-Estados externos (comportamientos)
-Como medidas se trabaja con el significado que las personas le dan a la terapia	-Utilización de medidas estandarizadas
-Paciente individual o un pequeño número de pacientes	-Grupo de personas

Cuadro 1.2. Tipo de investigación en psicoterapia.

Fuente: Dallos y Vetere (2005). *Researching psychotherapy and counselling*. Maidenhead: Open University Press.

La investigación cualitativa remarca la unicidad del fenómeno que se está estudiando, más que la búsqueda de generalizaciones que caracteriza al enfoque cuantitativo, y por ello, la mayoría de estudios cualitativos son estudios de caso, aunque a veces también incluyen investigaciones de grupo (Dallos y Vetere, 2005).

Una actitud de descubrimiento más que de verificación o de generación de datos estadísticamente significativos, es la que se ajustaría mejor para definir una aproximación de carácter cualitativo (McLeod, 2001).

En este punto es necesario comentar que ambas metodologías de investigación no se pueden conceptualizar como complementarias, sino que en función de los objetivos del investigador se utilizará un tipo de aproximación u otro (Caro, 2002).

En el Cuadro 1.3 pueden observarse las diferencias entre la investigación cuantitativa y la cualitativa. Desde un punto de vista cuantitativo, el objetivo es el de elaborar teorías e hipótesis con la finalidad de establecer relaciones de causalidad entre las variables objeto de estudio, mientras que en el caso de la metodología cualitativa lo que se presente es profundizar en la interpretación de la experiencia y en sus características específicas.

Características	Investigación cuantitativa	Investigación cualitativa
<i>Objetivos</i>	-Comprobar teorías e hipótesis -Buscar relaciones causales -Realizar comparaciones entre grupos	Describir e interpretar la experiencia
<i>Cómo estudiar</i>	-Trabajar con variables -Control de variables extrañas	Considerar las variables como aparecen en el contexto con todas las influencias naturales
<i>Sujetos</i>	Análisis estadístico a partir de un número de sujetos elevado	Estudiar uno o unos cuantos casos (individuo, cultura, organización) ampliamente
<i>Papel del sujeto</i>	Los sujetos considerados como el objeto de estudio	Los participantes no son objetos, el experimentador y los sujetos se convierten en uno
<i>Papel del investigador</i>	Se minimiza la función del investigador ya que ni en los métodos ni en la interpretación de los datos está presente su punto de vista	La perspectiva del investigador es relevante en la interpretación de los datos (palabras)
<i>Datos</i>	Números	Palabras
<i>Evaluación de los datos</i>	Análisis estadísticos	Literaria, verbal, va de la descripción a la interpretación

Cuadro 1.3. Características específicas de la investigación cuantitativa y cualitativa.

Fuente: Kazdin, A.E. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Ed. Prentice Hall.

Por lo tanto, Kazdin (2001, p. 248) define la investigación cualitativa del siguiente modo:

“La investigación cualitativa es una aproximación al tema en cuestión sobre la experiencia humana y centra su interés en informes narrativos, descripciones, e interpretaciones, y en proporcionar el contexto y el significado. El objetivo es describir, interpretar y comprender los fenómenos de interés. Mediante la descripción e interpretación, se puede profundizar en nuestra comprensión de los fenómenos. El proceso para lograr este objetivo es estudiar profundamente la experiencia de los participantes, para expresar cómo se sienten o perciben su experiencia, y explicar el significado que tiene para aquellos cuya experiencia se está presentando”.

3. Principales características de la investigación cualitativa

La investigación cualitativa es una aproximación que permite situar al observador en el mundo a partir de un conjunto de prácticas interpretativas (Denzin y Lincoln, 2013).

A partir del trabajo de Kazdin (2001) y Stiles (2003) se puede establecer que las características fundamentales de la investigación cualitativa son las que se presentan a continuación:

- Los datos son palabras en lugar de números. A partir de las palabras nos aproximamos más a la riqueza de la experiencia humana.
- Se utiliza la empatía y la comprensión personal para abordar el fenómeno de investigación.
- Las observaciones se realizan tomando en consideración el contexto.
- En lugar de en muestras representativas se centra en buenos ejemplos y casos interesantes.
- Los participantes son tratados como lo que son: personas.

- Parte del supuesto de que muchas variables comportamentales y experienciales siguen dinámicas no lineales.

- Se observa la experiencia humana desde un punto de vista amplio (afecto, cognición y conducta), y tal y como la ha vivido el individuo.

De lo anterior se deduce que las investigaciones cualitativas intentan describir y comprender un fenómeno analizando el lenguaje y su significado (Caro, 2002). Como diría Watzlawick (1977, p.20) “un lenguaje más que reflejar la realidad lo que hace es crear una realidad” o dicho de otro modo la realidad es una construcción que se elabora a partir de las palabras, y por ello para cada persona dicha realidad es diferente. Es decir, “la comunicación es *conditio sine qua non* de la existencia humana” (Watzlawick, op. cit., p.10) y de su fenomenología, y la investigación cualitativa nos permite comprender el mundo del paciente, del terapeuta, a través del estudio de datos lingüísticos (Denzin y Lincoln, 2013; McLeod, 2001, 2013), y nos facilita considerar a los participantes de la investigación como personas únicas e individuales (Dallos y Vetere, 2005).

En el Cuadro 1.4 se recogen algunas características de la investigación cualitativa que complementan a las que se acaban de presentar. De la revisión de trabajos que se ha realizado para elaborar dicho cuadro se puede concluir que la investigación cualitativa nos facilita estudiar la complejidad del cambio en terapia. De hecho Caro (2002) señala que la metodología cualitativa puede utilizarse tanto para realizar investigaciones de resultados como de procesos, y por lo tanto estudiar el cambio desde un punto de vista amplio y desde múltiples vertientes.

Características de las investigaciones cualitativas
1. Permite investigar la complejidad del proceso terapéutico.
2. Se estudia tanto la experiencia del paciente como la del terapeuta.
3. Su objetivo es comprender el significado que los participantes le dan a su realidad.

4. Enfoque holístico e interpretativo.
5. Enfoque naturalista.
6. La actitud del investigador es la de descubrir.
7. Permite hacer el mundo visible.

Cuadro 1.4. **Principales características de las investigaciones cualitativas** (a partir de Caro, 2002; Dallos y Vetere, 2005; Denzin y Lincoln, 2013; Lutz y Hill, 2009; y McLeod, 2001 y 2013).

Como se ha señalado en el Cuadro 1.4 una postura de descubrimiento es la que caracteriza al investigador cualitativo, y no la de un científico imparcial mirando a través de un telescopio, considerado éste como un instrumento objetivo, sino que organiza la información de una manera que afecta a los datos, es decir, les da significado y fundamento (Kazdin, 2001).

Los datos utilizados en un estudio cualitativo se pueden obtener de muchas maneras (Denzin y Lincoln, 2013), a partir de entrevistas, observaciones directas, experiencias personales, fotografías, cintas de audio o vídeo y películas.

Los especialistas (Caro, 2002) en este tipo de metodología se han esforzado por elaborar unos requisitos para garantizar que los descubrimientos de un análisis cualitativo sean fiables y válidos. ¿A qué nos referimos por fiabilidad y validez en un estudio cualitativo?

“La fiabilidad se refiere tanto a los métodos de estudio de los datos (cómo se identifican los temas y categorías, cómo se hacen las interpretaciones) como a la consistencia interna de las interpretaciones, y la validez se refiere al grado en que un descubrimiento tiene sentido, es decir, capta la experiencia y es confirmable por otros” (Kazdin, 2001, p.254).

Para concluir, y a partir de todo lo que se ha comentado, la investigación cualitativa está diseñada para describir, interpretar y comprender la experiencia humana y para elaborar el significado que ésta tiene para los participantes (Caro, 2002; Dallos y Vetere, 2005).

4. Principales resultados

McLeod (2013) realiza una revisión sobre las principales aportaciones de la metodología cualitativa al campo de la investigación en psicoterapia y plantea que cuatro son las áreas en las que podemos dividir su contribución: trabajos sobre el resultado de la terapia, estudios sobre el proceso del cambio, conclusiones sobre la relación cliente – terapeuta y finalmente investigaciones centradas en la evolución del terapeuta. A continuación, pasamos a comentar algunos de los resultados obtenidos en cada una de estas cuatro áreas (McLeod, op.cit.):

1. Las *investigaciones cualitativas sobre los resultados de la terapia* han sido pocas, sin embargo, han aportado algunas cuestiones de relevancia para el campo de la psicoterapia que pasamos a referir.

Se puede señalar que este tipo de estudios han abordado fundamentalmente dos aspectos, uno relativo al significado que el paciente le confiere al resultado de la terapia a partir de la descripción de cuál ha sido el efecto que ésta ha tenido sobre su vida, y el otro referido a la eficacia de la terapia.

En relación con la primera cuestión algunos de los trabajos concluyen que el paciente considera que el impacto del tratamiento puede ser evaluado de un modo diferente en función de la fase de terapia en la que se encuentre.

Si, por ejemplo, la intervención se encuentra en un momento inicial, en concreto en la primera sesión, el paciente valora como beneficioso ese primer encuentro cuando considera que el tratamiento será útil en algún momento de la terapia.

En este tipo de estudios se ha comprobado que desde el punto de vista del paciente lo relevante de la intervención no es sólo la reducción de los síntomas sino lo que han aprendido en terapia que les puede ayudar a lo largo de su vida o la capacidad para manejar una recaída y poder mantener los cambios alcanzados a lo largo del tiempo.

En cuanto a la eficacia de la terapia todos los estudios señalan que los pacientes consideran que ésta es útil y eficaz.

2. Los *estudios sobre el proceso de cambio* desde un planteamiento cualitativo han aportado información sobre la experiencia del paciente no al final de la terapia sino durante todo el proceso de intervención, sobre cómo asimila una experiencia problemática una persona a lo largo de las sesiones de psicoterapia y acerca de las características de los acontecimientos que son significativos durante el tratamiento.

3. Los trabajos cualitativos sobre *la relación entre paciente y terapeuta* han intentado ir más allá de la perspectiva de la alianza terapéutica con el ánimo de ampliar el marco de visión. De este modo algunos estudios han planteado que la relación terapéutica es un contacto interpersonal profundo y por lo tanto algo más que una alianza entre dos individuos colaborando y trabajando conjuntamente.

4. Finalmente, se deben destacar los estudios de carácter cualitativo en los que se indaga sobre *el terapeuta y su evolución como profesional*. Este tipo de trabajos han ofrecido datos sobre el significado que tiene para el terapeuta serlo, sobre la experiencia de entrenamiento y sobre los cambios de punto de vista que suceden en el desarrollo de la carrera profesional.

5. Tipos de investigación cualitativa

De un modo genérico la investigación cualitativa incluye los estudios de caso (nuestra investigación es un ejemplo de ello), el análisis de conversaciones, el análisis de discursos, la etnografía, el análisis narrativo, el análisis fenomenológico cuya finalidad característica es revisar y comprender las entrevistas, las conversaciones y los textos (Stiles, 2003).

Los diseños de investigación cualitativos también pueden categorizarse en función de la escala y de la medida en la que se centra el estudio, desde un contexto más amplio y genérico a uno más concreto y específico (McLeod, 2013):

1. *Estudios macro-nivel*. En ellos se analiza el contexto social, histórico y cultural en el que tiene lugar la terapia. Es como si a través de un telescopio construyéramos una imagen global del contexto en el que ocurre la psicoterapia.
2. *Estudios de nivel intermedio*. En este tipo de trabajos se explora la experiencia de los participantes (terapeuta y paciente) en la terapia.
3. *Estudios micro-nivel*. Se examina el momento a momento del proceso psicoterapéutico cómo si estuviéramos utilizando un microscopio que nos permite aproximarnos a fenómenos que en psicoterapia ocurren de un modo muy rápido y prácticamente son imperceptibles a simple vista.

Como complemento de las diferentes clasificaciones que se han presentado hasta este momento en relación con los tipos de investigaciones cualitativas y revisando el trabajo de Dallos y Vetere (2005) podemos señalar que los métodos cualitativos se pueden dividir en:

- *Análisis interpretativo de conversaciones*. Este planteamiento parte de la idea de que las personas tienen ideas, puntos de vista sobre sus experiencias relativamente estables, y la tarea de este tipo de estudios consiste en conocer dichas creencias para poder explorar el significado atribuido a dichos fenómenos.

- *Análisis del discurso*. El objetivo de este tipo de estudios consiste en explorar las interacciones y conversaciones entre las personas ya que a partir de ellas se organiza la experiencia humana.

- *Análisis narrativos*. Conocer y estudiar las historias que las personas elaboran acerca de sus propias vidas y que facilitan comprender cómo se construye el self y la identidad de los individuos es la finalidad de este método cualitativo.

- *Observación*. La experiencia humana es investigada a partir de las observaciones efectuadas sobre un determinado fenómeno.

- *Estudios de caso*. Los estudios de caso permiten explorar la complejidad del proceso terapéutico desde un punto de vista holístico y sistémico.

Como acabamos de señalar existen diferentes estrategias metodológicas para diseñar una investigación cualitativa. Nuestro trabajo es un estudio de caso. Respecto a esta cuestión nos gustaría resaltar algunos aspectos en el siguiente apartado.

6. Estudios de caso

Un estudio de caso se puede definir de un modo general como una metodología cualitativa que permite estudiar la complejidad de un fenómeno en el contexto de la vida real y que se caracteriza por incluir un número de observaciones elevado (Dallos y Vetere, 2005).

Así pues, un estudio de caso se diferencia de un enfoque cuantitativo en que los datos son palabras y no números y el investigador en lugar de elaborar una teoría y compararla con los resultados estadísticos obtenidos lo que hace es contrastar muchas observaciones (palabras) con muchos enunciados teóricos (Stiles, 2003, 2009a, 2009b).

Sin entrar en mucho detalle comentar que los estudios de caso se pueden dividir en: estudios de caso clínicos o narrativos; estudios de caso experimentales (N=1); estudios de caso sistemáticos; estudios de caso basados en los constructos personales; y estudios de caso que utilizan cuestionarios o diarios personales (Dallos y Vetere, 2005; Iwakabe y Gazzola, 2009).

En este punto es necesario hablar de los estudios de caso que construyen una teoría ya que nuestra estrategia de investigación se orienta en esa dirección. Siguiendo a Stiles (2003, 2007, 2009a, 2009b) este enfoque se fundamenta en las siguientes premisas:

1. Es un tipo de investigación que compara observaciones con ideas.
2. Una idea puede verse afectada y modificada por los datos, es decir, éstos empapan las ideas.

3. Las teorías son flexibles y se modifican para adaptarse a las observaciones, o lo que es lo mismo la teoría se ajusta a los hechos cuando estos van en otra dirección.
4. Es un procedimiento de investigación acumulativo ya que las observaciones de diferentes casos van haciendo avanzar el planteamiento teórico previo.
5. Supone una estrategia de trabajo colaborativa, en la que muchos investigadores diversos comparten sus experiencias y en la que se analizan sistemáticamente muchos casos.

Por lo tanto, al examinar un fenómeno desde un estudio de caso lo que sucede es que en ocasiones las observaciones parcialmente no se corresponden con la teoría, y esto orienta al investigador en la dirección de que quizás algún enunciado teórico necesita una conceptualización diferente (Stiles, 2006).

El procedimiento de trabajo desde este planteamiento es sistemático y riguroso, supone ir hacia delante y hacia atrás constantemente para que todas las piezas del puzzle, datos y teoría, encajen “perfectamente”, siguiendo una estrategia en la que se realizan comparaciones entre cada uno de los elementos que constituyen la teoría y unas pocas observaciones (Stiles, 2013).

Como afirma Stiles (2007) no existe una única manera de realizar estudios de casos que permiten construir una teoría, sin embargo establece una serie de criterios que pueden resultarnos de utilidad para implementar este tipo de método de investigación:

- Conocer en profundidad y detalle la teoría ya que sino será difícil comparar las nuevas observaciones con los enunciados teóricos establecidos. Además, el investigador, desde este enfoque, debe ser capaz de modificar la teoría en función de los nuevos datos obtenidos.
- Seleccionar un caso que nos permite abordar alguna cuestión nueva o interesante desde el punto de vista teórico.

- Una vez que hemos determinado el caso con el que vamos a trabajar es necesario también que se realice una descripción exhaustiva del paciente y del tratamiento, recopilando la mayor cantidad de información posible.
- Otro aspecto a tomar en consideración está relacionado con cómo se analiza el material disponible del caso objeto de estudio:
 - Familiarizarse con el caso y con toda la información sobre él. El investigador debe conocer al 100% todo lo relativo al material con el que está trabajando.
 - Una vez que el investigador se ha estudiado el caso tiene que seleccionar y focalizarse sólo en algunos temas o cuestiones de interés. Por ejemplo, se revisa la transcripción y se extraen aquellos párrafos que son considerados relevantes desde un punto de vista teórico.
 - Finalmente se requiere en el trabajo con estudios de caso que construyen una teoría una fase de interpretación en la que las observaciones son comparadas con las ideas.

7. Ventajas y desventajas de las investigaciones cualitativas

Si volvemos hacia atrás y retomamos lo que se ha dicho sobre la metodología cualitativa y sus características comprobaremos que en todo ello ya se encuentran de algún modo las principales fortalezas de la investigación cualitativa. Sólo remarcar, entre sus ventajas, que los estudios cualitativos son holísticos y toman en consideración el contexto de la psicoterapia así como el punto de vista del paciente y el del terapeuta, lo que nos aproxima a conocer el significado de la experiencia humana.

La investigación cualitativa nos facilita estudiar el proceso del cambio ya que constituye una aproximación diferente para pensar y descubrir la terapia (Caro, 2002).

Por otro lado, ¿cuáles son las limitaciones o desventajas de la investigación cualitativa? (Caro, 2002; McLeod, 2013):

1. Requieren tiempo para su realización.

2. Es necesario un entrenamiento específico, así como supervisión.

3. Las investigaciones cualitativas utilizan como datos las conversaciones, las narrativas, los diálogos y uno de los problemas se refiere a cómo se utiliza y se gestiona dicha información.

4. Una aproximación que analiza el lenguaje se enfrenta con la dificultad de que el significado de lo que se ha dicho no se puede abordar de un modo objetivo y único. Con lo cual es probable que lo que deseaba transmitir una persona no se corresponda exactamente con lo que finalmente ha verbalizado a través de sus palabras. Y el investigador evidentemente también tiene su propia perspectiva sobre la narración que está explorando y que por lo tanto va a influir sobre ella.

5. Otro desafío para las investigaciones cualitativas tiene que ver con la complejidad para organizar y transmitir la información obtenida de los datos examinados ya que en este caso son palabras, textos, etc...

Hecho este itinerario, y siguiendo la metáfora del embudo, en el que hemos comentado en que consiste la investigación de procesos en psicoterapia así como la metodología cualitativa, pasaremos a centrarnos en el modelo procesual cualitativo que vamos a emplear en nuestra investigación: *el modelo de asimilación de experiencias problemáticas*.

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas

El modelo de asimilación pretende describir el proceso del cambio terapéutico desde una perspectiva cualitativa (Caro, Rojo, Allepuz y Yera, 2011), de un modo más específico se enmarca en el denominado *paradigma de acontecimientos* (Rice y Greenberg, 1984) que estudia episodios breves que comparten un marcador común. Las investigaciones realizadas con la APES amplían este paradigma al identificar y seleccionar los problemas y realizar un seguimiento de ellos a lo largo de muchas sesiones (Stiles, 2003; Stiles, Morrison, Haw, Harper, Shapiro y Firth-Cozens, 1991) analizando las narraciones de los pacientes y las transcripciones de las sesiones (Osatuke et al., 2004).

Este enfoque representa un modelo integrativo a través del cual podemos estudiar el cambio terapéutico desde cualquier perspectiva terapéutica (Stiles y Angus, 2001).

Stiles et al. (1990) plantean que el modelo de asimilación de experiencias problemáticas pretende superar la brecha existente entre proceso y resultado debida a la utilización de una escala temporal diferente, ya que el proceso terapéutico alude a los acontecimientos durante la sesión en una escala temporal de segundos o minutos y el resultado del tratamiento se ha evaluado en una escala de meses o de años (Stiles, 2006).

Por lo tanto, este modelo simboliza una teoría sobre el cambio en psicoterapia que surge como consecuencia de la dificultad de las investigaciones tradicionales para establecer una relación entre el proceso terapéutico y el resultado (Stiles, 1999).

Dicho de otro modo, el modelo de asimilación desmenuza el resultado en pequeñas partes para posteriormente estudiar cómo cambia cada una de esas piezas conforme avanza el proceso de intervención (Stiles y Angus, 2001), es decir, describe los resultados de la sesión focalizándose en un tema específico más que en la totalidad compleja del paciente (Stiles et al., 1990).

1. Definición del modelo de asimilación de experiencias problemáticas

El modelo de asimilación desde su creación hasta la actualidad ha ido evolucionando y constituyéndose como una teoría que permite valorar en las investigaciones realizadas el impacto de los *fenómenos de responsividad* que se producen entre paciente y terapeuta así como descartar la existencia de relaciones lineales proceso-resultado (Stiles, 2009c; Stiles et al., 1998).

Es decir, este enfoque ofrece una aproximación acerca de cómo el terapeuta puede adaptar su intervención en función del grado de asimilación del problema por parte del paciente (Stiles, 2001).

Teóricamente, el modelo se fundamenta, principalmente, en el trabajo de Piaget y su concepto de esquema, en el de Rogers sobre la evolución del sí mismo y en el de otros autores, por ejemplo Elliot, que definieron la secuencia sistemática de cambios mediante la cual se puede representar una experiencia problemática durante la psicoterapia (Caro, 2011; Stiles et al., 1991).

Este modelo analiza cómo se produce el cambio en psicoterapia (Barkham, Stiles, Hardy y Field, 1996; Stiles et al., 1990, 1991) focalizándose en el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas o dolorosas con las que el paciente llega a terapia y que gradualmente y siguiendo una secuencia regular son integradas en su sí mismo, bien por las intervenciones efectuadas por el terapeuta, o bien construidas conjuntamente en la interacción paciente - terapeuta.

Es un enfoque integrador, que incluye cuestiones importantes de diferentes modelos de psicoterapia así como de la psicología cognitiva y del desarrollo, y puede aplicarse en diferentes contextos (Stiles et al, 1990).

Sin embargo, el modelo no es prescriptivo, es decir, no nos dice cómo debemos desarrollar la terapia, o qué debemos hacer para producir un cambio, por lo que puede

utilizarse en diversos contextos terapéuticos (Stiles et al., 1990). Es un enfoque que nos permite personalizar la relación terapéutica (Stiles, 2001).

El modelo se ha construido y desarrollado fundamentalmente a través de investigaciones referidas a estudios de casos que permiten elaborar una teoría, en los que como se comentó anteriormente las observaciones impregnan la teoría, aunque también se han llevado a la práctica estudios estadísticos de carácter cuantitativo (Stiles, 2003).

2. Conceptos principales del modelo de asimilación

A. ¿Qué es asimilar una experiencia problemática?

Antes de pasar a delimitar en qué consiste el proceso de asimilación es necesario definir qué es una experiencia problemática. Así pues, una experiencia problemática es una percepción, una intención, un impulso, actitud, deseo, fantasía, o idea que causa malestar psicológico cuando aparece en la conciencia o se pone en acción (Stiles et al., 1990).

Estas experiencias aparecen una y otra vez en un intento de dar solución a una variedad de situaciones, pero son incongruentes con las formas habituales de pensar y actuar de la persona y no se pueden abordar de forma clara en nuestro pensamiento, y además al individuo le resulta difícil hablar con concreción sobre ellas (Caro, 2011).

Por lo tanto, una experiencia problemática provoca perplejidad, desconcierto en el individuo, así como sufrimiento personal, además de generar comportamientos que pueden desgastar las relaciones con los demás (Stiles et al., 1990). Es decir, dicha experiencia deriva en dificultades o problemas internos y externos al mismo tiempo.

Tal y como remarca Stiles et al. (1990, p. 411) “la asimilación de una experiencia problemática es un mecanismo común de cambio, un componente de muchas o todas las psicoterapias”.

El proceso de asimilación significa que la experiencia problemática cambia a través de las sesiones y mediante el trabajo realizado por paciente y terapeuta desde un momento inicial

en el que es negada o evitada hasta que es comprendida e integrada en el sí mismo al final de una psicoterapia eficaz (Stiles, 2001).

En este punto, es necesario diferenciar dos propuestas conceptuales acerca de qué significa asimilar:

En primer lugar, el modelo surgió inicialmente, vinculado a la idea de esquema. Un *esquema* es un patrón familiar de ideas, una forma de pensar en la que nuevas experiencias pueden asimilarse (Stiles et al., 1990).

Hay que remarcar que no todas las experiencias no asimiladas son necesariamente problemáticas. “Las experiencias conflictivas suponen auto – percepciones (ej. observaciones sobre nuestros sentimientos o comportamientos) o percepciones de nosotros en relación con los demás que son discrepantes con nuestros esquemas habituales y no se pueden asimilar” (Stiles et al., 1990, p.412).

Después de la asimilación, la experiencia problemática se convierte en parte del esquema (Stiles et al., 1991), el cual se construye a partir de los Insights que el paciente alcanza durante la relación terapéutica (Stiles, 2001).

En segundo lugar, el modelo de Stiles describe el proceso de cambio utilizando el concepto de *voz* y cómo el sí mismo se construye a partir de un conjunto de voces que dialogan entre sí (Honos-Webb y Stiles, 1998; Stiles, 1999, 2001).

Honos-Webb y Stiles (1998) revisan el trabajo de Hermans, Kempen y Van Loon (1992) y el de Hermans (1996) para desarrollar esta propuesta en la que el sí mismo está integrado por múltiples voces.

Esta reformulación del modelo de asimilación implica que la experiencia problemática se considera como una *voz* con un papel activo que interactúa con una comunidad de voces que es el sí mismo (Stiles, 2001), y por lo tanto, la asimilación supone un diálogo entre la voz problemática y el conjunto de voces dominantes (Stiles, 1999).

Así pues, la asimilación significa la aceptación por parte de la comunidad de voces de una voz problemática y nueva (Osatuke et. al., 2004; Stiles, Osatuke, Glick y Mackay, 2004).

Siendo un poco más concretos, la *voz no dominante* se refiere a nuestras experiencias problemáticas, con las que el paciente llega a la terapia, o que surgen durante la interacción entre paciente y terapeuta y que entran en conflicto con las voces cotidianas (Caro, 2011).

Una voz problemática puede referirse a un recuerdo traumático, a una parte inaceptable del sí mismo o a cualquier aspecto que provoca dolor y sufrimiento a la persona (Osatuke et al., 2004), separada de la comunidad de voces y con un papel activo dentro del individuo (Honos-Webb y Stiles, 1998).

En cambio la *voz dominante* (Caro, 2011) está compuesta por nuestros recursos, e incluye nuestros pensamientos, sentimientos y comportamientos, que nos facilitan afrontar situaciones conflictivas, tomar decisiones ante una experiencia novedosa y saber comportarnos.

De este modo, si la voz dominante le dice a un paciente que tiene que tenerlo todo controlado, y en una ocasión no lo consigue, experimentando inseguridad e inestabilidad (voz no dominante), esta experiencia se puede convertir en problemática si no la asimila la persona.

La asimilación, por lo tanto, supone la aceptación de la voz no dominante por parte de la voz dominante. Para ello, se establece un diálogo entre ambas que facilita que la experiencia problemática se integre en la comunidad de voces habituales (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Dicho de otro modo, y tal y como plantea Caro (2011), la APES nos proporciona el proceso que se deriva de la relación cambiante entre las voces dominantes y no dominantes.

La experiencia problemática se asimila e integra en la comunidad de voces, ya que ambas cambian en el proceso de construir un puente de significado (Honos-Webb y Stiles,

1998). El puente de significado se refiere a un signo o a un sistema de signos que tiene el mismo significado tanto para el autor, como para quien va dirigido (Stiles, 2001), y suele aparecer en el nivel 4 de la APES, correspondiente al Insight, y se caracteriza, además, por un diálogo empático entre las voces inicialmente separadas (Honos-Webb y Stiles, 1998).

La asimilación completa de una experiencia problemática se produce a nivel emocional, comportamental, así como intelectual (Greenberg y Safran, 1987), y por lo tanto, cuando la asimilación es incompleta se puede observar que hay un aislamiento entre los aspectos cognitivos y afectivos. Por ejemplo, un cliente puede establecer una conexión intelectual sin integrarla en su vida.

Resumiendo, inicialmente, asimilar suponía que cuando aparece una experiencia nueva y problemática, un “esquema” la acoge –la integra, la explica-, y la incorpora en un sistema de asociaciones (Stiles et al., 1990). Posteriormente, el modelo se reformula a partir del concepto de voz, y la asimilación supone que el sí mismo logra aceptar una nueva experiencia (Honos-Webb y Stiles, 1998). Tal y como plantea Caro (2011) la asimilación es el resultado, la consecuencia de un proceso en el que se establece un diálogo del sí mismo (“self dialógico”). Este planteamiento sugiere que la voz problemática se integra en la comunidad de voces como resultado del trabajo conjunto que realizan paciente y terapeuta en el que el primero atraviesa un conjunto de fases predecibles de asimilación (Stiles et al., 1991).

Como puede apreciarse en la Figura 1.1 el proceso de asimilación parte de una experiencia problemática no asimilada que inicialmente es evitada, y que gradualmente comienza a ser aceptada parcialmente y a experimentarse como dolorosa, hasta que la experiencia es completamente asimilada generando sentimientos de dominio y de control (Stiles et al., 1990).

De un modo más detallado el modelo implica una secuencia de trabajo, presente en las psicoterapias exitosas, que se puede concretar de la siguiente manera (Stiles et al., 1990):

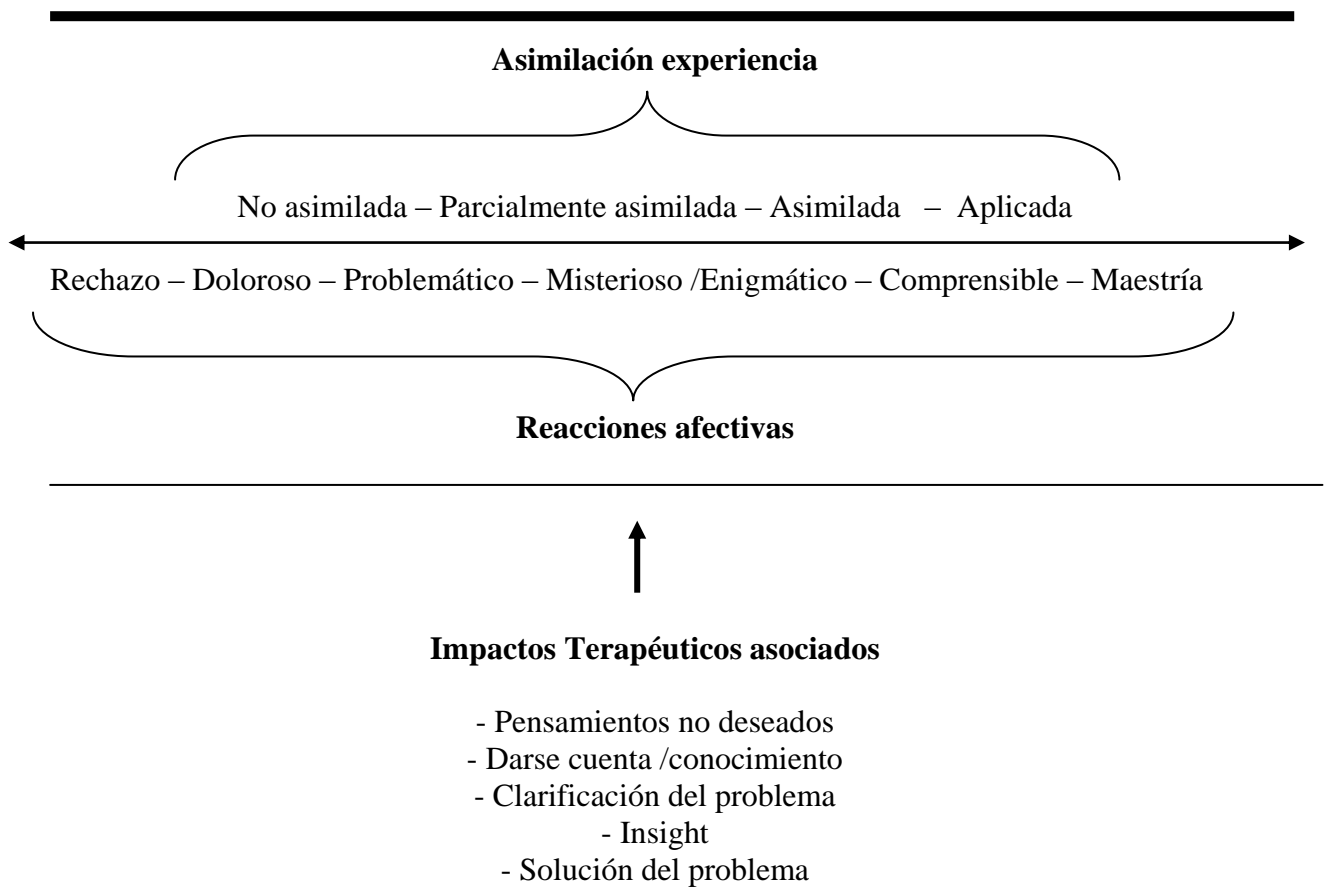


Figura 1.1. Proceso de asimilación de una experiencia problemática, reacciones afectivas e impactos terapéuticos asociados.

Fuente: Stiles et al., (1990).

Hay que remarcar que los impactos terapéuticos pueden utilizarse para describir eventos significativos durante el proceso de terapia (Elliot, 1985; Elliot, James, Reimschuessel, Cislo y Sack, 1985). En la Figura 1.1 se recogen 5 de los impactos terapéuticos descritos por Elliot y sus colaboradores, y que en este caso están relacionados con un incremento en la asimilación, apareciendo cada uno de ellos en diferentes fases del continuo de integración de la experiencia problemática (Stiles et al., 1990).

Señalar, tal y como puede verse también en la Figura 1.1, que conforme va transcurriendo la asimilación de la experiencia problemática se va sucediendo paralelamente

una secuencia de reacciones afectivas asociadas a cada uno de los estadios de asimilación (Stiles et al., 1991).

Es decir, la interacción con una nueva experiencia o los restos de una experiencia previa generan afecto, particularmente si la experiencia es problemática (Stiles et al., 2004). El afecto es una respuesta orgánica automática, que sucede muy rápidamente, ante el encuentro con una experiencia nueva. Cada uno de los estadios de asimilación de la experiencia problemática lleva asociado un afecto, como se aprecia en la Figura 1.1.

De un modo más concreto, si establecemos una relación entre la secuencia de asimilación, operativizada en la APES (Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas que desarrollaremos con más detalle en el apartado siguiente), y el afecto, podríamos establecer lo siguiente:

APES 0	Afecto mínimo, reflejo de una evitación exitosa. Alternativamente, el problema puede aparecer con síntomas somáticos.
APES 1	El afecto es intensamente negativo pero episódico y desenfocado; la conexión con el contenido puede ser poco clara.
APES 2	El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociado con el material problemático.
APES 3	El afecto es negativo pero manejable, sin pánico.
APES 4	El afecto puede ser mixto, con algo de displacer pero con algunos momentos placenteros.
APES 5	El tono afectivo es optimista, positivo.
APES 6	El afecto es positivo.
APES 7	El afecto es positivo o neutro.

Cuadro 1.5. Nivel de Asimilación y Afectividad.

Fuente: Stiles et al., (2004).

Siguiendo con las emociones y el proceso de asimilación en “*the feelings curve*” (véase Figura 1.2) podemos hablar en primer lugar de una diagonal ascendente que representa la valencia, es decir, el grado en que el afecto del encuentro con una experiencia particular es

negativo (niveles de asimilación bajos) o positivo (niveles altos de asimilación) (Stiles et al., 1991, 2004).

Por otro lado, y como puede apreciarse en la Figura 1.2, tenemos una curva normal que representa la saliencia, que es la cantidad de atención prestada a la experiencia. La atención es baja tanto si la experiencia es evitada o rechazada (APES = 0 o 1) como si es integrada y asimilada (APES = 7), y alta para valores medios (APES= de 3 a 5), es decir, cuando el problema se está clarificando, comprendiendo, así como cuando se está empezando a solucionar.

Dicho de otro modo la *atención* que el sujeto le presta a la experiencia problemática va aumentando hasta que se llega a un nivel APES 4, Insight, y a partir de dicho punto comienza a disminuir hasta que la experiencia problemática se asimila.

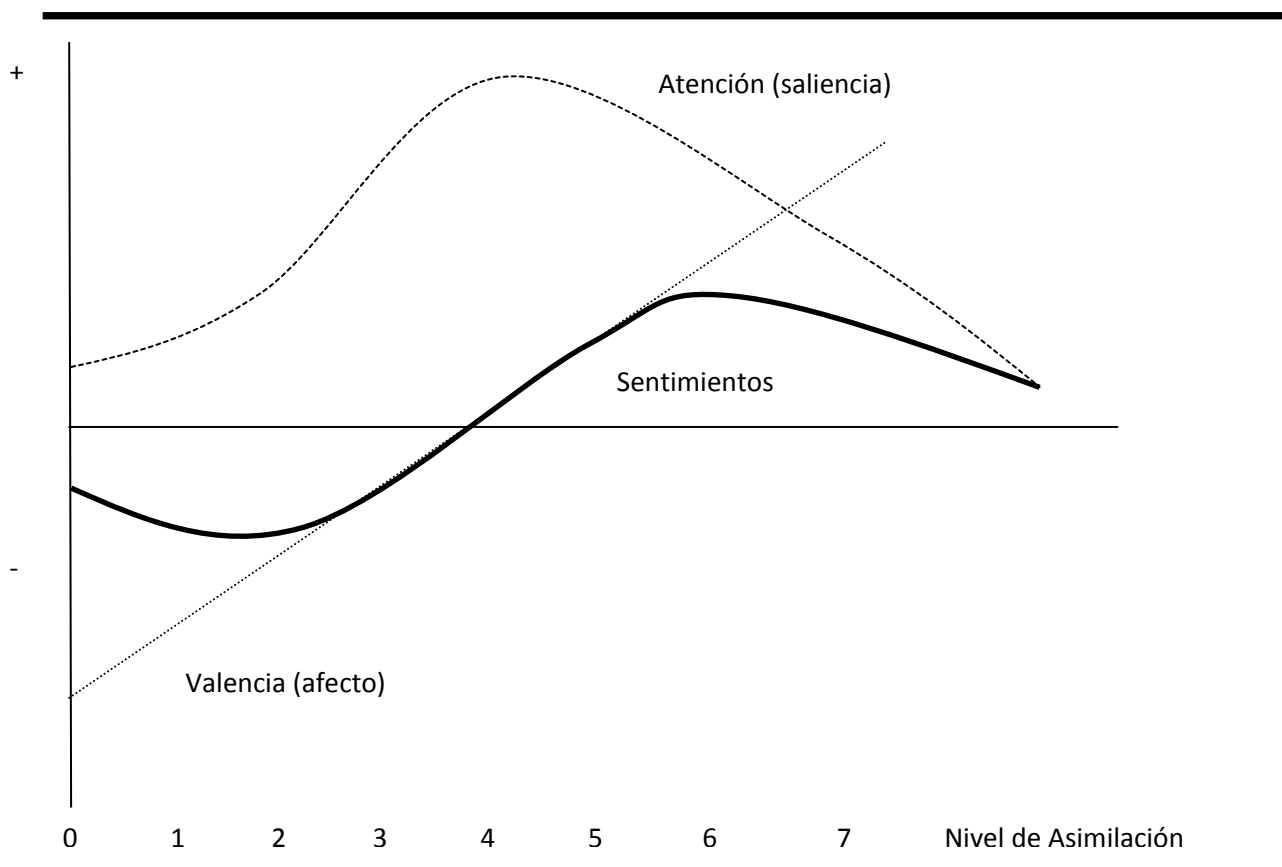


Figura 1.2. **Relación entre emoción, atención y asimilación de una experiencia problemática.**

Fuente: Stiles et al., (1991, 2004).

Desde este planteamiento, en el que los sentimientos se consideran como el producto de la valencia y de la saliencia de la experiencia problemática, se pueden resaltar las siguientes cuestiones (Stiles et al., 2004):

1. Cuando una voz problemática no está asimilada, la disforia potencial es grande, sin embargo, y debido a que los encuentros con la experiencia problemática se evitan, el nivel negativo de los sentimientos es medio.
2. Cuando la asimilación avanza, la curva relativa a los sentimientos se posiciona en valores negativos. Además, la saliencia se incrementa rápidamente, por lo que el sentimiento es más negativo todavía, alcanzando su valor más bajo en el estadio 2 de la APES. Esto es habitual en el inicio de las terapias exploratorias ya que las experiencias problemáticas previamente evitadas son reconocidas y confrontadas. Entre los estadios 3-5 se percibe un cambio positivo en los sentimientos ya que se presta mucha atención e importancia a la voz, y la valencia comienza a ser más positiva ya que el problema es reconocido, discutido, comprendido, y finalmente solucionado. El pico máximo de sentimientos positivos ocurre en el estadio 6 de la APES, cuando el problema se resuelve y la experiencia problemática es asimilada.

Así pues, el modelo sugiere que los pacientes siguen una secuencia de desarrollo regular en la que la experiencia problemática se atiende, reestructura, entiende y resuelve cuando el tratamiento ha sido eficaz y satisfactorio (Stiles, 2001).

B. La Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES)

A continuación pasamos a describir la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* (Assimilation of Problematic Experiences Scale) o APES (Stiles y Angus, 2001; Stiles et al., 1991) que permite operativizar el proceso de asimilación en ocho niveles, desde el primero en el que la experiencia nueva y dolorosa se suprime hasta que finalmente se domina e integra en el sí mismo.

Siguiendo a Honos-Webb, Stiles y Greenberg (2003), así como otros trabajos del grupo de Stiles, se presentan en el Cuadro 1.6 los diferentes valores APES.

Como plantea Caro (2011) la escala es independiente del contenido problemático, la población diagnóstica o el enfoque terapéutico.

Hay que remarcar que la escala APES permite niveles intermedios ya que la asimilación es considerada como un continuo (por ejemplo, 0.7, 3.2, 6.7) (Stiles et al., 1991). Así, un código de 2.5 indicaría que el paciente (en relación al párrafo codificado) se encuentra a medio camino entre Surgimiento (2) y Clarificación (3) (Stiles et al., 2004).

La utilización de números, asociados con palabras, permite transmitir mejor a los demás los niveles APES, y por lo tanto, el proceso de asimilación de la experiencia problemática (Osatuke y Stiles, 2011; Stiles, 2006).

<i>NIVELES DE LA ESCALA APES</i>
<p>NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN</p> <p>El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (p.e., cambiar de tema). Afecto mínimo en el nivel 0, donde hay una evitación de éxito; afecto negativo vago (sobre todo ansiedad) se asocia con los niveles 0.1-0.9. La voz problemática está en silencio pero se manifiesta a través de síntomas somáticos, recuerdos intrusivos, “acting out”, abuso de sustancias o dificultades en las relaciones interpersonales.</p>
<p>NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: <i>Control/evitación</i></p> <p>El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el paciente cambia de tema, algo así como “tengo que ser duro y no pensar en esto”. El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos -ansiedad, miedo, cólera, tristeza. A pesar de la intensidad de los sentimientos, pueden no estar focalizados y su conexión con el contenido ser poco clara. Los niveles 1.1 a 1.9 reflejan un nivel cada vez mayor de afecto y una evitación menos exitosa. Énfasis en controlar y suprimir el material negativo o emocional desde la voz dominante. Miedo de perder el control.</p>
<p>NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:</p> <p>El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe</p>

pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad.

El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias. Los niveles 2.1 a 2.9 reflejan una claridad cada vez mayor del contenido de la experiencia y una intensidad disminuida y una difusión del afecto

El cliente está molesto pero no puede clarificar el problema. La nueva voz desequilibra al individuo. El mayor peso lo tiene la voz dominante.

NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:

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. Los niveles del 3.1 al 3.9 reflejan un trabajo activo, focalizado hacia la comprensión de la experiencia problemática.

Confrontación directa entre ambas voces. Ambas voces tienen el mismo peso.

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).

Acuerdo y cooperación entre las voces, comienza a establecerse un puente de significado entre ambas voces. Comprensión empática entre las voces. Uso flexible de las voces.

NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN:

La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.

El tono afectivo es positivo, “está en ello”, optimista. Niveles del 5.1 al 5.9 reflejan un progreso tangible hacia soluciones de problemas en la vida cotidiana.

Conductas que se hacen fuera o referencias explícitas a que va a hacer algo.

Decisiones que el paciente toma para comportarse de forma distinta.

NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA:

El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. Niveles del 6.1 al 6.9 reflejan generalizar la solución a otros problemas y construir las soluciones sobre patrones usuales o habituales de conducta.

NIVEL 7. DOMINIO:

El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (p.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema. El paciente ha integrado la multiplicidad de voces.

Cuadro 1.6. Niveles en el proceso de asimilación.

Fuente: a partir de Barkham et al., 2006; Honos-Webb y Stiles, 1998; Honos-Webb, Stiles y Greenberg, 2003; Honos-Webb, Surko et al., 1999; Osatuke et al., 2004; Stiles et al. 1991; Stiles y Angus, 2001; Stiles et al., 2004.

3. Principales resultados del modelo de asimilación de experiencias problemáticas

Es necesario comenzar recordando que la mayoría de trabajos efectuados desde este enfoque han seguido una aproximación cualitativa, concretamente *estudios de caso* que permiten construir una teoría, aunque también se han realizado *investigaciones cuantitativas* en las que se contrastan teorías e hipótesis con números (Stiles, 2001).

A continuación presentamos algunos de los *resultados* derivados de las principales investigaciones realizadas desde el modelo de asimilación (Caro, 2003a, 2003b, 2007, 2011; Caro y Stiles, 2009, 2013; Honos-Webb et al., 2003; Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles y Greenberg 1999; Deter, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2006; Osatuke et al., 2004; Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro y Barkham, 2005; Osatuke, Humphreys, Glick, Graff-Reed, Mckenzie y Stiles, 2005; Stiles et al., 1990, 1991; Stiles, Barkham, Shapiro, Firth-Cozens, 1992; Stiles, Leiman et. al., 2006; Stiles, Meshot, Anderson, Sloan, 1992):

1. Uno de los aspectos más relevantes que se deriva de las investigaciones efectuadas es la *construcción de un modelo que facilita describir el cambio en terapia* mediante una secuencia sistemática a través de la cual el paciente asimila una experiencia problemática, encontrando aspectos comunes en dicho proceso, independientemente del tipo de paciente, del tipo de problema, y del tipo de enfoque terapéutico (Stiles, 2002, 2005).

Es decir, tal y como plantea Caro (2011), se puede establecer una relación y un paralelismo entre el proceso de asimilación de la experiencia problemática y el cambio terapéutico, o dicho de otro modo, cuando el paciente no avanza en los niveles APES en el sentido de asimilar la voz problemática tampoco se produce un éxito o cambio terapéutico.

2. Otro resultado importante está relacionado con estudios que han permitido descubrir que *los pacientes responden de un modo diferente a un tipo de tratamiento u otro en función del nivel APES en el que se encuentra su problema* (Stiles, 2001, 2002).

Siguiendo a Caro (2011) los diferentes enfoques terapéuticos se centran en estadios diferentes a lo largo del proceso de asimilación y activan recursos distintos según el nivel APES en el que se encuentra el paciente.

Por lo tanto, se sugiere efectuar un trabajo exploratorio y evocativo, más propio de las terapias experienciales y psicodinámicas, para mover al paciente desde la parte izquierda del continuo hacia la derecha, es decir cuando la experiencia es rechazada o no asimilada. En cambio, si el paciente viene con un problema claramente formulado podemos empezar a trabajar desde la mitad del continuo desde enfoques cognitivos o comportamentales. El terapeuta utilizará unas técnicas de intervención u otras en función del momento de asimilación en el que se encuentre el cliente.

3. Una conclusión obtenida en las investigaciones sobre el modelo de asimilación apunta en la dirección de que la propuesta de que *la secuencia de la APES es progresiva* parece directamente contraria a lo que sugieren algunos resultados que sostienen una progresión irregular de la APES (Stiles, 2005).

El planteamiento inicial del modelo de asimilación es que cada nivel APES se construye a partir del anterior, los estadios o niveles no pueden saltarse, y su orden no puede modificarse, es decir, asimilar es un proceso regular que se realiza, como ya se ha dicho, a partir de la construcción de *puentes de significado*.

No obstante los resultados sugieren que es posible una secuencia irregular en el proceso hacia el cambio terapéutico. A este respecto, aunque el cambio en terapia está vinculado con el progreso a lo largo del continuo de asimilación, es decir, con saltar de un nivel APES a otro dirigiéndonos gradualmente hacia los valores APES más altos de la escala, esta progresión puede tener momentos en los que se retrocede en la secuencia e incluso producirse saltos entre niveles.

Además estos retrocesos ocurren de un modo diferente en función del tipo de psicoterapia con el que se está trabajando. Así, el proceso de asimilación utilizando una terapia experiencial es más suave y progresivo a lo largo de las sesiones, el paciente avanza en los niveles APES de un modo gradual. En cambio, en terapias cognitivas el progreso es en forma de sierra, es decir, el paciente sigue la secuencia regular de asimilación, pasando de un nivel APES inferior al siguiente, y de repente retrocede.

Las respuestas ofrecidas al por qué de los retrocesos son diversas, aunque básicamente los datos obtenidos señalan las siguientes:

1. Imprecisión de las medidas, es decir, los retrocesos tal vez pueden reflejar simplemente errores de medición.
2. Una voz problemática está normalmente constituida por diferentes aspectos, los cuales pueden ser asimilados de diversa manera en el proceso de terapia.
3. El concepto (tomado de Vygotsky) de la *zona de desarrollo próximo*. Desde este planteamiento el paciente se encuentra en un nivel APES diferente al del terapeuta y no está capacitado para lo que éste le sugiere, produciéndose de este modo un retroceso.
4. La *hipótesis de la balanza*, que desde un marco cognitivo describe el trabajo conjunto paciente – terapeuta. Desde esta formulación los retrocesos están relacionados con la idea de que el paciente “sigue” al terapeuta en la actividad que éste último plantea.

El modelo se ha estudiado desde diversos *enfoques terapéuticos*: terapia lingüística de evaluación (Caro, 2003a, 2003b, 2007, 2011), terapias experienciales (Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Honos-Webb et al., 1998; Mosher, Goldsmith, Stiles y Greenberg, 2008; Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro y Barkham, 2005), psicodinámicas (Reid y Osatuke, 2006; Stiles et al., 2006), así como desde enfoques cognitivo-comportamentales (Osatuke, Mosher, Goldsmith y Stiles, 2007), entre otros. Y también se ha trabajado desde

este enfoque en contextos no terapéuticos, por ejemplo, el trabajo de Henry, Stiles y Biran (2005) sobre el proceso de asimilación en personas inmigrantes, en el que se integran las voces de dos culturas, la actual y la nativa.

Los *problemas* que se han abordado desde la asimilación de experiencias problemáticas ha sido amplia: problemas de ansiedad (Caro, 2007, 2011; Meystre, Kramer, Roten, Despland y Stiles, 2014a; Penttinen y Wahlström, 2012; Stiles et al., 1992), psicosis (Osatuke, Reid, Stiles, Kasckow y Mohamed, 2011), depresivos (Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006; Caro, 2003b; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1999; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy y Shapiro, 2011), o trastornos de la personalidad (Humphreys, Rubin, Knudson y Stiles, 2005; Meystre, 2010; Osatuke y Stiles, 2006).

La mayoría de los estudios con la APES se han centrado en el proceso de asimilación de los pacientes sin incluir el papel del terapeuta. No obstante, estudios actuales se centran en el *terapeuta* y cómo influye éste en el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas del paciente (Caro, Pérez y Llorens, 2014); Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Meystre et al., 2014a; Mosher y Stiles, 2009). Esta cuestión se abordará con mayor amplitud en el apartado relativo al papel del terapeuta.

A modo de resumen acerca del Modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas hay que remarcar las siguientes cuestiones:

1. Es una teoría sobre el cambio psicológico (Stiles, 2002) que integra aspectos de diferentes modelos (Stiles et al., 1990) ya que la asimilación completa toma en consideración variables cognitivas (por ejemplo, en el nivel 4 o Insight), emocionales (por ejemplo, en el nivel 2 de surgimiento de la experiencia problemática) y conductuales (por ejemplo, en el nivel 5 cuando el paciente comienza a poner en marcha vías alternativas de acción para solucionar su experiencia problemática) (Caro, 2011).

2. Desde este modelo el resultado se divide en pequeñas partes que se estudian para describir cómo se produce el cambio (Stiles, 1999). El modelo de asimilación se focaliza como mínimo en una experiencia problemática de un paciente que se analiza intensivamente y longitudinalmente a lo largo de todo el proceso terapéutico (Stiles, 2006).

3. La mayor parte de los estudios realizados se han fundamentado en una metodología cualitativa, concretamente en los estudios de caso que permiten construir una teoría (*Theory - building case studies*) (Stiles, 2009b). Esto significa que el modelo de asimilación está en una evolución constante a partir de las investigaciones que se van realizando y que permiten comprender nuevas cuestiones de la teoría. De este modo, los hechos guían al investigador y no al revés, lo que facilita una estrecha relación entre la práctica terapéutica y la teoría.

5. En un estudio de Deter et al. (2006) se realizó una comparación de la asimilación de experiencias problemáticas en cuatro casos de éxito versus cuatro casos sin éxito empleando una psicoterapia breve para una depresión media. Los resultados indicaron que la disminución en la intensidad de la sintomatología depresiva estaba relacionada con niveles altos de asimilación. En todos los casos de éxito los pacientes alcanzaron un nivel 4 (Insight) de asimilación, a diferencia de los casos con pobre eficacia que no obtuvieron dicha puntuación. Es decir, como plantean Caro, Rojo, Allepuz y Yera (2011) la asimilación está asociada al cambio, y su ausencia, con resultados terapéuticos poco exitosos.

6. El modelo de asimilación es un enfoque de cómo una voz problemática puede integrarse dentro del sí mismo del paciente a través de un proceso terapéutico exitoso (Osatuke et al. 2004; Stiles, 2002; Stiles et al., 1990). El modelo de asimilación ha evolucionado desde una formulación basada en el concepto de *esquema* (patrón

familiar de ideas) a una focalizada en la idea de *voces* (la asimilación como un diálogo entre una voz nueva problemática y una comunidad de voces dominante) (Honos-Webb y Stiles, 1998). Siguiendo a Osatuke et al. (2004) la asimilación es un proceso intrapersonal parecido a un proceso interpersonal en el que el grupo inicialmente aparta a un nuevo miembro, después comienza a relacionarse con él y finalmente liman sus diferencias hasta que se integra dentro de la comunidad.

7. Como ya se ha dicho en el apartado en que se ha hablado acerca de los principales estudios sobre el modelo de asimilación la mayoría de las investigaciones no han considerado al terapeuta y su efecto sobre el proceso de asimilación de los pacientes. Algunos estudios actuales han comenzado a incluir al terapeuta en sus indagaciones ya que puede fomentar el cambio y la asimilación de una experiencia problemática de un paciente (por ejemplo, Caro et al., 2014; Goldsmith et al., 2008; Meystre et al., 2014a).

Una vez expuesto el modelo de asimilación pasaremos a exponer cuestiones relacionadas con el papel del terapeuta y su relación con el modelo de asimilación.

El papel del terapeuta en la asimilación de experiencias problemáticas

¿Son los factores comunes o los ingredientes específicos los que producen los beneficios de la psicoterapia? (Wampold y Budge, 2012). Tal y como sugiere Lambert (1986, 1992, 2003) el resultado final del paciente en psicoterapia está relacionado con cuatro grandes factores: *remisión espontánea*, *efecto placebo*, *las técnicas* y *los factores comunes*. De hecho, cada uno de estos aspectos aporta un porcentaje diferente de varianza a la mejora del paciente, es decir, los factores extra-terapéuticos representan un 40%, el efecto placebo y las técnicas un 15% cada uno de ellos, y los factores comunes a todas las psicoterapias un 30% (en esta categoría se incluyen algunas de las variables del terapeuta).

Por otro lado, Castonguay y Beutler (2006) al hablar de los principios del cambio terapéutico establecen una clasificación que puede ser muy útil desde el punto de vista tanto de la investigación como de la práctica clínica ya que permite poner un mayor o menor énfasis sobre tres grandes aspectos que según estos autores constituyen el proceso de cambio: *los Participantes*, *la Relación Terapéutica* (alianza terapéutica, empatía, ruptura de la alianza y su reparación, metas comunes, feedback...) y *las Técnicas*.

Tanto Lambert, como Castonguay y Beutler que acabamos de citar, como Norcross (2011), enfatizan la importancia del terapeuta en el éxito de la terapia. De hecho, y desde un punto de vista estadístico, Kim, Wampold y Bolt (2006) señalan que aproximadamente el 8 % de la varianza en los resultados se puede atribuir al terapeuta. Es decir, tal y como señala Wampold (2006, 2007), una proporción significativa de la variabilidad en la mejoría del paciente, en cuanto a asimilación, se puede atribuir al terapeuta.

Así pues, en nuestro trabajo el foco de atención es, principalmente, el terapeuta, y las actividades terapéuticas que realiza con la función de provocar un cambio en el paciente, entendido éste como la asimilación de experiencias problemáticas.

No obstante, para contextualizar la investigación realizada, y aunque nuestro interés específico sea qué hace el terapeuta y su relación con la mejoría del paciente durante el proceso terapéutico, es necesario comprender qué es el terapeuta.

Por lo tanto, vamos a presentar en primer lugar las características que definen al terapeuta, siguiendo sobre todo la revisión que sobre éstas se ha realizado en el *Handbook of psychotherapy and behavior change* desde 1978 hasta la actualidad, y a continuación, en un nivel de análisis más concreto y específico, se presentarán trabajos cuyo objetivo es estudiar las acciones del terapeuta y su vínculo con la solución del problema del paciente.

1. ¿Qué y quién es el terapeuta?

Sin el terapeuta sería imposible la terapia (Aveline, 2005). Así pues, en este punto pasamos a diseccionar las variables o características que se han estudiado con la finalidad de delimitar mejor qué es el terapeuta, partiendo de la consideración de que entendemos la terapia como un proceso, como un sistema en el que los clientes y los terapeutas trabajan conjuntamente para comprender los problemas presentados por el cliente e intentan encontrar soluciones productivas, vías alternativas de acción o modos más constructivos de relatar el problema (Leiman, 2012).

Es decir, se van a presentar en este apartado las características y aspectos definitorios del terapeuta como si fuera una persona que existe independientemente del paciente y del proceso terapéutico que se está desarrollando en estrecha relación entre ambos, para poder abordar posteriormente, y de un modo contextualizado, las acciones del terapeuta.

Siguiendo a Beutler et al. (1994), que realizan una revisión de autores como Crits-Christoph, Mintz, Luborsky Lambert y Orlinsky, se puede concluir que se pueden señalar tres razones para justificar la importancia de estudiar al terapeuta y sus características definitorias:

En **primer término**, se ha podido comprobar, a través de procedimientos estadísticos, que los beneficios del proceso terapéutico están más asociados con la identidad del terapeuta que con el tipo de psicoterapia que éste practica.

En **segundo lugar**, señalar que algunos terapeutas en todos los enfoques terapéuticos producen consistentemente más efectos positivos que otros.

Y **finalmente**, decir que algunos terapeutas producen consistentemente efectos negativos.

Ya hemos dicho anteriormente que para hablar del terapeuta y de sus cualidades hemos revisado, fundamentalmente, el *Handbook of psychotherapy and behavior change* desde la segunda edición (1978) hasta la más actual (2013), aunque esta última se ha centrado más en estudiar la eficacia diferencial de los terapeutas desde un punto de vista empírico más que en definir qué es el terapeuta y sus aspectos definitorios, ya que tal y como sugieren los autores (Baldwin e Imel, 2013), desde la edición anterior de 2004 poco se podía añadir debido a que los resultados no aportaban prácticamente nada nuevo a lo ya planteado.

En el Cuadro 1.7 se recogen las diferentes variables del terapeuta que se han delimitado desde 1978 hasta el 2004, y que pueden considerarse vigentes hasta la actualidad tal y como plantean Baldwin e Imel (op.cit.).

Como puede apreciarse en dicho cuadro existen algunas diferencias entre las características planteadas en las diversas ediciones revisadas, aunque son mínimas, ya que en lo esencial todas comparten las mismas variables.

Evidentemente, en cada nuevo manual publicado se han añadido y se han actualizado algunos aspectos de interés, fundamentalmente debido a las investigaciones que han ido apareciendo a lo largo de los años.

De hecho el trabajo de Beutler et al. (2004) es el más completo puesto que recoge todos los trabajos anteriores y aporta alguna novedad, sobre todo, por el hecho de que

diferentes variables del terapeuta se analizan de un modo más concreto y específico aproximándose en algunas cuestiones revisadas a un trabajo centrado ya no tanto en definir qué es el terapeuta sino qué hace el terapeuta.

2ª Edición: 1978	3ª Edición: 1986
<p><i>Variables del terapeuta que son independientes del paciente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Fuera del marco de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> Personalidad Salud mental Sexo Experiencia -Dentro del marco de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> Estilo del terapeuta Relación terapéutica <p><i>Variables del terapeuta y paciente en combinación estudiadas independientemente del marco de tratamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Congruencia en las expectativas -Congruencia en variables demográficas -Similitud en personalidad, valores y dimensiones cognitivas -Características del terapeuta y diagnóstico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Edad</i> 2. <i>Sexo y género</i> 3. <i>Etnia</i> 4. <i>Estatus socioeconómico</i> 5. <i>Personalidad</i> <ul style="list-style-type: none"> -Similitud Paciente-terapeuta -Dimensión A-B de psicoterapia 6. <i>Bienestar emocional</i> <ul style="list-style-type: none"> -Psicopatología -Estilos de afrontamiento -Psicoterapia personal 7. <i>Actitudes y valores</i> <ul style="list-style-type: none"> -Congruencia de valores terapeuta paciente -Valores personales y religiosos del terapeuta 8. <i>Actitudes relacionales</i> 9. <i>Actitudes de influencia social</i> 10. <i>Expectativas</i> 11. <i>Antecedentes profesionales</i> <ul style="list-style-type: none"> -Nivel de experiencia -Cantidad de entrenamiento -Tipo de entrenamiento 12. <i>Estilo terapéutico</i> <ul style="list-style-type: none"> -Estilos verbales -Estilos no verbales 13. <i>Intervención terapéutica</i> <ul style="list-style-type: none"> -Competencia -Procedimientos técnicos -Orientación teórica
4ª Edición: 1994	5ª Edición: 2004
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Edad</i> 2. <i>Sexo</i> 3. <i>Etnia</i> 4. <i>Personalidad</i> <ul style="list-style-type: none"> -Dominancia -Locus de control -Nivel conceptual 5. <i>Bienestar emocional</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Edad</i> 2. <i>Sexo</i> 3. <i>Raza</i> 4. <i>Disciplina profesional y cantidad de entrenamiento</i> <ul style="list-style-type: none"> -Tipo de entrenamiento profesional -Cantidad de entrenamiento 5. <i>Experiencia profesional</i>

<ul style="list-style-type: none"> -Nivel personal de malestar -Psicoterapia personal 6. <i>Valores, actitudes y creencias</i> <ul style="list-style-type: none"> -Sobre la terapia -Valores personales -Creencias religiosas 7. <i>Actitudes culturales</i> <ul style="list-style-type: none"> -Género y estilo de vida -Nivel socioeconómico 8. <i>Relación terapéutica</i> 9. <i>Actitudes de influencia social</i> 10. <i>Expectativas</i> 11. <i>Orientación terapéutica</i> 12. <i>Bagaje profesional</i> 13. <i>Estilo terapéutico</i> <ul style="list-style-type: none"> -Estilo interpersonal -Estilo verbal -Estilo no verbal 14. <i>Intervención terapéutica (técnica)</i> <ul style="list-style-type: none"> -Manuales de terapia -Habilidades del terapeuta -Procedimientos terapéuticos específicos <ul style="list-style-type: none"> -Directividad -Auto-revelaciones -Uso de la interpretación 	<ul style="list-style-type: none"> 6. <i>Estilo interpersonal de psicoterapia</i> <ul style="list-style-type: none"> -Estilos de interacción recíprocos -Patrones verbales de comunicación -Patrones verbales de comunicación 7. <i>Métodos de tratamiento</i> <ul style="list-style-type: none"> -Guías/manuales de tratamiento -Supervisión -Adherencia/habilidad 8. <i>Tipos de intervenciones</i> <ul style="list-style-type: none"> -Directividad <ul style="list-style-type: none"> -Características interpersonales del terapeuta -Técnicas específicas (asignación de tareas) -Intervenciones focalizadas en el insight o en los síntomas -Intervenciones emotivas o de apoyo -Intensidad del tratamiento -Auto-revelaciones 9. <i>Personalidad y estilos de afrontamiento</i> <ul style="list-style-type: none"> -Dominancia -Locus de control 10. <i>Bienestar emocional</i> 11. <i>Valores, actitudes y creencias</i> <ul style="list-style-type: none"> -A nivel general -Creencias religiosas 12. <i>Actitudes culturales</i> <ul style="list-style-type: none"> -Género -Etnicidad 13. <i>Relación terapéutica</i> 14. <i>Orientación teórica</i>
---	--

Cuadro 1.7. Características o variables del terapeuta planteadas en el Handbook of psychotherapy and behavior change en diferentes ediciones.

Fuente: a partir de Beutler, Crago et al.,1986; Beutler, Machado et al., 1994; Beutler, Malik et al., 2004 y Parloff et al. (1978).

Como puede apreciarse en el Cuadro 1.7 las variables del terapeuta han ido ampliándose, concretándose desde la edición de 1978, incorporándose cuestiones cada vez más detalladas sobre algunos aspectos del terapeuta. No obstante, ya desde dicho trabajo el terapeuta se conceptualiza en base a características que más adelante, ya en el trabajo de 1986 y en los posteriores, se considerarán externas al proceso terapéutico, como por ejemplo la personalidad, la edad, el sexo, y específicas de la terapia (estilo del terapeuta y la relación terapéutica). Parloff, Waskow y Wolfe (1978) todavía no establecen una segunda dimensión

para aglutinar las cualidades del terapeuta, y que en el resto de revisiones realizadas sobre el rol del terapeuta sí que es tomada en consideración (Beutler, Grago, y Arizmendi, 1986; Beutler, Machado et al., 1994 y Beutler et al., 2004), referida a si dichas características pueden observarse directamente o tienen que inferirse, ya que se corresponden con variables internas del terapeuta.

En la Figura 1.3 pueden verse las dos dimensiones comentadas así como las características concretas que se pueden incluir en cada uno de los cuadrantes.

Por lo tanto, las variables del terapeuta pueden clasificarse siguiendo un planteamiento basado en dos dimensiones (Beutler et al., 1994).

La primera de ellas, en un extremo del continuo, hace referencia a cualidades objetivas que pueden observarse directamente, y en el otro, a características subjetivas que sólo pueden estudiarse a partir del auto-informe de los terapeutas.

La segunda dimensión se refiere a rasgos del terapeuta que están presentes en todas las situaciones frente a estados específicos de la terapia.

Siguiendo principalmente a Beutler et al. (2004) vamos a ir delimitando las diferentes características del terapeuta que aparecen recogidas en la Figura 1.3 y que de algún modo sintetizan el trabajo que se viene realizando desde 1978.

En primer lugar pasamos a mencionar y a detallar aquellos *rasgos* del terapeuta que son directamente *observables*.

De este modo, son características que trascienden la relación terapéutica e incluyen variables demográficas tales como el sexo, la edad, y la raza del terapeuta. También se han estudiado dichas cualidades en relación con la similitud o congruencia con el paciente.

Respecto a la raza del terapeuta puede ser útil entrenar a los futuros profesionales en habilidades para mostrar sensibilidad cultural y poder compartir con el paciente sus puntos de

vista relativos a factores contextuales y sociales ya que pueden favorecer el proceso de terapia.

Siguiendo con la descripción de los cuadrantes que se muestran en la Figura 1.3 nos centramos ahora en el que hace referencia a aquellas cualidades del terapeuta que pueden considerarse *observables* también pero *específicas* de la psicoterapia.

Como veremos, estas características se van desarrollando y evolucionando, por ejemplo, en función del entrenamiento y de la experiencia del terapeuta. Es decir, son cambiantes.

Entre otras, podemos hablar de la disciplina profesional (tipo de entrenamiento profesional) y de la cantidad de entrenamiento, y que en ocasiones se han confundido.

También es importante señalar entre los estados observables del terapeuta la experiencia profesional como un aspecto diferente del entrenamiento.

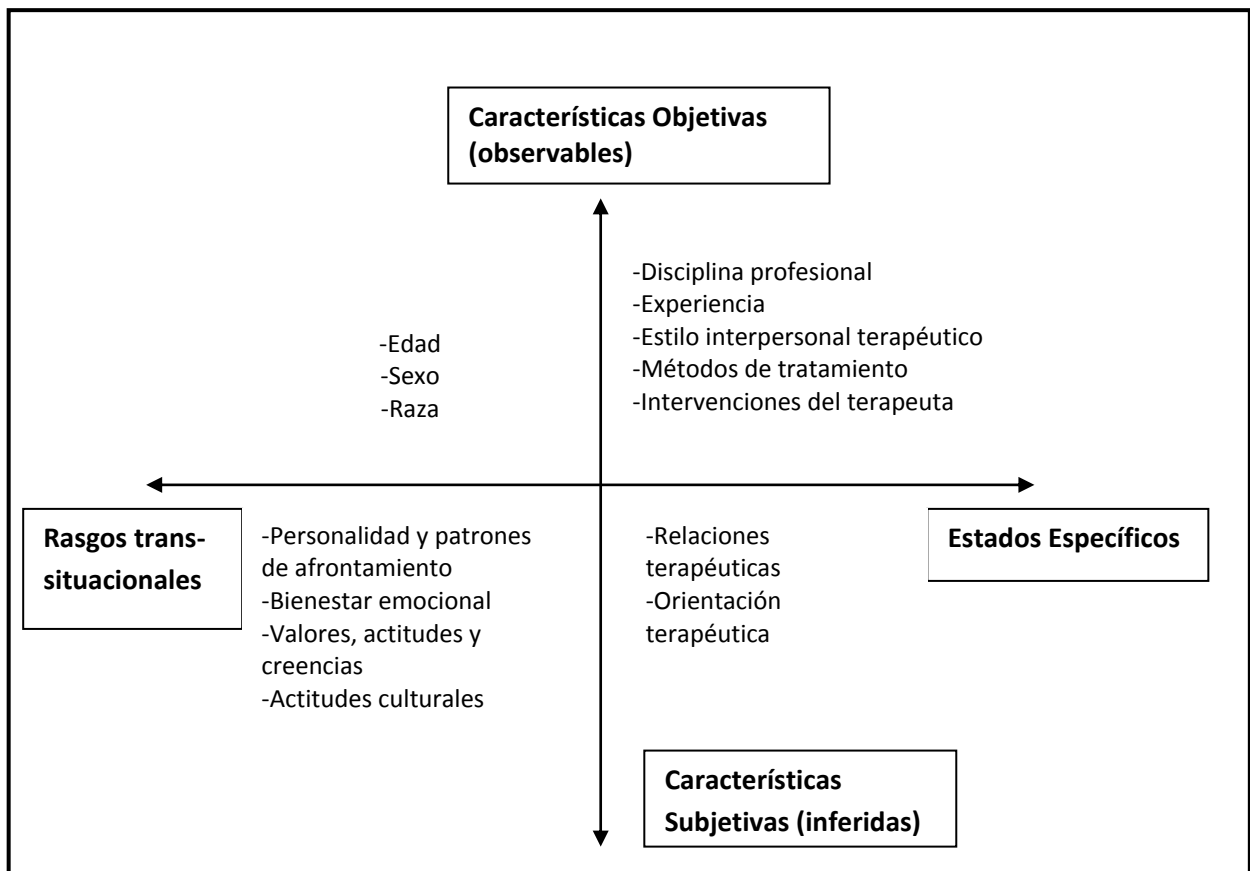


Figura 1.3. Las características del terapeuta desde un planteamiento bidimensional.

Fuente: a partir de Beutler et al. (1994) y Beutler et al., (2004).

El trabajo de Ávila, Caro, Orlinsky, Rodríguez, Coscollá y Alonso (2002) que indaga acerca de cómo los terapeutas españoles consideran que han cambiado o se han desarrollado en la práctica de su profesión nos facilita complementar muchas de las cuestiones englobadas en este cuadrante de estados observables que se plantea en el *Handbook of psychotherapy and behavior change*.

Así pues, en dicho estudio realizado con terapeutas de diferentes comunidades autónomas españolas, con una orientación teórica diversa así como con un nivel de formación que incluía desde personas con poca formación hasta con un grado de formación elevado, se pretendía evaluar el cambio producido en el desarrollo profesional de los terapeutas mediante medidas de autoinforme. Es decir, el objetivo era determinar su percepción acerca de cómo había evolucionado su experiencia profesional y detectar qué variables habían sido más determinantes para dicho cambio.

Señalar que el trabajo de Ávila et al. (2002) que acabamos de comentar, realizado con una muestra de 181 terapeutas españoles, forma parte de un estudio más amplio con carácter internacional y en el que han participado más de 3000 terapeutas (Orlinsky et al., 2005). En dicha investigación se han analizado diferentes variables del terapeuta, algunas pertenecientes al grupo de estados observables que acabamos de comentar, tales como entrenamiento profesional, experiencia, y otras que se incluyen dentro de las características demográficas (nacionalidad, estatus social). A modo de resumen sobre lo que se señala en el estudio de Orlinsky et al. (2005) sobre las variables del terapeuta hay que comentar que la profesión de psicoterapeuta no sigue un camino único en su formación. Es decir, un psicoterapeuta puede ser un médico, un psicólogo, un trabajador social o un enfermero, por ejemplo. Por otro lado, el tipo de orientación teórica más frecuente entre los psicoterapeutas, en la muestra de dicha investigación, fue la psicodinámica, seguida de la humanista, cognitiva, sistémica y comportamental. Los años de práctica o experiencia de los terapeutas también es otra variable

relevante acerca de la profesión de psicoterapeuta. En este estudio que estamos comentando, la media de práctica en una consulta fue de 10 años.

El objetivo de estas investigaciones no es tanto el de determinar qué relación existe entre las características del terapeuta y el resultado de la terapia sino más bien aportar una información detallada con carácter descriptivo acerca de determinadas variables del terapeuta que son útiles para conocer mejor la figura del terapeuta.

Otra cualidad del terapeuta que se resalta en este cuadrante (objetivo-específico) es su estilo interpersonal terapéutico, característica que también remarcan Corbella, Fernández, Saúl, García y Botella (2008), incluyéndose en él diferentes aspectos, como los patrones de interacción recíproca, así como los estilos verbales y no verbales de comunicación (estudiados bien individualmente, o en combinación):

-Estilos de interacción recíproca. En este caso es relevante el estilo verbal del terapeuta, no individual o aisladamente, sino en relación con el paciente y tomando en consideración la influencia recíproca que se establece entre ambos. De este modo, se ha indagado acerca de cómo la complementariedad interpersonal entre el terapeuta y el paciente puede afectar al resultado de la terapia. Entre otras variables que se han estudiado sobre este tema, hay que destacar dos dimensiones interdependientes, *amistoso – no amistoso* y *dominancia – sumisión*, y su relación con el éxito o no de la psicoterapia. Los resultados sugieren que niveles similares en comportamientos positivos (dimensión amistosa) están asociados con buenos resultados así como con niveles de dominación-sumisión complementarios en terapeuta y paciente. De hecho algunos estudios plantean que cuando los niveles de hostilidad del terapeuta y del cliente son similares la psicoterapia es probable que no sea exitosa.

-Patrones verbales y no verbales de comunicación. En relación con el estilo verbal del terapeuta se ha estudiado, por ejemplo, el número de palabras y frases que éste utiliza

así como el contenido de su comunicación. Y los patrones no verbales del terapeuta, como por ejemplo el tono, la postura corporal, y la proxémica, se han relacionado con los aspectos verbales del lenguaje en el sentido de que cuando el paciente intenta ocultar una determinada emoción se puede producir una discrepancia entre ambas, que puede ser revelada por la comunicación no verbal.

- En el patrón de influencia social del terapeuta, variable que no aparece con esta conceptualización en Beutler et al. (2004) sino en el trabajo de Beutler et. al. (1994), se concretan muchos de los aspectos verbales y no verbales de comunicación comentados, así como del estilo de interacción. Para poder persuadir al paciente en la dirección del cambio, los terapeutas, en las primeras sesiones, se muestran atractivos, carismáticos, dignos de confianza y expertos. Posteriormente, es cuando el terapeuta utiliza procedimientos y técnicas que promueven el cambio en terapia ya que dispone de capacidad para influir.

Siguiendo con los estados observables del terapeuta, y como puede apreciarse en la Figura 1.3, podemos hablar de los métodos de tratamiento y de los tipos de intervención. Al hablar de los métodos de tratamiento nos referimos a tres cuestiones: los manuales que guían el tratamiento, la supervisión que recibe o recibirá el terapeuta y la adherencia/habilidad al aplicar una determinada intervención. Respecto a la primera cuestión decir que dichos manuales pretenden, en cierta medida, estandarizar los procesos de tratamiento y reducir la variación en cómo es aplicada una determinada intervención. Sin embargo, cada terapeuta introduce respecto a cómo aplica y utiliza dichos manuales, una cierta variabilidad.

Por otro lado, los tipos de intervención aluden a las técnicas y a los procedimientos que aplica el terapeuta para inducir un cambio, y que se construyen en función de una teoría sobre la psicopatología o sobre el desarrollo de los síntomas del paciente. De un modo más

concreto las intervenciones terapéuticas se pueden subdividir en función de cuatro dimensiones:

- Postura *Evocadora* (no directiva, facilitadora, el paciente dirige el avance en terapia) – Postura *Directiva* (rol de profesor, guía, asignar tareas). Parece que niveles moderados de directividad facilitan los resultados mientras que niveles altos no tanto. También es cierto que diferentes tipos de pacientes responden de un modo diferente a los terapeutas y a su estilo de directividad.
- Intervenciones focalizadas en el *insight* para provocar un cambio (por ejemplo, las interpretaciones efectuadas por el terapeuta) – Intervenciones centradas en el *síntoma* (por ejemplo, desarrollar habilidades).
- Procedimientos dirigidos a la *emoción* (provocar activación emocional) – Procedimientos cuya finalidad es *apoyar* al paciente (orientados a la tarea).
- *Intensidad* del tratamiento (baja-alta). Esta dimensión está relacionada, por ejemplo, con la duración de la terapia y con la frecuencia de las sesiones.

Un tipo de intervención directiva que no se puede incluir fácilmente en las dimensiones que se han comentado es la *auto-revelación*, ya que, por un lado, su finalidad puede ser tanto provocar un Insight como trabajar con un síntoma, y por otro lado, incrementar la activación emocional o reducirla.

Respecto al tercer cuadrante que vamos a delimitar hay que señalar que se refiere a cualidades del terapeuta que son consideradas *rasgos* (y por lo tanto traspasan el proceso terapéutico, son variables extra-terapéuticas) e *inferidas* (características internas de la persona). En este sentido, el terapeuta viene definido por su personalidad y estilos de afrontamiento, por su bienestar emocional, por sus valores, actitudes y creencias (en la dirección de que proporcionan esperanza al paciente así como un significado para sus vidas), así como por sus actitudes culturales (género, etnicidad).

La personalidad del terapeuta se convierte en relevante en cuanto a que puede afectar al proceso de la terapia. La dominancia y el dogmatismo se consideran como rasgos que pueden inhibir la flexibilidad del terapeuta.

El locus de control percibido es otra variable que ha recibido mucha atención en la literatura y está relacionado, también, con la dominancia y con la apertura mental en el proceso terapéutico.

Por otro lado, el bienestar emocional del terapeuta (niveles de malestar, aspectos de autoestima, presencia y severidad de sintomatología...) está relacionado con buenos resultados del tratamiento. De hecho, algunos estudios sugieren que altos niveles de malestar del terapeuta pueden inducir cambios negativos en el cliente.

Finalmente, presentamos aquellas variables del terapeuta que se infieren y son específicas del proceso de terapia. Es decir, *estados inferidos*.

En este último bloque de características del terapeuta tenemos, por un lado, la relación terapéutica, y por otro lado, la orientación teórica.

En cuanto a la relación terapéutica se puede afirmar que juega un rol central en el cambio experimentado por el paciente. La relación es un factor común presente en todas las psicoterapias.

Aunque la relación terapéutica se ha estudiado desde diferentes ángulos y puntos de vista, en este caso se entiende como una cualidad o característica del terapeuta principalmente. Desde este punto de vista Rogers, en 1957, habló de las condiciones necesarias y suficientes para que la terapia fuera efectiva. Así pues, dichas cualidades facilitadoras (empatía, calidez, congruencia, aceptación positiva incondicional), juegan un papel muy importante en el cambio terapéutico.

Actualmente la relación terapéutica no es una característica del terapeuta sólo, sino más bien un conjunto de procesos en los que están implicados los dos participantes de la terapia (Bachelor y Horvath, 1999).

Para concluir con esta síntesis referida a qué es el terapeuta nos falta hablar de la orientación teórica, entendida como el modelo de tratamiento del clínico y que hace referencia a su filosofía y creencias acerca de qué induce y mantiene el cambio. En este sentido es muy interesante el trabajo sobre la orientación teórica de los psicoterapeutas españoles de Coscollá, Caro, Ávila, Alonso, Rodríguez y Orlinsky (2006).

A modo de resumen de lo comentado hasta el momento remarcar que ha quedado claro que el número de características del terapeuta que se han analizado y estudiado desde finales de la década de los setenta del siglo pasado hasta la actualidad ha sido amplio.

La intención de los trabajos revisados ha sido, en general, estudiar si dichas cualidades se relacionan con los resultados de la terapia.

De un modo general, las investigaciones nos ofrecen conclusiones muy diferentes, en ocasiones incluso incompatibles en las variables exploradas, debido entre otros motivos a que los estudios utilizan diferentes metodologías de análisis y a que en ocasiones se comparan trabajos que no se pueden equiparar porque las variables analizadas no son exactamente las mismas. Por ejemplo, en algunas investigaciones se proporciona el mismo significado cuando hablamos de tipo de entrenamiento y cantidad de entrenamiento, cuando en realidad no se refieren a la misma cuestión, y a la complejidad del proceso terapéutico (Beutler et al., 2004).

No obstante, y siguiendo a Beutler et al. (op.cit.) podemos extraer las siguientes conclusiones acerca de las características del terapeuta y el éxito en terapia:

1. El sexo, la edad y la raza del terapeuta no nos permiten predecir el resultado (rasgos observables).

2. El entrenamiento recibido por el terapeuta, sus habilidades, su experiencia profesional y su estilo interpersonal contribuyen de un modo mínimo a la eficacia de la terapia.
3. Las investigaciones sobre la personalidad, el bienestar emocional y los valores personales son pocas.
4. Los trabajos acerca de la importancia en el resultado del *modelo de tratamiento* del terapeuta así como de la *contribución del terapeuta a la relación terapéutica* y, por lo tanto, a la efectividad de la psicoterapia, son prometedores.

En el trabajo de Baldwin e Imel (2013) acerca de los efectos del terapeuta (correspondiente a la última edición del *Handbook of psychotherapy and behavior change*) se señala que en las investigaciones actuales acerca del papel del terapeuta se sugiere la necesidad, entre otras cuestiones, de las siguientes:

En **primer lugar**, es necesario seguir recopilando información acerca de los resultados de los psicoterapeutas para poder determinar cuáles son los mejores y los peores en su profesión.

También, y en **segundo término**, es fundamental comprender mejor qué cuestiones son las que separan a los terapeutas más efectivos de los menos efectivos.

Finalmente, hay que conocer de un modo más exhaustivo cuáles son los motivos o razones que explican que los terapeutas obtengan resultados positivos con algunos pacientes y una pobre mejoría con otros.

En relación con estas tres ideas vamos a presentar un conjunto de resultados procedentes de diferentes investigaciones y que fundamentalmente van en la línea de establecer cuáles son las características (cualidades) y acciones de los terapeutas efectivos. De este modo:

1. Los terapeutas efectivos utilizan un repertorio de *habilidades interpersonales* que facilitan el proceso de cambio, como por ejemplo, la fluidez verbal, la modulación

afectiva, una actitud acogedora, y la empatía (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert y Vermeersch, 2009; Wampold, 2007, 2012; Wampold y Budge, 2012).

2. El ser humano, de un modo muy rápido, determina si otra persona es un amigo o un enemigo. Lo mismo ocurre en el proceso de terapia entre el paciente y su terapeuta, el primero evalúa la integridad del profesional que le está atendiendo (Wampold, 2007; Wampold y Budge, op. cit.). Desde este punto de vista los terapeutas efectivos facilitan que *el paciente se sienta entendido* y que tenga el convencimiento de que este profesional les va a ayudar.
3. La alianza que se construye en la interacción entre el terapeuta y el paciente también diferencia a los terapeutas más efectivos de los que son menos competentes en la dirección de que los primeros son aquellos que forman *fuertes alianzas* con sus pacientes (Baldwin, Wampold e Imel, 2007).
4. Tal y como señala Wampold (2007), el paciente llega a terapia con un problema que se mantiene en el tiempo, y con una explicación acerca de éste poco adaptativa. Los terapeutas efectivos proporcionan *un punto de vista alternativo y más funcional* para el malestar del paciente, adaptándolo a sus creencias, lo que permite generar unas expectativas positivas acerca de que el cambio es posible.
5. Los terapeutas competentes y efectivos *adaptan el tratamiento* a las características específicas del paciente, como si fuera un sastre que está haciendo un traje ajustado a las medidas de un cliente concreto (Norcross y Wampold, 2011).

En torno a esta cuestión se puede resaltar que existen un conjunto de características y acciones comunes a los terapeutas (Wampold, 2006) que producen mejores resultados, en el sentido, entre otros aspectos, de que la mejora de los pacientes es más rápida (Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles, 2003; Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen y Dayton, 2006).

Para concluir con este apartado, señalar que lo que parece claro es que el psicoterapeuta es una variable compleja, difícil de comprender, compuesta por muchas características de cuya interacción surgen otras propiedades emergentes que lo definen, es decir, que éste no es sólo el producto de la suma total de las características descritas (Elkin, Falconnier, Martinovich y Mahoney, 2006).

Así pues, lo que hemos pretendido con este epígrafe es contextualizar nuestro trabajo ya que para poder pasar a hablar de lo qué hace el terapeuta es necesario entender de un modo sistematizado y amplio quién es el terapeuta.

Sin lo que hemos presentado nos resulta difícil comprender de un modo exacto algunas cuestiones que se van a detallar en el próximo apartado. Nuestro foco de atención no ha sido ni va a ser el paciente, aspecto sobre el que la investigación en psicoterapia más énfasis ha hecho (Bohart y Wade, 2013), sólo remarcar de él que su contribución al resultado de la psicoterapia es evidente, tal y como señala Lambert (1992) al hablar de los factores extraterapéuticos (relativos al paciente y a su vida), ya que éstos representan el 40 % de la varianza del resultado final, sino las características o cualidades del terapeuta en relación con el resultado (Baldwin e Imel, 2013; Beutler et al., 1986; Beutler et al., 1994 y Beutler et al., 2004; Parloff et al., 1978).

A continuación el foco lo ponemos en las actividades del terapeuta y cómo éstas se relacionan con el cambio en psicoterapia. Éste como ya dijimos es el objetivo de nuestra investigación.

2. ¿Qué hace el terapeuta en terapia para fomentar un cambio en el paciente?

Para hablar de las actividades terapéuticas que mejor que partir de la siguiente pregunta: ¿cómo contribuyen las intervenciones del terapeuta (un aspecto del proceso psicoterapéutico) a reducir el sufrimiento psicológico y a proporcionar vías productivas y de satisfacción (resultado en psicoterapia)? (Stiles et al., 1995).

En un intento de aportar un poco de claridad a este respecto se van a detallar diferentes trabajos que se centran en lo **qué hace el terapeuta** durante el proceso de cambio del paciente desde un **punto de vista genérico**. De un modo específico, se comentarán, en **segundo lugar**, las investigaciones que se han realizado para estudiar las **actividades terapéuticas y su relación con el proceso de asimilación de experiencias problemáticas** de los pacientes.

Mediante el análisis y estudio de las actividades del terapeuta, y tal y como señala Watzlawick (2007), es posible comprender los constantes procesos de retroacción (feedback) de la **interacción humana**. Dicho de otro modo, una causa produce un efecto, pero este efecto después incide sobre la propia causa. Así pues, se hace evidente la importancia en terapia del concepto de **causalidad circular** (Nardone y Watzlawick, 1992): cuando intentamos entender el proceso terapéutico podemos hablar de aproximaciones lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), pero en la gran mayoría de las ocasiones las relaciones entre las variables (entre el terapeuta y el paciente) son circulares ya que hay una interdependencia entre ellas.

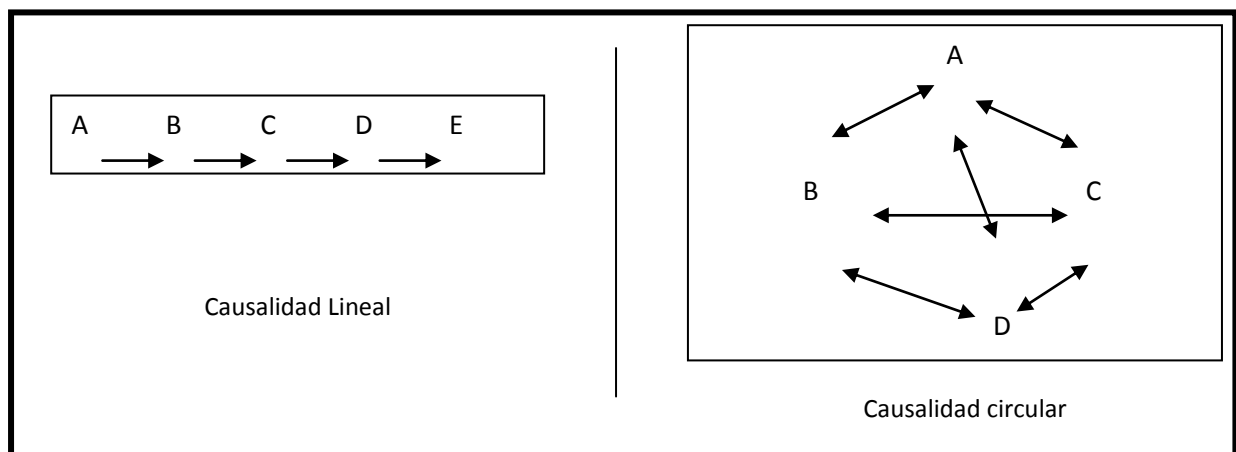


Figura 1.4. **El proceso terapéutico entendido como causalidad lineal o circular.**

Fuente: a partir de Nardone y Watzlawick (1992).

Por lo tanto, la terapia ha de entenderse como un proceso en el que dos personas están en interdependencia. Si adaptamos lo que plantean O'Connor y McDermott (1997) al contexto terapéutico podemos entender mejor la importancia que le estamos otorgando a las actividades del terapeuta y a su impacto sobre el proceso de cambio del paciente. Según estos

autores cuando se establece un diálogo entre dos personas, primero uno de ellos piensa en lo que quiere decir y posteriormente lo comunica. La otra persona escucha las palabras del primero, que facilitan sus pensamientos, y a continuación verbaliza también algo. Seguidamente, la primera persona que habló vuelve a responder. Y así sucesivamente. Estos autores también remarcan que la comunicación entre ambas personas se realiza a través de la voz y de la comunicación no verbal. Lo que sugieren O'Connor y McDermott es que el lenguaje es al mismo tiempo causa y efecto, ya que la respuesta del primero es el estímulo para la respuesta del segundo, y viceversa.

A. Investigaciones sobre las actividades del terapeuta

A continuación, pasamos a presentar un grupo de estudios de corte diverso y publicados en fechas diversas que ejemplifican y que nos permiten hacernos una idea de cuáles son algunas de las líneas de trabajo que se han seguido y se están siguiendo en la actualidad a la hora de estudiar lo que hace el terapeuta en la interacción con el paciente.

De este modo, Rasmussen y Angus (1996) realizaron una investigación cualitativa (e intensiva) sobre *las experiencias de metaforización de pacientes (4 pacientes) y terapeutas (2 terapeutas)* analizando una sesión de psicoterapia.

La investigación se realizó en un servicio psicoterapéutico de consultas externas. En el estudio participaron dos terapeutas con una práctica profesional extensa. Estos fueron informados detalladamente de la investigación que se pretendía poner en marcha. Seguidamente, se les instó para que realizaran una revisión de todos los pacientes que estaban tratando y que seleccionaran a dos.

De los dos pacientes, uno debía presentar un trastorno límite de la personalidad, y el otro no presentarlo. Por lo tanto, la muestra de este estudio, está compuesta por cuatro pacientes, dos con trastorno límite de la personalidad, y dos sin él. Los cuatro pacientes

estaban recibiendo terapia psicoanalítica. Las edades de los pacientes oscilaban entre los 24 y los 38 años.

Para confirmar el diagnóstico de los terapeutas, los investigadores utilizaron la *Interview for Borderlines*.

En relación con el procedimiento seguido en esta investigación señalar que cada una de las sesiones de terapia fue grabada y posteriormente analizada para determinar las metáforas que al día siguiente serían reproducidas tanto al terapeuta como al paciente en sesiones separadas (también estas sesiones eran grabadas y transcritas para un análisis posterior). La finalidad era analizar las metáforas con cada uno de los participantes.

Una vez que los investigadores disponían tanto de las sesiones de terapia grabadas, como de las entrevistas realizadas a los participantes (reproducción de las metáforas y realización de una serie de preguntas), se procedía a analizar todo el **proceso desde la perspectiva del paciente, del terapeuta y del investigador**. Es decir, se analizaban las sesiones de terapia, y las entrevistas, con la finalidad, de estudiar el proceso de metaforización.

De este modo se obtenía una codificación de las transcripciones, con el objetivo de disponer de una categorización de las metáforas.

A partir de los análisis de carácter cualitativo realizados por los investigadores se establece que las metáforas pueden cumplir tres funciones:

- Para representar cuestiones clínicas.
- La metáfora supone una representación de aspectos del yo así como representaciones de los objetos.
- Los terapeutas emplean las metáforas para que el cliente adquiriera un compromiso experiencial.

Los autores del estudio lo que hacen, después de comentar las metáforas, es ejemplificar cada una de ellas. Pero la ejemplificación o el análisis, lo hacen, desde una triple perspectiva, desde la perspectiva *del terapeuta, del paciente y del investigador*.

Los resultados por decirlo de algún modo son extractos del proceso. Una vez que se han establecido las funciones de las metáforas así como ejemplos de cada una de ellas, los investigadores realizan una comparación entre las metáforas de los pacientes límite y de los pacientes no límite. También en este caso, se presentan análisis desde una triple perspectiva (terapeuta, paciente e investigador).

En esta investigación hay muchos aspectos interesantes desde nuestro punto de vista, pero dos son fundamentales.

El **primero** es el hecho de grabar las sesiones y después transcribirlas, de manera que se pueden analizar una y otra vez las acciones del terapeuta y del paciente.

Y el **segundo**, relacionado con el anterior, es que siempre se toma en consideración a la hora de realizar cualquier tipo de análisis la perspectiva del terapeuta además de la del paciente y la del investigador.

Otra investigación en la que también se estudia al terapeuta y sus acciones terapéuticas en la interacción con el paciente pero con un énfasis particular en lo cuantitativo (procedimientos estadísticos para analizar series temporales) es la de Kowalik, Sxhiepek, Kumpf, Roberts y Elbert (1997). Aquí se hablará sobre el trabajo de estos autores denominado "*Psychotherapy as a chaotic process II*", existiendo por lo tanto un primer artículo referido a esta cuestión (Gunter et al., 1997).

La hipótesis de la que parten los autores es la idea de que la interacción entre terapeuta-paciente durante las sesiones de psicoterapia puede entenderse como un **sistema dinámico no lineal**.

Para comprobar dicho supuesto se analiza el comportamiento interactivo entre terapeuta y paciente a lo largo de trece sesiones de terapia (la cual consistía en una intervención orientada a la solución de problemas).

Los datos analizados se refieren a conductas verbales y no verbales, bien del terapeuta, bien del paciente, que se tabularon en intervalos de 10 segundos.

Para obtener los datos, se emplearon grabaciones de las sesiones de terapia, las cuales se estudiaron de un modo cuidadoso. Posteriormente, los comportamientos se agruparon en siete categorías que aparecen recogidas en el Cuadro 1.8. Una vez que se establecieron las categorías de comportamiento, se midió la intensidad de dichas conductas generando series temporales para cada una de las categorías en cada sesión de terapia.

T1: Crear una atmósfera de seguridad.

T2: Confrontación.

T3: Fomentar la auto-responsabilidad del cliente.

T4: Estructurar el trabajo.

C1: Buscar la simpatía, una buena relación.

C2: Externalizar los problemas.

C3: Trabajar orientado al problema.

T= Categoría observada para el terapeuta

C= Categoría observada para el cliente

Cuadro 1.8. Categorías del Terapeuta y del Cliente.

Fuente: Kowalik, Z., Schiepek, G., Kumpf, K., Roberts, L., y Elbert, Th. (1997). Psychotherapy as A Chaotic Process II. The Application of Nonlinear Analysis Methods on Quasi Time Series of the Client-Therapist Interaction: A Nonstationary Approach. *Psychotherapy Research*, 7(3), 197-218.

A partir de los análisis estadísticos los investigadores llegan a una serie de conclusiones a modo de discusión:

- Los resultados sugieren que la terapia y la interacción terapeuta-paciente puede describirse **como un proceso dinámico no lineal**, en el que el terapeuta ayuda y enseña al paciente a resolver sus problemas a lo largo de las 13 sesiones.

- Se confirma que las interacciones terapeuta - paciente son cambiantes. Siguiendo con este planteamiento, los autores comentan que las series temporales del terapeuta muestran menos cambios y son más predecibles que las del paciente. Por lo tanto, el comportamiento del terapeuta es menos complejo, más predecible y más estructurado que el del paciente. Esto supone quizás poca flexibilidad por parte del terapeuta. De este modo, en lugar de emplear técnicas concretas y manualizadas, los investigadores plantean el uso de **heurísticos**. Dichos heurísticos son guías que ofrecen al terapeuta flexibilidad para ser más espontáneo, de acuerdo con su personalidad e intuición. Además de proporcionar seguridad y un modo de actuación permitirán el cambio, la modificación del procedimiento si es necesario.
- Existencia de transiciones críticas en la díada terapeuta-paciente. Dichos estados ocurren entre y en las sesiones, aunque más a menudo en las sesiones. Esto puede ser importante ya que los cambios en la sesión pueden promover cambios fuera de la sesión. También resaltar que algunas transiciones presentaban una sincronía. Esto sugiere conceptualizar la terapia como un proceso auto-organizativo.

En la línea del trabajo anterior, en cuanto al estudio del terapeuta y sus acciones en el marco de la terapia, pero focalizándose únicamente en los comportamientos verbales de éste y del paciente durante las sesiones de tratamiento, Chamberlain et al. (1985) diseñaron un sistema observacional, que permite medir dichas conductas, denominado **TPC (Therapy Process Code)**.

En cuanto a las *verbalizaciones del paciente*, éstas pueden clasificarse como de cooperación con lo que plantea el terapeuta, o de resistencia.

En relación con el *terapeuta sus verbalizaciones* se codifican según ocho categorías:

1. Apoyo: respuestas positivas hacia el cliente que muestran calidez, humor, comprensión, y / o estímulo. Por ejemplo: parafrasear, reforzar, auto-revelación...

2. Enseñanza: esta categoría se relaciona con aquellas verbalizaciones del terapeuta que se dirigen a instruir al paciente acerca de lo que tiene que hacer y sobre cómo tiene que hacerlo. Por ejemplo: sugerencias, instrucciones, resolución de problemas...

3. Búsqueda de información-preguntas: comportamientos verbales del terapeuta orientados a obtener información sobre el paciente, su problema y el avance del proceso terapéutico.

4. Estructuración: acciones del terapeuta vinculadas con el lenguaje que permiten dirigir o re-dirigir la conversación con el paciente.

5. Confrontación: Esta categoría incluye las conductas del terapeuta que tienden a empujar al paciente hacia el cambio, tales como el desacuerdo, la desaprobación, y los desafíos.

6. Interpretación-replantear: mensajes del terapeuta que le permiten especular acerca del significado que le da el paciente a un hecho o cuestión, hacer una predicción o alterar el significado de algo que ha dicho el paciente. Por ejemplo: replantear, interpretar, utilizar metáforas...

7. Hablar: un cajón desastre que recoge aquellos comportamientos verbales del terapeuta que no se pueden incluir en el resto de categorías.

8. Facilitar: Esta categoría se refiere a aquellas expresiones cortas que utiliza el terapeuta cuando está escuchando al paciente para indicarle que le está prestando atención y la otra persona puede seguir hablando.

Este sistema de observación permite realizar investigaciones en las que se siga un procedimiento similar al de los trabajos anteriores en cuanto a que las sesiones de tratamiento sean grabadas en vídeo, y después transcritas y analizadas.

A continuación se describirá la investigación efectuada por Nardone (1997) para estudiar el miedo, el pánico y las fobias ya que incide también sobre una cuestión que se viene

repitiendo en los trabajos que se han presentado: las respuestas verbales del terapeuta enmarcadas de un modo más amplio en lo que hemos denominado actividades terapéuticas.

Este trabajo se realizó durante más de seis años y se analizaron las maniobras y la comunicación terapéutica correspondientes a más de 150 casos.

El objetivo de esta investigación consistió en diseñar tipologías de intervención “estratégica”, es decir, formas de tratamiento breve elaboradas sobre la base de los objetivos propuestos, capaces de *conducir a los sujetos al cambio*. Para conseguir esto, el trabajo se fundamenta en los estudios referentes al cambio, a la interacción y a la comunicación humana.

Como afirma Nardone (1997, p.43):

“Watzlawick y Weakland fueron los supervisores inestimables, rigurosos y al mismo tiempo alentadores, del proyecto de estudio y diseño de un protocolo específico de terapia a corto plazo para los trastornos fóbico – obsesivos”

A partir de ese momento organizó su despacho a la manera clásica de los investigadores sistémicos de Bateson: con telecámaras de circuito cerrado y sala de observación. Empezó a filmar en vídeo las sesiones con los pacientes fóbicos. Después de esto, observaba de nuevo la interacción terapéutica en su desarrollo y en sus efectos, dedicando especial atención a las maniobras y a la comunicación utilizada por el terapeuta.

Así comenzó a corregir las estrategias que se demostraban ineficaces, y a repetir aquello que parecía ser capaz de incidir en el cambio de los pacientes. De este modo, Nardone diseña una primera versión de un modelo de terapia a corto plazo específico para los trastornos fóbico y obsesivos. Sigue experimentando con ese primer protocolo y comienza a darse cuenta de que **la importancia de las relaciones interpersonales entre terapeuta – paciente como un factor decisivo para obtener un resultado final exitoso, y por lo tanto de la relevancia y calidad de las actividades del terapeuta en el cambio del paciente.**

Otra investigación a mencionar sobre el terapeuta y cómo induce un cambio en el paciente durante el proceso de psicoterapia es la de McCarthy, Mergenthaler, Schneider y Grenyer (2011) que realizaron un estudio de caso de una psicoterapia dinámica completa en la que analizaron la *interacción entre el lenguaje utilizado por el paciente y el del terapeuta*, y en particular el *papel de la comunicación de este último en el proceso de cambio*.

En este trabajo se investigó el intercambio terapeuta-paciente a lo largo de 16 sesiones de psicoterapia.

En cuanto a los resultados obtenidos se plantea que cuando el terapeuta y el paciente se hallan inmersos en un diálogo caracterizado por la conexión, en términos de tono emocional y lenguaje abstracto utilizado por ambos, más cambios significativos se producen en el paciente. Es decir, que el terapeuta y lo que hace se convierten en un factor crucial para los cambios que se producen en terapia.

Así mismo, una aportación que nos resulta interesante (ya que también se estudia al terapeuta y sus actividades terapéuticas comunicativas en relación con el paciente) es la de Voutilainen, Peräkylä y Ruusuvoori (2011) en la que a partir de un estudio de caso sugieren que el *análisis de conversaciones* puede utilizarse para investigar el cambio terapéutico en términos de una transformación en las *secuencias de interacción*.

Es decir, es un estudio cuyo foco son los *intercambios comunicativos* nuevamente más que los aspectos intrapsíquicos del proceso. Lo importante es la posición que adopta el que habla en relación con el otro.

En este trabajo los investigadores intentaron mostrar cómo el método del análisis de conversaciones ofrece una descripción del cambio en terapia.

Se estudiaron los datos de un proceso individual de terapia cognitiva-constructivista con el análisis de conversaciones. De un modo más concreto, examinaron las intervenciones particulares del terapeuta y cómo respondieron los pacientes a dichas acciones. Es decir,

describieron cómo las acciones del paciente cambiaban a lo largo del tiempo (desde el principio al final de la terapia) en respuesta a las intervenciones específicas del terapeuta.

Los resultados (a partir de una selección de extractos e intercambios de la terapia) indicaron que en las fases iniciales de la terapia el paciente se resistía a las conclusiones o sugerencias formuladas por el terapeuta, después las respuestas fluctuaban, es decir, eran más ambivalentes, y finalmente el paciente estaba de acuerdo con la conclusión planteada por el terapeuta.

Las investigadoras también sugieren que el cambio no sólo se produce en las acciones del paciente, sino que más bien es un cambio conjunto en las acciones y comprensiones de paciente y terapeuta que nace de dicha interacción y colaboración. De hecho, las conclusiones de los terapeutas cambiaban a lo largo del proceso con respecto a las que establecían en los estadios iniciales. Esta cuestión está muy relacionada con lo que Mearns y Cooper (2005, p. 12) denominaron *relational depth* y que definieron como “un estado de profundo contacto y compromiso entre dos personas, en el que cada persona es completamente real con el otro, y capaz para entender y valorar las experiencias del otro a un nivel elevado”. Este trabajo conjunto entre paciente y terapeuta favorece el cambio en el primero.

Al hilo de lo que venimos refiriendo en las páginas anteriores, y aunque pueda ser considerado un trabajo más clásico (pero amplía las actividades del terapeuta, focalizándose además no sólo en lo que es terapéutico sino también en lo que no lo es, y por lo tanto en aquello que no favorece el cambio sino que lo puede obstaculizar), resaltamos también el trabajo de Elliot (1985) (en parte antecedente del modelo de asimilación y de la APES, Stiles et al., 1990) y el de Elliot et al. (1985) en los que se propone una clasificación de los eventos que ocurren en las sesiones de psicoterapia a partir de lo que el autor denominó como *impactos terapéuticos inmediatos*. Estos pueden definirse como los efectos inminentes sobre el paciente de las actividades específicas del terapeuta.

El análisis de clusters de los datos permitió diferenciar dos grandes categorías: *Eventos útiles* y *Eventos no útiles*. Respecto a los *eventos útiles* podemos hablar a su vez de dos superclusters: tarea e interpersonal.

En relación con el primero, *tarea*, estuvo constituido por cuatro clusters:

1. *Nueva Perspectiva*. Se refiere a eventos que al terapeuta le facilitan ofrecer nueva información al paciente, lo que permite un incremento del insight o una reestructuración cognitiva durante la sesión.
2. *Solución de problemas*. Definido como sucesos que favorecen la solución del problema presentado ya que aportan cursos alternativos de acción a éste.
3. *Clarificar el problema*. Este cluster está relacionado con eventos terapéuticos que permiten una delimitación específica de lo que el paciente debe hacer o trabajar durante la sesión de psicoterapia.
4. *Focalización de la conciencia* sobre lo que el paciente está evitando o generando el problema.

El *cluster interpersonal* también está compuesto a su vez por cuatro clusters:

1. *Comprensión de la información* facilitada por el paciente, así como familiaridad y sintonía con su problema.
2. *Participación del paciente*. Como consecuencia de las acciones del terapeuta la persona que recibe ayuda se involucra en el proceso terapéutico.
3. *Seguridad*. Eventos a través de los cuales la persona experimenta apoyo emocional del terapeuta o sentimientos de mayor confianza.
4. *Contacto personal*. La relación entre el paciente y el terapeuta es de tú a tú, es decir, próxima y cercana.

Ahora pasamos a detallar los *eventos no útiles* y su concreción en seis clusters:

1. *Percepción errónea*, es decir, la persona experimenta que sus sentimientos no se han comprendido correctamente o se han percibido de un modo inexacto por parte del terapeuta.
2. *Reacciones negativas* del terapeuta que incluye a su vez dos subclusters: consejero crítico y consejero desinvolucrado.
3. *Responsabilidad no deseada*, que también se divide por un lado, en *respuestas inadecuadas* del profesional, es decir, errando en proporcionar un mensaje acorde a la situación, y por otro lado, *presión del terapeuta* al paciente para que hable durante la sesión o para que haga alguna acción fuera de la terapia.
4. *Repetición*. El terapeuta nuevamente habla sobre temas ya abordados o sobre cuestiones que en ese momento ya son obvias.
5. *Dirección errónea, interrupciones o interferencias del terapeuta* sobre la exploración que espontáneamente está efectuando el paciente.
6. *Pensamientos no deseados*. El paciente no está de acuerdo con determinados contenidos o pensamientos propuestos por el terapeuta ya que todavía no está preparado para lidiar con ellos.

Como conclusiones de esta investigación cabe destacar, entre otras, las siguientes:

- Las relaciones encontradas entre las actividades del terapeuta y los eventos útiles sugieren el papel concreto de determinadas intervenciones para facilitar cambios específicos en los clientes. Por ejemplo, las preguntas abiertas deben ser más útiles que las interpretaciones para producir un insight o una reestructuración cognitiva en los pacientes, al menos en determinadas situaciones.
- La taxonomía de eventos no útiles ofrece un conjunto empírico de “errores” del terapeuta que pueden ser usados en el entrenamiento y supervisión de éstos.

En este punto nos parece necesario presentar en qué consiste lo que Hill y O'Brien (1999) denominan *Helping Skills System (HSS)* ya que también enlaza con las diferentes investigaciones que venimos presentando acerca de las actividades terapéuticas verbales que realiza el terapeuta.

En dicho sistema, que nos ha resultado muy útil en la parte de elaboración de las categorías del terapeuta que se han utilizado para llevar a cabo nuestro estudio, se incluyen un conjunto de habilidades verbales de ayuda que se refieren a lo que los terapeutas dicen durante las sesiones de psicoterapia para establecer puentes de unión con los clientes.

Son un conjunto de categorías que sólo nos permiten determinar en una transcripción si una determinada actividad terapéutica verbal está o no presente en la intervención del terapeuta.

Dicho de otro modo, es una manera de organizar lo que el terapeuta hace o no hace en su interacción comunicativa con el paciente. A continuación se presenta en un cuadro las habilidades que plantea Hill y una descripción de lo que significan.

Habilidad / Categoría	Definición
<i>Aprobación y Confianza</i>	Proporcionar apoyo emocional, confianza, aliento (ánimo). Es un modo de demostrar empatía.
<i>Preguntas cerradas</i>	Preguntas para obtener información específica que normalmente se responden con una o dos palabras como "sí" o "no".
<i>Preguntas abiertas</i>	Preguntar al cliente para clarificar o explorar pensamientos o sentimientos.
<i>Re-expresión</i>	Una simple repetición o parafraseo del contenido o significado de lo que el cliente ha dicho y que normalmente contiene menos palabras pero similares a lo dicho por éste. No obstante es más concreto y claro que lo que dice el cliente.

<i>Reflejo de sentimientos</i>	Una repetición o parafraseo de lo que ha dicho el cliente, pero incluyendo una identificación explícita de los sentimientos de éste.
<i>Desafiar</i>	Señalar discrepancias, contradicciones, o pensamientos irracionales a los que el cliente es incapaz de hacer frente o cambiar.
<i>Interpretaciones</i>	Ir más allá de lo que el cliente ha declarado abiertamente, o reconocido, y darle un nuevo significado, razón o explicación a sus comportamientos, pensamientos o sentimientos para que pueda ver sus problemas desde un nuevo punto de vista.
<i>Autorrevelación</i>	Revelar alguna información personal.
<i>Autorrevelación inmediata</i>	El terapeuta revela información sobre sus sentimientos sobre el cliente o sobre la relación terapéutica.
<i>Información</i>	Proporcionar información sobre datos, hechos, opiniones, recursos o dar respuestas a preguntas del cliente (ej. información sobre el proceso de ayuda, datos sobre los resultados en un test, feedback sobre el cliente...).
<i>Guía Directa</i>	Facilitar sugerencias, directrices, instrucciones o consejo sobre lo que el cliente debería hacer para cambiar.
<i>Otros</i>	Saludos, comentarios sobre el tiempo...

Cuadro 1.9. Categorías del Terapeuta.

Fuente:

Hill, C. E., y O'Brien, K.M. (1999). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.

Del mismo modo que algunos comportamientos (actividades) del terapeuta pueden ser terapéuticos, tal y como hemos señalado hasta el momento en la mayoría de trabajos presentados, también es necesario remarcar aquellas *actividades del clínico que no favorecen el cambio* en el paciente sino más bien el efecto contrario. A este respecto, Kraus,

Castonguay, Boswell, Nordberg y Hayes (2011) plantearon que es un hecho que algunos pacientes no mejoran con la terapia debido a diferentes variables (entre ellas algunas referentes al terapeuta) entre las que cabe mencionar las siguientes:

- No están suficientemente motivados.
- El tratamiento no encaja con la visión del mundo del paciente.
- Las expectativas sobre la terapia son excesivamente elevadas.
- Los terapeutas también pueden contribuir a un mal resultado debido a una ruptura de la alianza terapéutica, a un estilo interpersonal hostil y dominante o a violaciones éticas.

La última cuestión es la que interesa remarcar o resaltar ya que va en la línea de lo que venimos planteando a lo largo de todas las páginas anteriores: cómo el terapeuta juega un papel central en el proceso de cambio del paciente, tanto desde un punto de vista positivo como negativo.

A continuación, seguimos hablando y profundizando sobre las actividades terapéuticas pero focalizando nuestra atención, como ya se ha dicho, en las investigaciones que abordan esta cuestión desde el marco del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

B. Las actividades terapéuticas y la asimilación de experiencias problemáticas

En cuanto al papel del terapeuta se ha realizado un recorrido desde lo general a lo particular, es decir, en primer lugar se han presentado las características del terapeuta que son relevantes según diferentes estudios, después se han descrito investigaciones que han abordado el tema de las actividades del terapeuta y su impacto sobre el cambio del paciente desde una óptica genérica, y finalmente pasamos a presentar trabajos también sobre las actividades terapéuticas pero desde el *modelo de asimilación de experiencias problemáticas*.

Todas las investigaciones que se van a ir presentando destacan en alguna cuestión importante para nuestro estudio.

Así pues, y tal y como diría San Juan de la Cruz, “más adentro en la espesura”. Stiles et al. (1990), en su formulación inicial del modelo de asimilación, ya señala que las *experiencias problemáticas* son gradualmente asimiladas en esquemas que son introducidos por el terapeuta o desarrollados en la interacción cliente-terapeuta por la modificación de los viejos esquemas.

Por lo tanto, **el modelo de asimilación ofrece a los terapeutas un enfoque para personalizar, adaptar y ajustar la relación con el paciente así como sus actividades terapéuticas** (Stiles, 2001).

1º Estudios sobre el concepto de “responsiveness”

Consideramos que tiene sentido comenzar este recorrido acerca de *cómo* el terapeuta facilita la asimilación de las experiencias problemáticas del paciente presentando las aportaciones más significativas a este respecto realizadas por el **grupo de Stiles**.

En primer lugar hablaremos de su concepto de “*responsiveness*” o *responsividad*.

Como ya se ha señalado, en psicoterapias eficaces, la asimilación de una experiencia problemática se produce en el marco de la relación paciente – terapeuta (Stiles et al., 1991).

Así pues, el trabajo del terapeuta “responsivo” consiste en monitorizar la situación del paciente (nivel APES, estado atencional y emocional) y elegir el tratamiento más apropiado para sus problemas, siguiendo una estrategia que sea apropiada para sus capacidades actuales (este aspecto está relacionado con el de *Zona de Desarrollo Próximo* y del que hablaremos posteriormente) (Stiles et al., 1998). Es decir, un terapeuta debe reconocer los déficits del cliente (necesidades, problemas) así como los recursos y debe intervenir tomando en consideración estas cuestiones.

Dicho de otro modo, el terapeuta está decidiendo en qué momento proponer una determinada intervención y el modo en que la ejecutará en función de determinadas variables del paciente.

Así pues, el concepto de responsividad, que está muy relacionado con el de alianza terapéutica, es un comportamiento, un proceso, que se ve afectado por el contexto, incluyendo también el comportamiento de otras personas (Stiles, 2009c). Los terapeutas y pacientes, así como las personas en general, pueden ser sensibles tanto al comportamiento de los demás como a las circunstancias cambiantes. Un ejemplo de esta cuestión podría ser como el terapeuta modifica su tono de voz al explicar una tarea debido a que la expresión facial del paciente ha sufrido una variación. Esto quiere decir que el terapeuta y el paciente responden lógicamente a lo que el otro hace o dice, o a lo que no hace o no dice. Por ello, la sintonía, la sensibilidad (responsividad) implica una relación dinámica entre variables, incluyendo una causalidad bidireccional así como bucles de retroalimentación (Stiles et al., 1998). Así pues, dos pacientes reciben tratamientos diferentes, del mismo modo que dos conversaciones son también distintas.

Este concepto, según nuestro punto de vista, no sólo está vinculado estrechamente con el de eficacia terapéutica, y por lo tanto, con alcanzar los objetivos conjuntamente establecidos entre paciente y terapeuta, sino también con el de eficiencia. O lo que es lo mismo, reducir el sufrimiento del paciente en el menor tiempo posible. ¿Por qué afirmamos lo segundo también? Porque el concepto de sintonía o “responsiveness” supone que los terapeutas utilizan la información emergente sobre el resultado de sus acciones terapéuticas para modificar su actividad posterior durante la terapia y optimizar así el proceso de cambio (Stiles, 2009c).

En la línea de lo que acabamos de decir Honos-Webb y Stiles (2002) desarrollaron una investigación en la que trataron de determinar cómo el terapeuta puede aplicar sus acciones e intervenciones, de un modo responsivo, en función del nivel de asimilación en el que se encuentra el paciente. Para ello propusieron un término, la *integración asimilativa*, que consiste en incorporar técnicas de otro enfoque terapéutico al que se está utilizando como

principal, en base a las necesidades y cambios del paciente, y que son consistentes teóricamente en función del modelo de asimilación.

A partir de estas cuestiones desarrollaron varias posibilidades de integración:

- *Integración asimilativa en el nivel de tratamiento.* El terapeuta utiliza un enfoque terapéutico, preferiblemente, pero usa técnicas o enfoques alternativos para adaptarse al problema, al diagnóstico o al tipo de paciente particular. Por ejemplo, si el paciente se encuentra en niveles APES bajos es preferible utilizar enfoques experienciales, y si se encuentra en niveles APES medios es más recomendable aplicar tratamientos de corte cognitivo – conductual.
- *Integración asimilativa en el nivel de las estrategias.* Consiste en combinar, integrar técnicas conforme evoluciona el proceso terapéutico.
- *Integración asimilativa en el nivel de las tácticas.* A veces el terapeuta debe ser responsivo durante las sesiones, por lo tanto, debe facilitar la activación de una emoción (cuando el paciente se encuentra en niveles APES 0 y 1 para facilitar el movimiento hacia una mayor conciencia del problema), y en otras en cambio, ayudar al cliente a distanciarse de ella (por ejemplo, en niveles APES 2).
- *Responsividad momento a momento.* Dentro de una intervención el terapeuta está pendiente de los cambios sutiles en los temas del paciente, en el proceso. El terapeuta se mostrará sensible con pequeños cambios en su comunicación.

Por lo tanto, Honos – Webb y Stiles (2002) recomiendan, en función de la fase de cambio en la que se encuentre el paciente, la utilización de unas actividades terapéuticas u otras. Como ya se dijo cuando se habló del modelo de asimilación en este trabajo, y siguiendo a Caro (2011), las intervenciones exploratorias, psicodinámicas, interpersonales, experienciales, se aplican cuando las experiencias problemáticas no están asimiladas, es decir, en niveles 0, 1. Por el contrario, las intervenciones cognitivas y comportamentales, que se

podrían denominar prescriptivas, ponen el foco en el centro, y se aplican para provocar niveles APES que se encuentran situados a la derecha del continuo del proceso de asimilación (Caro, op.cit.).

También Hardy, Stiles, Barkham y Startup (1998) establecen que los terapeutas ofrecen diferentes intervenciones terapéuticas a los pacientes en función del estilo interpersonal particular de estos.

Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly y Shapiro (1999) extendieron su trabajo a los eventos útiles, prediciendo que, cuando el estilo interpersonal del paciente y sus temas eran respondidos adecuadamente en terapia, el cambio terapéutico se puede producir.

Estos autores consideran que la responsividad de los terapeutas es adecuada cuando construyen con los pacientes una sensación de confianza respondiendo a las necesidades de éstos momento a momento y trabajando en la zona de desarrollo próximo, donde los pacientes pueden explorar las amenazas y peligros percibidos, pero sin sentirse abrumados por ellos.

De hecho Hardy et al. (1999) señalan que el terapeuta tiene que decidir cuál es la necesidad prioritaria para el paciente en cada momento particular, para comprenderla o para desafiarla, pero en todo caso para proporcionarle seguridad.

Así pues, clasificaron la responsividad de los terapeutas, durante la identificación de eventos útiles para los pacientes, en tres categorías: contención, reflexión e interpretación. Los resultados indicaron que 9 de cada 10 eventos incluían actividades de contención.

Para concluir con este resumen acerca del concepto de responsividad señalar que éste nos puede permitir comprender por qué diversas teorías y técnicas psicoterapéuticas producen una eficacia y una efectividad equivalente (Stiles, 2009).

2º Estudios sobre la Zona de Desarrollo Próximo

Otro término planteado por el grupo de Stiles y relacionado con las actividades terapéuticas es el de *zona terapéutica de desarrollo próximo*.

Leiman y Stiles (2001) y Stiles et al. (2006) plantean que los terapeutas eficaces trabajan dentro de la zona terapéutica de desarrollo próximo, construida en base a los términos de la APES.

La zona de desarrollo próximo es un concepto usado en psicología del desarrollo y que fue propuesto por Vygotsky. Se puede conceptualizar como la distancia que separa el nivel de desarrollo actual del niño, medido por cómo resuelve un problema él sólo, y el nivel de desarrollo potencial, evaluado por la resolución de dicha dificultad con la colaboración de otra persona (un adulto) (Stiles et al., 2006).

Si aplicamos este término a la psicoterapia, la zona de desarrollo se refiere a la distancia que existe entre el valor APES actual del paciente y el nivel que éste puede lograr con la ayuda y colaboración del terapeuta (que debe ser mayor que lo que el paciente lograría por sí mismo) (Leiman y Stiles, 2001).

Así pues, la zona de desarrollo próximo relaciona el trabajo realizado por paciente y terapeuta conjuntamente con el proceso de cambio y asimilación del paciente. Los terapeutas parece ser que aprenden espontáneamente a observar las respuestas de los pacientes y a diseñar sus actividades terapéuticas de un modo responsivo y en sintonía con el nivel de desarrollo próximo en el que se encuentran éstos, es decir, intentan situarse en la zona de desarrollo próximo del paciente (Stiles et al., 2006). Estos estudios están relacionados con la cuestión de los retrocesos.

3º Estudios sobre el papel del terapeuta y los retrocesos en el proceso de asimilación

Siguiendo la línea del grupo de Stiles pero con sus propias y particulares aportaciones **Isabel Caro** ha trabajado en el estudio de la asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación (2003a, 2003b, 2006a, 2007, y 2011, en prensa).

En relación con el papel de las actividades del terapeuta en el proceso de asimilación debemos señalar en este apartado los trabajos sobre los *retrocesos* en los niveles APES en

terapia, y en otro apartado aquellos focalizados en cómo el terapeuta facilita el *Insight* en el paciente.

El modelo de asimilación sugiere, tal y como ya se ha remarcado en apartados anteriores, que el cambio en psicoterapia se puede describir como una secuencia de estadios regular y progresiva (Stiles, 2002). Sin embargo, la asimilación de una experiencia problemática no es tan sistemática como inicialmente se postuló, sino que se pueden presentar retrocesos (Caro y Stiles, 2009, 2013).

Un retroceso significa que el paciente vuelve a un nivel APES anterior al que se encuentra, e incluso se pueden producir saltos entre niveles (Caro y Stiles, 2009, 2013). La pregunta en este punto es, *¿por qué se producen los retrocesos?* En este sentido se plantean diferentes explicaciones acerca de la aparición de picos durante la psicoterapia, y que nos aportan información relevante acerca de la importancia de cómo se desenvuelve el terapeuta en el proceso de psicoterapia.

Las posibles razones que se han planteado acerca de los retrocesos durante la terapia son varias aunque siguiendo a Stiles (2005) éstas se pueden concretar, entre otras, en las que presentamos a continuación:

1. *La presencia de múltiples temas acerca de un problema* puede provocar la aparición de retrocesos, es decir, una voz problemática puede estar compuesta por diferentes subvoces y por ello un pico o vuelta hacia atrás puede indicarnos que en un momento determinado se ha pasado de trabajar con un determinado tópico o tema a otro.

2. Un retroceso también puede aparecer debido a que la asimilación de una experiencia problemática sea diferente en función de la *perspectiva interna del problema adoptada*, y que *pueden ser múltiples*.

3. Los retrocesos también pueden explicarse en base a la *interferencia que la resolución de una experiencia problemática puede generar sobre otra*.

4. Los *acontecimientos vitales* hacen avanzar o retroceder los procesos de asimilación.

5. Otra posible explicación para los retrocesos está relacionada con la *zona de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001), es decir, las actividades del terapeuta pueden provocar que el paciente no se encuentre cómodo con el nivel APES en el que se está trabajando. El paciente no está preparado para tolerar lo que le plantea el terapeuta (Stiles, 2005).

6. Finalmente Caro (2011) elabora la *hipótesis de la balanza* para comprender el porqué de los retrocesos. Éstos aparecen cuando, en el trabajo cognitivo (como el planteado en el marco de la terapia lingüística de evaluación) (Caro, 2003a, 2003b), desarrollado conjuntamente entre paciente-terapeuta, el paciente sigue al terapeuta. Es decir, la respuesta del paciente puede surgir como consecuencia de la acción del terapeuta. Por lo tanto, durante el proceso de asimilación el terapeuta puede proponer actividades que faciliten que el paciente si está en un nivel APES concreto retroceda a otro.

Para concluir con esta cuestión, y a modo de resumen, señalar que el estudio acerca de las razones de los retrocesos nos aporta información relevante para el estudio de las actividades terapéuticas ya que en algunas de las explicaciones ofrecidas para los “setbacks” es evidente que el terapeuta puede jugar un papel relevante en su aparición o no:

- Como ya se ha dicho en la *zona de desarrollo próximo* el terapeuta está en un nivel de APES que el paciente no comparte, apareciendo un retroceso (Caro, 2011). Esta cuestión debe hacer reflexionar al profesional que tendrá que intentar ajustar sus intervenciones a las capacidades de su paciente. A diferencia de la hipótesis de la balanza, en este caso, el paciente no sigue al terapeuta (Caro y Stiles, 2013).
- El terapeuta, en el trabajo conjunto que se desarrolla en el marco de una terapia, fundamentalmente cognitiva, promueve con algunas de sus actividades terapéuticas (y

que muchas veces son necesarias) que el paciente le siga (*hipótesis de la balanza*) (Caro y Stiles, 2013), produciéndose un retroceso.

Según nuestro punto de vista, estos dos planteamientos (*zona desarrollo próximo e hipótesis de la balanza*) sobre la aparición de retrocesos en el proceso de la terapia (lo que indica que la asimilación de una experiencia problemática no siempre sigue una secuencia de estadios predecible), y sobre cómo podrían ser abordados terapéuticamente, tienen una relación muy estrecha, entre otras cuestiones, con el terapeuta y su capacidad de sintonizar (“responsiveness”) con el paciente así como con la relación terapéutica (incluyendo la alianza) (Caro y Stiles, 2013).

4º El papel del terapeuta en relación al nivel de Insight

Destacar también el trabajo de Caro et al. (2014) en cuanto a las actividades terapéuticas y la asimilación de experiencias problemáticas. Es una investigación centrada en las actividades realizadas por el terapeuta antes de un nivel 4 o Insight. Es decir, que acciones del terapeuta pueden facilitar la aparición de un Insight en el paciente.

En este estudio de caso la terapia aplicada fue la terapia lingüística de evaluación, por lo tanto, las actividades terapéuticas hay que entender que fueron planteadas siguiendo este marco terapéutico.

Además, también se analizó el trabajo realizado por el terapeuta desde el punto de vista de la voz dominante y no dominante (por ej. reconocer la voz, desafiarla).

Los resultados principales de este estudio se resumen seguidamente:

1. De un modo general los resultados señalan que los Insights del paciente vienen precedidos de determinadas actividades terapéuticas. En concreto, se puede asumir que algunas actividades terapéuticas de la terapia lingüística de evaluación y las actividades relacionadas con las voces pueden reflejar la construcción de un puente de significado (Insight) entre las voces.

2. Los Insights estuvieron relacionados fundamentalmente con dos actividades terapéuticas principales: aquella dirigida a facilitar una orientación extensional y aquella cuyo objetivo era empatizar con las teorías y con los Insights previos de la paciente.

3. Aunque con un menor peso o frecuencia pero también presentes en las acciones del terapeuta anteriores a los Insights podemos señalar la revisión de las tareas para casa y la exploración de pensamientos, entre otras.

4. En cuanto las actividades principales relativas a las voces hay que comentar que las más frecuentes en relación con los Insights fueron dos, en primer lugar, aquellas que se dirigían a *desafiar la voz dominante*, y seguidamente las que pretendían *empatizar con la voz dominante y no dominante* de la paciente.

5. Si pasamos a centrarnos ahora en qué combinaciones de actividades terapéuticas (terapia lingüística de evaluación) y actividades dirigidas a las voces fueron más frecuentes en el trabajo con los Insights de la paciente hay que decir que, por un lado las relativas a la *búsqueda de una orientación extensional* en conjunción con las que pretendían *desafiar la voz dominante o empatizar con ella o con la voz no dominante*, y por otro lado aquellas cuya finalidad era *empatizar con las teorías de la paciente* junto con *sintonizar con las voces problemáticas*, así como con las *dominantes*.

Así pues, los trabajos de Caro y colaboradores sobre los retrocesos y cómo el terapeuta puede influir sobre ellos así como las actividades terapéuticas que facilitan la aparición de un puente de significado entre la voz dominante y no dominante son relevantes para comprender mejor lo que hace el terapeuta para construir un cambio junto con el paciente. A este respecto se deben resaltar y presentar también las investigaciones siguientes.

5° Investigaciones del grupo de Mosher y Goldsmith

Los estudios del grupo de *Mosher y Goldsmith* (Goldsmith et al., 2008; Mosher et al. 2008) van en la línea del trabajo que aquí nos ocupa.

El trabajo llevado a cabo por este equipo consistió en un estudio de caso abordado desde el modelo de asimilación. Para ello se analizaron las transcripciones de un paciente (Bill) de 29 años, varón, que recibió una terapia centrada en la persona para la depresión.

Los objetivos iniciales de esta investigación consistieron en evaluar y adaptar el modelo de asimilación basándose en las observaciones del caso; examinar cómo algunos conceptos de la terapia centrada en la persona pueden entenderse desde el modelo de asimilación y viceversa (construir puentes de significado entre ambas teorías) y ejemplificar la utilidad práctica del modelo de asimilación para reconocer las voces problemáticas, así como comprender su relación con la voz dominante y seguirles la pista a lo largo del proceso de psicoterapia (Mosher et al, 2008).

Además, y como extensión de estos objetivos, y en otro artículo (Goldsmith et al., 2008) pero siguiendo con este mismo estudio de caso, examinaron el papel de las actividades del terapeuta en la facilitación de los cambios en el paciente en el proceso de asimilación. Este aspecto es el que más nos interesa.

Para poder entender bien la segunda cuestión relativa a lo que hace el terapeuta es necesario presentar algunos aspectos esenciales del paciente y de sus voces dominantes y no dominantes correspondientes al estudio inicial (Mosher et al, 2008).

Partimos de la consideración de que los autores seleccionan el caso de Bill porque querían estudiar la asimilación en un tratamiento centrado en la persona exitoso. Prueba de ello es que las puntuaciones del paciente en cuestionarios que evalúan la intensidad de la sintomatología (como el BDI, Beck Depression Inventory) indicaron que la experiencia de

depresión había cambiado, pasó de un valor de 31 (depresión severa) en el pre-tratamiento a un nivel de 5 (normal) en el post-tratamiento.

Los investigadores detectaron la presencia de tres voces, una voz dominante y dos no dominantes. La *voz dominante* era como la de un tipo tímido y poco asertivo que adoptaba posiciones de ansiedad, culpa y tristeza cuando estaba siendo criticado o atacado. Las *dos voces no dominantes o problemáticas* eran críticas, una expresando la rabia o el enfado hacia dentro (hacia sí mismo, siendo crítico consigo mismo) y la otra hacia fuera (criticando prácticas sociales, políticas o culturales y/o a las instituciones).

Como conclusión hay que remarcar que las dos voces problemáticas se asimilaron como recursos adaptativos y flexibles. La voz crítica consigo misma se transformó en capacidad para responder de un modo asertivo. Y el reproche hacia los demás en un recurso saludable para enfrentarse a los otros y resolver conflictos.

Y en este punto pasamos al segundo artículo del *grupo de Mosher y Goldsmith* (Goldsmith et al., 2008) en el que analizan cómo los reflejos del terapeuta facilitaron la asimilación entre la voz dominante que hemos comentado y una de las voces no dominantes, aquella que manifestaba rabia hacia dentro, aquella en la que la persona se critica a sí misma.

Mediante reflejos, la terapeuta formuló en qué consistía cada una de estas voces, permitiendo que se escuchasen y que se respondiesen la una a la otra con la finalidad de construir un puente de significado entre ambas.

En las terapias exitosas, el puente de significado es construido primero entre el terapeuta y el paciente y después entre las voces internas de éste (Leiman y Stiles, 2001). El reflejo es una técnica verbal a través de la que el terapeuta comunica empatía, es decir, le demuestra al paciente que comprende lo que dice.

Desde el punto de vista del proceso de asimilación se puede decir que el terapeuta cuando utiliza el reflejo está hablando e interactuando con las voces del paciente, haciendo el diálogo interno, externo.

Así pues, la conclusión a la que llegan los investigadores de este trabajo es que los reflejos del terapeuta pueden facilitar la asimilación. Para poder afirmar esto, lo que hacen es presentar evidencia de cómo los reflejos ayudaron a Bill (el paciente) a encontrar las palabras oportunas para construir un puente de significado entre la voz dominante y la no dominante.

En el artículo, para poder dar constancia de esta cuestión, lo que realizan es una selección de pasajes (intercambios entre Bill y la terapeuta) en los que se aprecia dicho cambio, y cómo el terapeuta facilita el avance en el proceso de asimilación.

6º El papel del terapeuta y la Zona Terapéutica de Desarrollo Próximo (TZPD) según el grupo de Ribeiro y colaboradores

Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvarth y Stiles (2012) se plantean cuestiones similares a las que se han desarrollado hasta este momento ya que su objetivo es estudiar al terapeuta y lo que hace que facilita que el paciente se mueva de una narración poco adaptativa a una más funcional o dicho en términos del modelo de asimilación cómo el paciente integra la experiencia problemática en su sí mismo.

El trabajo de Ribeiro et al. (op.cit.) parte de la siguiente pregunta: ¿qué es un cambio positivo en psicoterapia?, y como contestación afirman que es el proceso por el que el paciente elabora una narración de sí mismo más adaptativa.

Uno de los conceptos fundamentales en este trabajo es el de los *momentos innovadores* (voces no dominantes) (excepciones a la narración del sí mismo dominante), y que están relacionados con el hecho de que el paciente normalmente acude a psicoterapia con una capacidad para percibir el mundo poco flexible.

El terapeuta construye un entorno en el que los momentos innovadores (otras formas de experimentar la realidad) puedan tomarse en consideración. La pregunta es, *¿y cómo hace esto el terapeuta?, ¿cómo facilita el terapeuta este proceso?* De dos modos que presentamos a continuación:

1. *Apoyando y favoreciendo que el paciente se sienta seguro.* Para lograr este objetivo el terapeuta utiliza la comunicación con la finalidad de comprender y aceptar la experiencia del paciente tal y como él la percibe.
2. *Desafiando la voz dominante desadaptativa (self-narrative) y favoreciendo la aparición de los momentos innovadores.*

Ribeiro et al. (2012) plantean la importancia de que el terapeuta encuentre un equilibrio dinámico entre apoyar y desafiar al paciente debido a los siguientes motivos:

- Porque un excesivo énfasis en la seguridad puede reducir las opciones para trabajar con las narraciones poco adaptativas.
- Porque focalizarse en exceso en desafiar la voz dominante puede favorecer la aparición de ansiedad así como la resistencia del paciente.

Un concepto importante para Ribeiro y colaboradores es la zona terapéutica de desarrollo próximo (basándose en los trabajos de Leiman y Stiles, 2001 que ya se han comentado en otro epígrafe, y ampliando el concepto de desarrollo próximo de Vygotsky).

Los terapeutas facilitan el cambio trabajando dentro de la zona terapéutica de desarrollo próximo (TZPD) y a lo largo de este continuo. La TZPD se puede definir como el espacio entre las capacidades actuales del paciente para adaptarse a los momentos innovadores y la potencial capacidad que puede ser alcanzada en colaboración con el terapeuta. Como señalan Leiman y Stiles (2001) la TZPD no es una capacidad del paciente ni una variable que refleje las características estables de la relación entre los participantes en terapia sino un proceso que describe una actividad conjunta entre paciente y terapeuta. El

equilibrio óptimo entre apoyo y desafío del que hablábamos antes varía sistemáticamente al avanzar el proceso de cambio.

Los procesos psicológicos que provocan un cambio entre el estado actual y potencial de la TZPD son la mediación semiótica y la internalización (véase Figura 1.5). En el trabajo conjunto entre paciente y terapeuta, en el que plantean el problema y elaboran estrategias de solución, y en el que comparten sus experiencias a través de signos que ambos entienden y mediante los que construyen puentes interpersonales de significado (*mediación semiótica*), el paciente desarrolla recursos para establecer un planteamiento intrapersonal (la persona *internaliza* la comunicación interpersonal), y en el que como resultado emerge una narración alternativa.

Por lo tanto, el cambio terapéutico se facilita por el uso de estrategias que ayudan al paciente a moverse desde su nivel actual hasta su potencial nivel de desarrollo. Así pues, el terapeuta debe tener en cuenta el momento actual de TZPD en el que se encuentra el paciente para utilizar unas actividades terapéuticas u otras. Los terapeutas siguen un principio implícito de empujar inicialmente donde se mueve, y así van determinando cuándo procede *apoyar* (trabajar en o cerca del nivel actual de asimilación del paciente) o *desafiar* (trabajar un poco por encima del nivel actual de asimilación del paciente) para ayudarlos a avanzar a lo largo del proceso de cambio.

Por lo tanto, una estrategia de apoyo consiste en trabajar próximo al nivel actual de TZPD, esto es, confirmando y elaborando la experiencia del paciente desde su punto de vista. Se hipotetiza que cuando los pacientes perciben que su punto de vista es compartido por el terapeuta experimentan una sensación de seguridad.

Así mismo, una estrategia de desafío consiste en trabajar cerca del nivel potencial de la TZPD, es decir, dirigiendo al paciente hacia la narración poco adaptativa. Seguidamente a

la actividad terapéutica puesta en marcha por el terapeuta el paciente responde a dicha acción validándola o invalidándola, y siguiéndola o no.

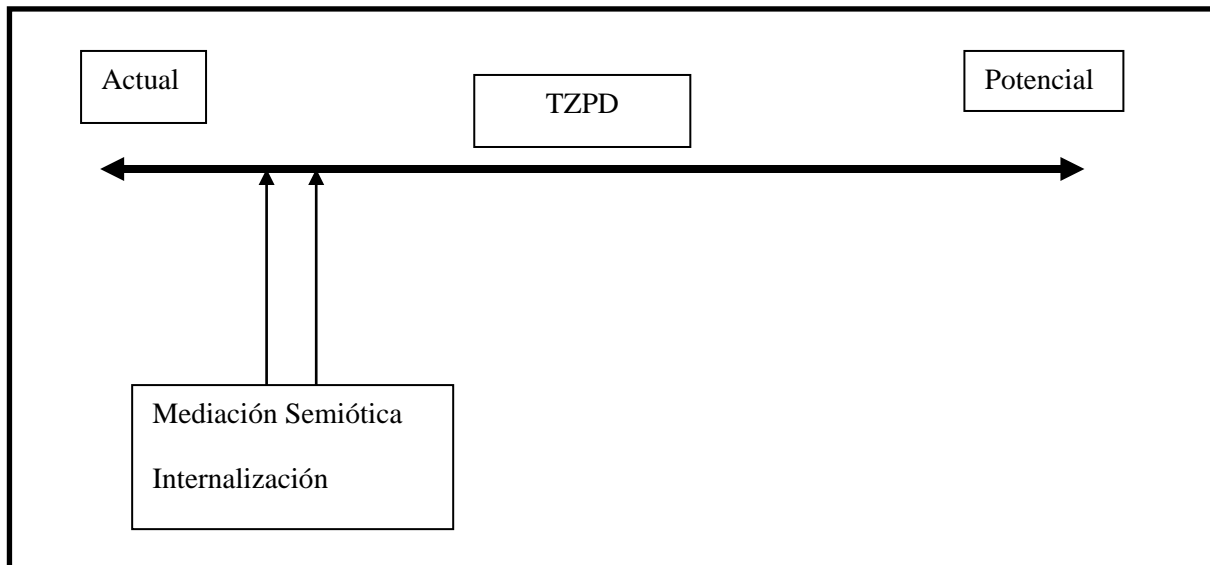


Figura 1.5. **Zona Terapéutica de Desarrollo Próximo.**

Fuente: Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvarth, A.O., y Stiles, W.B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21.

Como puede verse en la Figura 1.6 cuando la intervención del terapeuta está por debajo del nivel actual de desarrollo del paciente o es irrelevante para el problema de éste aparece desinterés y el paciente no sigue el trabajo propuesto por el terapeuta. Igualmente cuando la intervención está muy por encima del nivel potencial de desarrollo, lo que provoca un riesgo que no es asumible, el paciente también invalida dicha actividad y no progresa en el trabajo que se está realizando.

Ribeiro y colaboradores desarrollan, a partir de todo lo comentado, el sistema de codificación de la colaboración terapéutica (SCCT), en el que elaboran (a partir del análisis de 82 sesiones de cinco clientes) un sistema que está constituido por las categorías y subcategorías relativas a las *intervenciones del terapeuta*, por las *respuestas del paciente* y finalmente por los *intercambios entre ambos* elaborados a partir de las categorías del terapeuta y del paciente (la figura siguiente permite visualizar fácilmente los diferentes tipos de intercambio entre paciente y terapeuta, por ejemplo, cuando la estrategia del terapeuta es

de apoyo pero está por debajo del nivel de desarrollo el cliente experimenta desinterés y como resultado invalida la intervención).

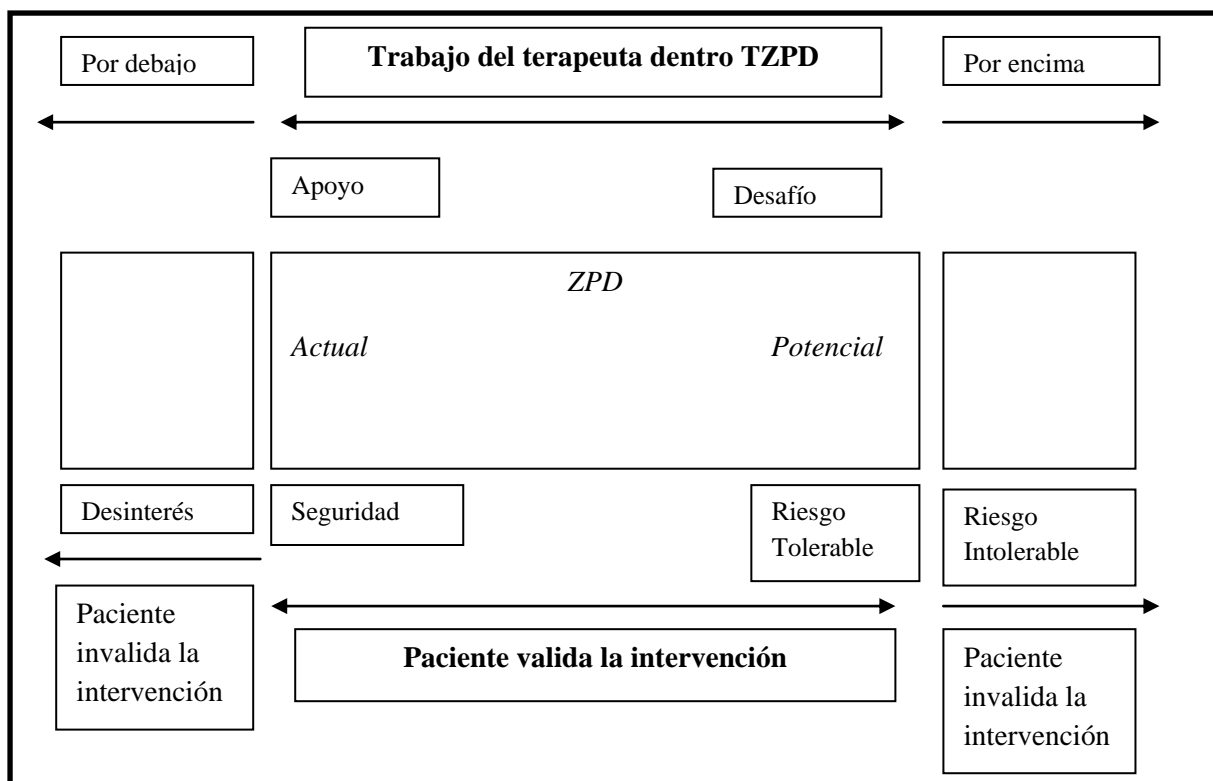


Figura 1.6. Intercambio Terapeuta – Cliente y TZPD.

Fuente: Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvarth, A.O., y Stiles, W.B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21.

A continuación y para concluir con el trabajo de Ribeiro et al. (2012) vamos a presentar de un modo detallado las diferentes subcategorías de apoyo y desafío del terapeuta (Cuadro 1.10), así como las distintas respuestas del paciente también agrupadas (Cuadro 1.11).

Cuadro 1.10. Categorías de intervención del terapeuta.

Fuente: Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvarth, A.O., y Stiles, W.B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21.

Subcategorías de Apoyo	Definición
<i>Reflejando</i>	El terapeuta refleja el contenido, el significado o el sentimiento presente en las palabras del paciente. El terapeuta utiliza las palabras del paciente pero no añade contenido nuevo.
<i>Confirmando</i>	El terapeuta se asegura que ha entendido correctamente el contenido

	de lo que el paciente ha dicho preguntándole de un modo explícito y directo.
<i>Resumiendo</i>	El terapeuta sintetiza el discurso del paciente usando tanto las palabras de éste último como las suyas propias.
<i>Demostrando interés – atención</i>	El terapeuta muestra, afirma interés, en relación con el discurso del paciente.
<i>Preguntando abiertamente</i>	El terapeuta explora la experiencia del paciente usando preguntas abiertas. También se incluyen aquí preguntas para obtener feedback sobre la sesión o sobre las tareas terapéuticas.
<i>Animando sutilmente</i>	El terapeuta anima de manera mínima el discurso, las palabras del paciente.
<i>Concretando información</i>	El terapeuta pregunta para concretar o clarificar la información dada por el paciente de manera imprecisa o ambigua, utilizando preguntas cerradas, preguntas focalizadas o preguntando por ejemplos.
Subcategorías de Desafío	Definición
<i>Interpretando</i>	El terapeuta proporciona al paciente un nuevo punto de vista del problema utilizando sus propias palabras (no las del paciente). Aunque hay una continuidad con lo que el paciente ha dicho previamente.
<i>Confrontando</i>	El terapeuta ofrece al paciente un nuevo punto de vista del problema o le hace preguntas sobre una nueva manera de entender la situación problemática. Hay una clara discontinuidad en relación con lo que el paciente previamente ha dicho.
<i>Invitando a adoptar una nueva perspectiva</i>	El terapeuta propone al paciente entender su experiencia de un modo diferente.
<i>Invitando a poner en práctica una nueva acción</i>	El terapeuta invita al paciente a actuar de un modo diferente, bien dentro o fuera de la sesión.
<i>Invitando a explorar escenarios hipotéticos</i>	El terapeuta sugiere al paciente imaginar hipotéticos escenarios, esto es, posibilidades cognitivas, emocionales y/o comportamentales que son diferentes a las maneras usuales de entender y experimentar del paciente.
<i>Cambiando el nivel de análisis</i>	El terapeuta cambia el nivel de análisis de la experiencia del paciente desde un nivel más descriptivo y concreto a un nivel más abstracto y

	viceversa.
<i>Enfatizando novedades</i>	El terapeuta invita al paciente para que valore la aparición de una novedad.
<i>Debatiendo los pensamientos del paciente</i>	El terapeuta debate la evidencia o la lógica de los pensamientos del paciente.
<i>Rastreando evidencias de cambio</i>	El terapeuta busca marcadores de cambio e intenta destacarlos.

Cuadro 1.11. Categorías de respuesta del paciente.

Fuente: Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvarth, A.O., y Stiles, W.B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21.

Sub-categorías de Validación	Definición
<i>Confirmación</i>	El paciente está de acuerdo con la intervención del terapeuta, pero no se extiende en ello.
<i>Ofreciendo información</i>	El paciente proporciona información acorde con la demanda específica del terapeuta.
<i>Extendiéndose</i>	El paciente no sólo está de acuerdo con la intervención del terapeuta, sino que se amplía información, va más allá.
<i>Reformulando su perspectiva</i>	El paciente responde a la pregunta del terapeuta o refleja sobre su afirmación y reformula su perspectiva en relación con la experiencia explorada.
<i>Clarificando</i>	El paciente intenta clarificar al terapeuta, o a sí mismo, el sentido de su respuesta a la intervención previa de éste.
Sub-categorías de No validación	Definición
<i>Expresando confusión</i>	El paciente se siente confundido o incapaz para responder a la pregunta del terapeuta.
<i>Focalizándose o persistiendo sobre la narrativa dominante desadaptativa</i>	El paciente persiste en su punto de partida.

<i>Defendiendo su perspectiva y/o estando en desacuerdo con la intervención del terapeuta</i>	El paciente defiende sus pensamientos, sentimientos, o comportamientos utilizando estrategias de auto-justificación.
<i>Negando el progreso</i>	El paciente afirma la ausencia de cambio o progreso.
<i>Auto-crítica o desesperanza</i>	El paciente es crítico consigo mismo o se auto-culpabiliza y comienza a desarrollar un proceso de desesperanza.
<i>Pérdida de implicación en la respuesta</i>	El paciente da mínimas respuestas a los esfuerzos del terapeuta para explorar y entender su experiencia.
<i>Cambiando el tema</i>	El paciente cambia el tema o responde tangencialmente al terapeuta.
<i>Desconexión del tema</i>	El paciente persiste en la elaboración sobre un tópico determinado aunque los esfuerzos del terapeuta sean trabajar sobre uno nuevo.
<i>Hablando de cuestiones sin importancia o focalizándose en otras personas</i>	El paciente habla de cuestiones sin importancia para explicar una experiencia y/o invierte tiempo hablando sobre otras personas.
<i>Respuesta sarcástica</i>	El paciente responde a la intervención del terapeuta de un modo irónico.

7º El papel del terapeuta y la asimilación de experiencias problemáticas según el grupo de Meystre y colaboradores

Al igual que Ribeiro et al. (2012), pero con sus diferencias, Meystre et al. publican en 2014 un artículo que denominan “*How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model*” y en el que también organizan las actividades del terapeuta de un modo muy concreto y pormenorizado. Por lo tanto, consideramos que diferentes aspectos de dicho trabajo son interesantes para el estudio que aquí nos ocupa. Lo relevante de dicha investigación es tanto lo teórico como lo metodológico. Por lo tanto, se intentará ofrecer un resumen de las cuestiones que bajo nuestro punto de vista más pueden aportar a esta tesis.

El objetivo de dicho trabajo es investigar las relaciones entre las intervenciones del terapeuta y el progreso del paciente a lo largo de los niveles de la APES. Los autores de este trabajo señalan que, desde un punto de vista teórico, el avance en el continuo del proceso de asimilación puede facilitarse por las intervenciones del terapeuta que “responden” al nivel APES actual del paciente, lo que promueve que éste pase al siguiente valor APES.

A través de un diseño metodológico consistente en un estudio de caso se pretendía determinar y valorar qué intervenciones terapéuticas eran óptimamente “responsivas” a cada nivel APES.

Para operativizar el estudio se midieron, por un lado, las actividades del terapeuta, mediante la “*Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale*” (CPIRS), y por otro lado, el nivel de asimilación, medido con la APES. Estos dos aspectos se evaluaron en las 34 sesiones de psicoterapia transcritas de una mujer de 30 años tratada con terapia breve psicodinámica para un problema de episodios de llanto y ansiedad difusa.

El estudio mostró cómo la asimilación de una experiencia problemática puede producirse gracias, en parte, a las intervenciones y actividades del terapeuta. De un modo más concreto, de aquellas acciones terapéuticas que se adaptan al nivel de asimilación del problema por parte del paciente. Esta cuestión está relacionada con lo que en páginas anteriores se denominó “responsividad”, y que, como ya se ha señalado, fue acuñado por Stiles y su grupo (Stiles, 2009c; Stiles et al., 1998), para señalar una cuestión a valorar en las intervenciones de los terapeutas, esto es, la sensibilidad a los requerimientos, a las necesidades, a las dificultades y a los recursos de los pacientes.

El proceso de asimilación, por lo tanto, puede facilitarse a través de la interacción con el terapeuta. Como dicen Meystre et al. (2014a) el terapeuta y el paciente comparten experiencias y significados y desarrollan una comprensión conjunta de diferentes situaciones. El terapeuta intenta en todo momento ser eficaz para que la situación del paciente sea mejor.

Para llevar a cabo esta investigación el diálogo terapéutico se dividió en secuencias de respuestas triples que consistían en la intervención de la paciente, la del terapeuta y la de la paciente nuevamente. Es decir, se evaluó el nivel APES del paciente antes y después de una actividad terapéutica para determinar si se producía o no un avance en la escala de asimilación.

Las voces de la paciente son las que detallamos a continuación:

- *Voz Dominante*: auto-determinación, independencia y necesidad de tener el control sobre su vida.
- *Voz No Dominante 1*: dependencia, es decir, necesidad de la presencia, consejo y apoyo de los demás.
- *Voz No Dominante 2*: dificultad para expresar tristeza y aceptar las debilidades.

Antes de describir el procedimiento seguido en esta investigación es necesario presentar de un modo detallado uno de los instrumentos señalados con anterioridad, la ***Escala Comprensiva de Estimación de Intervenciones Psicoterapéuticas (CPIRS)*** (Trijsburg, Frederiks, Gorlee, Klouwer, Hollander y Duivenvoorden, 2002; Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse y Duivenwoorden, 2004), lo que después nos permitirá entender mejor el trabajo realizado por Meystre y colaboradores. Además dicha escala ha sido utilizada también en esta tesis doctoral para definir y delimitar las categorías del terapeuta que se han propuesto.

La Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS) (Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse y Duivenwoorden, 2004) está formada por 81 intervenciones terapéuticas divididas en dos grandes grupos:

- *Intervenciones de Factores Comunes*: Coaching, Facilitación, Estructuración, Proceso Directivo, Apoyo Profesional y Otras Intervenciones.
- *Intervenciones de Modelos Terapéuticos Específicos*: Experienciales, Psicoanalíticas, Psicodinámicas, Dinámicas de Grupo, Sistémicas, Comportamentales y Cognitivas.

A continuación se presentan dos cuadros resumen en los que aparecen desglosadas las diferentes intervenciones de cada uno de los grandes grupos (véase Apéndice A para una descripción más detallada).

Cuadro 1.12. Intervenciones de Factores Comunes.

Fuente: Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014a). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.

INTERVENCIONES DE FACTORES COMUNES		
Facilitación	Apoyo profesional	Coaching
<ul style="list-style-type: none"> → Empatía → Aceptación → Participación, involucración → Calidez → Rapport 	<ul style="list-style-type: none"> → Colaboración → Tranquilizar → Responsabilidad fuera del paciente → Reformulación del problema 	<ul style="list-style-type: none"> → Apoyo y aliento → Terapeuta como experto → Justificación de la terapia → Orientación explícita → Control activo → Consejo y orientación → Enfoque didáctico
Proceso Directivo	Estructurando	
<ul style="list-style-type: none"> → Auto-Revelación → Exploración de Actividades → Explicar la dirección en la sesión → Resumiendo → Desafiando 	<ul style="list-style-type: none"> → Ajustando y siguiendo la agenda → Asignar tareas para casa → Revisar tareas para casa → Programando y estructurando actividades → Auto-monitorización 	

Cuadro 1.13. Intervenciones de Modelos Terapéuticos Específicos.

Fuente: Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014a). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.

INTERVENCIONES DE MODELOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS		
Comportamentales	Cognitivas	Experienciales
<ul style="list-style-type: none"> → Explorando nuevas maneras de comportarse con los otros → Relación terapéutica como modelo <p>(sigue en siguiente página)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Temas cognitivos → Relación entre pensamientos y sentimientos → Registro e informe de cogniciones <p>(sigue en siguiente página)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Enfatizando sentimientos → Guía sutil → Relacionando las intervenciones con las señales no verbales del paciente <p>(sigue en siguiente página)</p>

Cuadro 1.13. Intervenciones de Modelos Terapéuticos Específicos (continuación).

Fuente: Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014a). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.

<ul style="list-style-type: none"> → <i>Entrenamiento de habilidades</i> → <i>Procedimiento comportamental</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Explorando el significado personal de los pensamientos</i> → <i>Reconociendo errores cognitivos</i> → <i>Identificando supuestos subyacentes</i> → <i>Distanciándose de los pensamientos</i> → <i>Examinar pruebas disponibles</i> → <i>Experimentos para poner a prueba las creencias</i> → <i>Buscando explicaciones alternativas</i> → <i>Consecuencias realistas</i> → <i>Valor adaptativo/funcional de las creencias</i> → <i>Practicando respuestas racionales</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Centrándose en la experiencia presente</i> → <i>Reconociendo sentimientos no expresados</i> → <i>Elicitando feedback del paciente</i> → <i>Promover la evocación de reacciones problemáticas</i> → <i>Usar la relación terapéutica para explicar las reacciones hacia los demás</i>
Procedimientos Experienciales	Psicoanalíticas	Psicodinámicas
<ul style="list-style-type: none"> → <i>La doble silla para trabajar conflictos</i> → <i>Silla vacía para trabajar asuntos pendientes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Silencio</i> → <i>Conducir la atención hacia sentimientos inaceptables</i> → <i>Exploración de experiencias pasadas</i> → <i>Relacionando el presente con el pasado</i> → <i>Interpretación de los mecanismos de defensa</i> → <i>Interpretación de deseos, sentimientos o ideas reprimidas</i> → <i>Enlazando la relación terapéutica con otro tipo de interacciones</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Confrontación</i> → <i>Patrones en el comportamiento o en la experiencia</i> → <i>Patrones en las relaciones</i> → <i>Relacionando hipótesis</i>
Estratégicas	Dinámicas de grupo	Sistémicas
<ul style="list-style-type: none"> → <i>Intervención paradójica</i> → <i>Aplicando un ritual</i> → <i>Asignación ambigua</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Profundizar en la experiencia de una persona dentro de un grupo</i> → <i>Estimulación de la comunicación interpersonal</i> → <i>Feedback personal aquí y ahora</i> → <i>Clarificación de las interacciones y del proceso grupal</i> → <i>Proporcionar espacio</i> 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Intervenciones focalizadas sobre otros participantes más que sobre el paciente</i> → <i>Prácticas de crianza de los hijos</i> → <i>Entrenar las múltiples interacciones en sesión</i> → <i>Preparación de los participantes a nivel individual para próximas interacciones en las sesiones</i>

Cuadro 1.13. **Intervenciones de Modelos Terapéuticos Específicos** (continuación).

Fuente: Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014a). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.

Otras intervenciones
→ <i>Independencia</i>
→ <i>Preguntar al paciente para que concrete determinada información o solicitarle una ampliación de algún aspecto</i>
→ <i>Clarificar y reformular utilizando palabras distintas</i>
→ <i>Reformular el comportamiento del paciente</i>
→ <i>Uso de metáforas</i>

Después de esta descripción de la CPIRS pasamos a comentar tal y como se ha dicho en páginas anteriores el *procedimiento*, y en este caso lo hacemos de un modo amplio porque después permitirá entender mejor el trabajo que se ha realizado por nuestra parte.

En primer lugar, señalar que dos de los autores de la investigación hicieron de jueces APES. ¿En qué consistió su trabajo? **Primero**, leyeron al completo las 34 sesiones transcritas y plantearon cuáles eran las dos voces dominantes así como la voz dominante (y que ya hemos comentado anteriormente). **Seguidamente**, seleccionaron de las 34 sesiones aquellas que mejor representaban e ilustraban tanto la voz dominante como las no dominantes así como los temas principales de la terapia. Se eligieron finalmente 8 sesiones. Éstas se analizaron en términos de voces para extraer 41 intercambios paciente – terapeuta coherentes con una o con las dos voces problemáticas y poder realizar posteriormente análisis.

Cada uno de dichos intercambios incluía al menos tres turnos de habla: declaración de la paciente, intervención del terapeuta, y reacción de la paciente a la acción terapéutica. Los autores aclaran que utilizaron más de tres turnos muchas veces para poder construir unidades coherentes y comprensibles.

Los evaluadores codificaron cada turno de habla de la paciente en los 41 intercambios usando la APES, individualmente primero, y después manteniendo encuentros para llegar a un consenso.

Finalmente, los dos jueces citados también codificaron las intervenciones del terapeuta presentes en los 41 intercambios seleccionados anteriormente, de acuerdo con la CPIRS. Posteriormente se reunieron ambos evaluadores para alcanzar un consenso sobre las intervenciones del terapeuta.

Una vez que se codificaron los niveles APES o de asimilación de la paciente por un lado y las intervenciones del terapeuta por otro, los autores de esta investigación se plantearon establecer conexiones entre ambas cuestiones. Para ello, generaron en primer lugar un conjunto de hipótesis sobre qué intervención del terapeuta correspondería a cada nivel APES.

Después analizaron los 41 intercambios para determinar si existe una relación entre lo que ellos habían hipotetizado y los datos de los que disponían. Por ejemplo, si los resultados confirmaban el supuesto de que para un nivel APES de 0 el terapeuta utilizaría la empatía (CPIRS). Debido a que después de revisar los resultados no había mucha coincidencia entre éstos y las hipótesis planteadas los autores revisaron la teoría y modificaron los supuestos iniciales.

Las principales conclusiones de esta investigación son dos:

La **primera** es que la terapia ha sido eficaz ya que el terapeuta ha contribuido a la asimilación de la experiencia problemática de la paciente.

La **segunda** es que hubo unas intervenciones del terapeuta que en un principio no fueron tomadas en consideración y que en la revisión y modificación que efectuaron los investigadores de las hipótesis iniciales, a la luz de los resultados, tuvieron un peso importante en los intercambios seleccionados. Dichas intervenciones se pueden agrupar en aquellas que pretenden *desarrollar una buena relación* y las que *fomentan, facilitan y clarifican la comunicación*.

De un modo más concreto, presentamos, a partir del CPIRS, las acciones específicas que integrarían esos dos grandes grupos:

Desarrollar una buena relación	Fomentar, facilitar y clarificar la comunicación
<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Participación, involucración - Calidez - Rapport 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo y aliento - Subcategoría “Mmh Mmh” - Pedir información - Clarificación, reformulación

Cuadro 1.14. **Intervenciones con un peso importante en los intercambios seleccionados.**

Fuente: Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.

Además estas intervenciones del terapeuta no inciden sólo sobre un nivel APES concreto sino que tienen repercusión sobre diferentes niveles de asimilación de la paciente.

Lo más relevante de este estudio no son únicamente las conclusiones a las que llegan los investigadores sino todo el procedimiento que hemos descrito y que se sigue en la investigación. Para concluir señalar que esta tesis doctoral se fundamenta, como veremos, en algunas de las cuestiones presentadas en este trabajo.

Si realizamos un breve **resumen** de lo que hemos dicho hasta el momento es necesario señalar, en primer lugar, que el marco de investigación de nuestro trabajo se fundamenta en la *investigación de procesos*, principalmente desde un punto de vista *cualitativo* y centrada en un *estudio de caso* (concretamente estudios de caso que construyen una teoría), con la finalidad de analizar las *actividades del terapeuta* y su función en el cambio del paciente. Respecto a esta última cuestión lo que hemos pretendido es, en primer lugar, describir las *variables o características del terapeuta* que se han estudiado, con el objetivo de contextualizar lo que a continuación se iba a señalar acerca de *lo que hace el terapeuta*. Es decir, primero hemos hablado de lo qué es el terapeuta y seguidamente acerca de sus actividades terapéuticas.

En relación con las *actividades del terapeuta* se han presentado, por un lado, investigaciones de carácter más general pero de interés para nuestro estudio, y a continuación, cómo se ha abordado o se está abordando esta cuestión desde el punto de vista del modelo de asimilación. A este respecto varios son los aspectos que se pueden remarcar:

- El concepto de *responsividad* desarrollado por Stiles y colaboradores (Stiles, 2009c; Stiles y Honos-Webb, 1998) que permite que el terapeuta ajuste su intervención en función del nivel APES en el que se encuentra el paciente. Al mismo tiempo el terapeuta responsivo corrige su actividad terapéutica en base a cómo ha funcionado su intervención previa. En esta línea también se han destacado los trabajos de Hardy et al. (1998) y Hardy et al. (1999) en los que se plantea como en base al *estilo interpersonal* del paciente el terapeuta ajusta su actividad terapéutica.

- Stiles y su grupo (Leiman y Stiles, 2001; Stiles et al., 2006) también desarrollan el concepto de *zona terapéutica de desarrollo próximo* a partir del cual los terapeutas eficaces observan las respuestas de los pacientes y proponen una actividad terapéutica acorde con el nivel de desarrollo próximo en el que éstos se encuentran en dicho momento. El trabajo que se ha presentado de Ribeiro et al. (2012) va en la línea de este concepto pero ampliándolo, sobre todo al plantear un conjunto de categorías del terapeuta referidas a lo que éste hace en terapia y como esto afecta al paciente, el cual le sigue o no en función de la actividad terapéutica propuesta y en base a sí el terapeuta está trabajando dentro o fuera de la zona de desarrollo próximo, bien por debajo, bien por encima. En el primer caso (por debajo de la zona de desarrollo próximo) el paciente no se siente comprendido y pierde interés por lo que el terapeuta sugiere, y en el segundo caso (por encima de la zona de desarrollo próximo), experimenta inseguridad ya que no está preparado todavía para lo que el profesional le propone.

- Los trabajos de Caro y Stiles sobre los *retrocesos* (Caro y Stiles, 2009, 2013) también nos aportan información en relación a cómo le afectan al paciente las actividades terapéuticas. Varias razones han sido formuladas para explicar los retrocesos, aunque vamos a destacar dos, una relacionada con la *zona de desarrollo próximo* y otra denominada *hipótesis de la balanza*. En el primer caso el paciente no sigue al terapeuta porque éste está trabajando por encima de las capacidades del paciente, y en el segundo caso el paciente si sigue al terapeuta que con su actividad terapéutica provoca un retroceso debido a que comienza a trabajar sobre otro aspecto importante, en el marco de la psicoterapia que se está desarrollando.

- Por otro lado también se ha referido la investigación de Caro et al. (2014) sobre los insights y las actividades terapéuticas que pueden estar relacionadas con ellos.

- El grupo de Mosher y Goldsmith (Goldsmith et al., 2008; Mosher et al., 2008) y su trabajo sobre los reflejos que utiliza el terapeuta para facilitar la asimilación de una experiencia problemática nos permite entender cómo el profesional a través de dicha actividad terapéutica favorece que se establezca una diálogo entre la voz dominante y la no dominante, lo que repercute en el cambio del paciente.

- Finalmente el trabajo de Meystre et al. (2014a) en el que se investiga la relación entre las actividades del terapeuta y el cambio del paciente, entendido éste como la asimilación de la experiencia problemática. Si nos fijamos muchas de las cuestiones referidas en investigaciones anteriores también están presentes en este trabajo, por ejemplo, el concepto de responsividad y el de zona terapéutica de desarrollo próximo. Por otro lado, en este trabajo se utiliza la *Escala Comprensiva de Estimación de Intervenciones Psicoterapéuticas* (CPIRS) que ha sido revisada y analizada para dar forma a las actividades terapéuticas que en epígrafes posteriores se comentarán.

Una vez realizado este resumen y efectuada esta introducción teórica pasamos a comentar los objetivos de nuestra investigación.

Objetivos

A través del registro y transcripción del proceso de psicoterapia de una paciente la investigación se centra en estudiar el cambio en la asimilación de una experiencia problemática focalizándonos de manera concreta en el *papel de las actividades del terapeuta* en dicho proceso.

Es decir, investigar cómo las acciones, las intervenciones del terapeuta facilitan el cambio en la paciente, esto es, pasar de niveles APES situados en la parte izquierda del continuo a niveles próximos a 6 o 7.

Además determinar qué intervenciones del terapeuta están relacionadas con un valor APES determinado o si diferentes acciones terapéuticas están vinculadas con distintos niveles de asimilación.

CAPÍTULO 2. MÉTODO

En cuanto al método, hay que comentar, que seis cuestiones son las que se van detallar. En *primer lugar*, una descripción de la terapia realizada con la paciente, en concreto unos comentarios sobre la **terapia breve estratégica**. A *continuación*, se presentan los instrumentos de evaluación utilizados. En *tercer lugar*, nos detendremos a delimitar y a desarrollar aspectos referidos a la paciente, **Olivia**. En este punto, entre otras cuestiones, presentaremos los datos obtenidos en los cuestionarios que se le han pasado a Olivia al comienzo de la psicoterapia y en los postests realizados, se especificará el diagnóstico realizado, según el DSM-V (2013), y se describirá el problema de la paciente de un modo amplio. *Seguidamente*, se expone de un modo pormenorizado el procedimiento que se ha seguido para preparar la transcripción para realizar los análisis APES. En *quinto lugar*, también de un modo concreto, se comenta el procedimiento que se ha desarrollado para codificar las intervenciones del terapeuta. Y *finalmente*, se explica el método que se ha aplicado para determinar el papel de las actividades del terapeuta en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia.

Descripción de la Terapia

La paciente se trató con *Terapia Breve Estratégica*. El terapeuta fue el autor de este estudio con 10 años de experiencia en dicha terapia.

La Terapia Breve Estratégica puede definirse como el arte de resolver problemas humanos complicados mediante soluciones aparentemente simples. Aunque los problemas y el sufrimiento humanos puedan parecer complejos y persistir durante años, no por ello requieren soluciones largas y complicadas (Nardone, 2003).

“El supuesto fundamental de este enfoque es que la realidad que percibimos, incluidos los problemas y las patologías, es fruto de la interacción entre el punto de vista asumido, los instrumentos utilizados y también el lenguaje que usamos para comprender esa misma realidad” (Nardone y Watzlawick, 1999, p. 13).

La terapia estratégica se ocupa de “cómo” los sistemas humanos construyen los problemas y persisten en su mantenimiento, además de “cómo” proyectar y aplicar estrategias de intervención capaces de producir rápidos y resolutivos cambios en estos sistemas (Nardone y Watzlawick, 1999). Se trata, de hecho, de un modelo teórico y operativo para la solución, en tiempos breves, de problemas individuales, de pareja, y de familia. Se puede definir la terapia breve como una escuela de pensamiento que remite a cómo los seres humanos se relacionan con la realidad o, más concretamente, a cómo cada uno de nosotros se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1999).

En este tipo de intervención lo esencial que se persigue es provocar un mínimo cambio que genere más cambios en un tiempo breve. Cuando se dice breve, esto significa el necesario y suficiente para construir junto con el paciente una realidad diferente. Por lo tanto, la eficacia y la eficiencia son las claves de este modo de hacer terapia.

Para lograr este doble objetivo (eficacia y eficiencia) varias son las cuestiones que se valoran como necesarias para pasar de un problema a una solución (Nardone, 1997, 2007; Nardone y Watzlawick, 1992, 1999, 2004; Watzlawick, 1977):

- En **primer lugar**, hacer un uso persuasivo de la comunicación, de modo que las palabras del terapeuta induzcan a un cambio en el paciente.
- En **segundo lugar**, que la solución se construya adaptada al problema individual de quien está sufriendo.
- Y **finalmente**, que el proceso terapéutico sea sistemático y riguroso.

Por lo tanto, resumiendo, la terapia breve estratégica consiste en la utilización del lenguaje de un modo flexible y ajustado al paciente, y en plantear la intervención terapéutica de una manera clara y siguiendo un protocolo de acción minucioso y secuencial, aunque en ocasiones debamos volver a fases anteriores.

“El terapeuta, desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra su atención en (Nardone y Watzlawick, 1992, p.73):

1. Qué sucede en el interior de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo;
2. Cómo funciona el problema que se presenta en el seno de este sistema relacional;
3. Cómo ha intentado el sujeto, hasta ese momento, combatir o solucionar el problema (soluciones intentadas);
4. Cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz”.

En los primeros compases de la terapia el foco se centra en delimitar cuál es el problema del paciente con la finalidad de establecer junto con éste los objetivos terapéuticos que van a servir de indicadores para determinar el avance o no del cambio. A continuación se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema. Si la intervención está

funcionando se manifiesta en el paciente una pequeña variación, un pequeño cambio. Esto nos indica que vamos en la dirección correcta y que podemos avanzar con la finalidad de construir un cambio más grande y estable.

La terapia breve estratégica es, por lo tanto, un procedimiento estructurado que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de diferentes problemas: miedos, fobias, depresión, de alimentación, y sexuales (Nardone y Watzlawick, 2004).

Instrumentos de Evaluación

▪ *Beck Depression Inventory (BDI)*. Este Inventario fue elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh (1961) para evaluar la depresión. Es una de las medidas más utilizadas desde su aparición. Está integrado por 21 ítems que evalúan diferentes manifestaciones clínicas de la depresión: desesperanza, culpa, o la pérdida de peso. La fiabilidad y validez de la prueba son apropiadas. Siguiendo a Sanz y Vázquez (1998) la *fiabilidad* del BDI, en una muestra de 1393 estudiantes universitarios, fue alta, tanto en lo que se refiere a consistencia interna (Coeficiente Alfa de Cronbach= 0.83) como en cuanto a estabilidad temporal (las correlaciones test-retest fluctuaron entre 0,60 y 0,72). La validez del BDI en lo que se refiere a *validez convergente* es alta (las correlaciones oscilan entre 0,68 y 0,89), y en cuanto a la *validez discriminante* los valores son relativamente bajos (los valores de las correlaciones varían entre 0,11 y 0,45) (Sanz y Vázquez, 1998). Los ítems se puntúan entre 0 y 4. A continuación presentamos los baremos para determinar el grado de depresión (Beck y Steer, 1993 citados en Sanz y Vázquez, 1998).

Tabla 2.1. Baremos BDI.

Puntuación	Interpretación - Valoración
0-9	Mínima
10-16	Síntomas leves
17-29	Depresión moderada
30-63	Depresión grave

▪ *State and Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Esta prueba fue elaborada por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) y ha sido muy empleada en la práctica clínica. Está formada por 40 ítems divididos en dos subescalas de 20 ítems cada una. Una subescala evalúa la ansiedad como «rasgo» o la predisposición a ésta (STAI-R) y la otra como «estado» (STAI-E), es decir, las manifestaciones de ansiedad en la situación en la que se encuentra el paciente. La

adaptación española (TEA, 1983) indica una media de 20,54, tanto para ansiedad rasgo como para estado. Esta fue la puntuación que se utilizó para interpretar las puntuaciones de la paciente. La *fiabilidad* de este cuestionario, en cuanto a consistencia interna, oscila entre 0,89 y 0,95 para ansiedad – estado, y entre 0,82 y 0,91 para ansiedad – rasgo. La *validez concurrente* de esta prueba también es aceptable. En concreto, se evaluó, entre otras cuestiones, la relación entre el STAI y el 16 PF Forma A, estableciéndose correlaciones entre la ansiedad estado y una personalidad inestable, sumisa, sobria, calculadora, aprensiva y frustrada, así como entre ansiedad rasgo y las variables de personalidad que acabamos de señalar para ansiedad estado.

- *SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised)*. Este cuestionario fue realizado por Derogatis (1977) y se utiliza mucho en investigaciones en población general y en poblaciones clínicas. Está constituido por 90 ítems que evalúan 9 dimensiones sintomáticas de psicopatología (Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo), y tres índices globales de malestar (el Índice Sintomático General – GSI, el Total de Síntomas Positivos – PST y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos - PSDI). Los valores de *fiabilidad* (consistencia interna) en la muestra psiquiátrica española son similares a los encontrados por Derogatis, con datos que oscilan entre 0,81 y 0,90. En cuanto a la *validez*, hay que señalar que la estructura factorial de la versión española muestra unas dimensiones sintomáticas bastante similares, aunque no iguales, a las descritas por Derogatis.

Descripción de la paciente

La paciente, a la que llamaremos Olivia, tenía 21 años en el momento de acudir a tratamiento. Este caso fue escogido por las siguientes razones:

1. Es un caso con claros resultados positivos en su comparación Pretest, Postest 1 y Postest 2 (véanse Tabla 2.2 y Tabla 2.3). También hay que señalar que dichos cambios entre el Pretest y los Postest son estadísticamente significativos en su mayoría (véase Tabla 2.4 y Tabla 2.5), tal y como nos indican los resultados que se han obtenido al calcular el *Índice de Cambio Fiable* (ICF, o en su acepción en inglés RCI: *Reliable Change Index*) de Jacobson y Truax (1991). Para realizar estos análisis se han revisado también los trabajos de Iraurgi (2000, 2009, 2010). Además dichos datos vienen apoyados por los comentarios que la paciente realiza ante una serie de preguntas (véanse Cuadros 2.1 y 2.2) que se le formulan en el Postest 2 (séptima sesión), y en los dos seguimientos a los 3 y 6 meses de finalizar la terapia.
2. Se disponía de la transcripción de todas las sesiones.

Tabla 2.2
Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R.

	<i>SOM</i>	<i>OBS</i>	<i>INT</i>	<i>DEP</i>	<i>ANS</i>	<i>HOS</i>	<i>FOB</i>	<i>PAR</i>	<i>PSI</i>
Pretest (P. Directa)	2.3	2.1	0.22	0.84	2.1	0	1.14	0.33	0.7
Postest 1 (P. Directa)	0.75	0.6	0	0	0.3	0	0.14	0	0
Postest 2 (P. Directa)	0.5	0.3	0	0	0.1	0	0	0	0
	<i>SOM</i>	<i>OBS</i>	<i>INT</i>	<i>DEP</i>	<i>ANS</i>	<i>HOS</i>	<i>FOB</i>	<i>PAR</i>	<i>PSI</i>
Pretest (centiles)	97	97	35	85	97	5	90	50	90
Postest 1 (centiles)	60	55	5	5	30	5	45	5	5
Postest 2 (centiles)	45	30	5	5	15	5	5	5	5

Nota. SOM = Somatización; OBS = obsesión – compulsión; INT = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo.

Tabla 2.2
Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R (continuación).

	<i>GSI</i>	<i>PST</i>	<i>PSDI</i>
Pretest (P. Directa)	1.11	51	1.99
Postest 1 (P. Directa)	0.25	16	1.4
Postest 2 (P. Directa)	0.12	10	1.08
	<i>GSI</i>	<i>PST</i>	<i>PSDI</i>
Pretest (centiles)	90	90	70
Postest 1 (centiles)	20	25	25
Postest 2 (centiles)	10	15	5

Nota. GSI = Intensidad sufrimiento; PST = Número total síntomas presentes; PSDI = Intensidad sintomática media.

Tabla 2.3
Puntuaciones en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el BDI y en el STAI.

<i>Pruebas</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest 1</i>	<i>Postest 2</i>
BDI	8	0	0
STAI – E	24	7	0
STAI - R	21	13	8

Nota. BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo de Spielberger y cols.

Tabla 2.4
Índice de Cambio Fiable (ICF) para el SCL-90-R.

<i>Dimensiones Sintomáticas</i>	<i>Cambio Clínico (Punto de corte C)</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2</i>
Somatización (SOM)	C= 0.93	2.98 > 1.96	3.46 > 1.96
Obsesión – compulsión (OBS)	C= 0.87	3.26 > 1.96	3.91 > 1.96
Sensibilidad interpersonal (INT)	C= 0.0.88	0.44 < 1.96	0.44 < 1.96
Depresión (DEP)	C= 1.02	1.82 < 1.96	1.82 < 1.96
Ansiedad (ANS)	C= 0.89	4.28 > 1.96	4.76 > 1.96
Hostilidad (HOS)	C= 0.68	0 < 1.96	0 < 1.96
Ansiedad fóbica (FOB)	C= 0.44	1.88 < 1.96	2.15 > 1.96
Ideación paranoide (PAR)	C= 0.74	0.53 < 1.96	0.53 < 1.96
Psicoticismo (PSI)	C= 0.4	1.55 < 1.96	1.55 < 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo

Tabla 2.5
Índice de Cambio Fiable (ICF) para el BDI y para el STAI

<i>Dimensiones Sintomáticas</i>	<i>Cambio Clínico (Punto de corte C)</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2</i>
BDI	C= 13.09	2.4 > 1.96	2.4 > 1.96
STAI-E	C= 24.94	3.81 > 1.96	5.38 > 1.96
STAI-R	C= 28.34	1.45 < 1.96	2.36 > 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo

Además en la séptima sesión junto con el pase de los cuestionarios también se le formularon un conjunto de preguntas en relación al proceso terapéutico. A continuación presentamos a modo de diálogo las cuestiones que hizo el terapeuta así como las respuestas de la paciente (Cuadro 2.1) ya que refuerzan la idea de eficacia y eficiencia de la terapia que nos proporcionan las puntuaciones inferiores en los dos postests en todos los cuestionarios. Antes de presentar dicho cuadro es necesario aclarar en este punto que aunque la paciente reconoce tres técnicas o tareas que le han resultado útiles en el tratamiento de su problema, veremos en el apartado de resultados que éstas no han estado presentes en los análisis efectuados, ya que ni en los intercambios TERAPEUTA – APES ni en los intercambios APES – TERAPEUTA – APES seleccionados han mostrado su aparición.

Cuadro 2.1

Preguntas formuladas a la paciente en la 7ª sesión para conocer su punto de vista sobre algunos aspectos del proceso de terapia.

T: ¿Cuáles han sido los motivos de consulta?

P: El miedo a la muerte, es decir, pensamientos de que me pudiera pasar algo en cualquier momento.

T: ¿Cuáles han sido las actividades, las tareas realizadas en consulta?

P: Pues fundamentalmente el uso de la comunicación. Pero además explicaciones de cómo funciona el miedo, construir otros puntos de vista del problema (ideas que a mí no se me habían ocurrido diferentes sobre el problema) y los continuos seguimientos, revisiones de lo que yo iba realizando fuera de las sesiones.

T: ¿Cuáles han sido las actividades, las tareas realizadas fuera de la consulta?

P: Yo diría que tres. La técnica de cómo empeorar mi problema, el diario de a bordo y la técnica de la peor fantasía.

T: ¿Cuál de las tareas ha sido más útil durante las sesiones?

P: En primer lugar lo que te decía antes, ideas que a mí no se me habían ocurrido antes, eso me desbloqueó un montón, sobre todo cuando me dijiste “quieres controlar algo con la mente que no se puede controlar con ella”. Y también me ha ayudado mucho en el día a día la explicación que me ofreciste sobre cómo funciona el miedo.

T: ¿Cuál de las tareas ha sido más útil fuera de las sesiones?

P: Dos. La técnica de la peor fantasía y el cómo empeorar.

T: ¿Cuál es la satisfacción con la terapia (0 – 100)?

P: Del 100%.

T: ¿Cómo calificarías la relación con el terapeuta?

P: Muy buena.

T: ¿Qué acciones del terapeuta te han parecido relevantes?

P: Todo. De una manera más concreta decir que me ha resultado muy interesante cómo presentaba las técnicas y las explicaciones a mi dificultad o problema.

T: ¿Qué cambios destacarías a raíz de la terapia?

P: Se me han quitado los miedos, ya no estoy pendiente de mi interior, no tengo crisis, y si en algún momento se inicia una crisis estoy más preparada y tengo recursos y eso me da control.

En los seguimientos que se efectuaron a los 3 y 6 meses también se le hicieron algunas preguntas a la paciente (véase el Cuadro 2.2) que merecen destacarse y presentarse ya que fortalecen lo dicho con anterioridad, es decir, que el proceso terapéutico fue exitoso.

Cuadro 2.2

Preguntas formuladas a la paciente en los seguimientos para conocer la satisfacción con la terapia y los cambios alcanzados.

<i>Seguimiento 3 meses</i>	<i>Seguimiento 6 meses</i>
<p>T: ¿Cuál es la satisfacción con la terapia (0-100) pasados tres meses desde la última sesión?</p> <p>P: 100.</p>	<p>T: ¿Cuál es la satisfacción con la terapia (0-100) pasados seis meses desde la última sesión?</p> <p>P: 100.</p>
<p>T: ¿Qué cambios se han producido a raíz de la terapia durante estos tres meses?</p> <p>P: Se han mantenido los cambios alcanzados en la última sesión.</p>	<p>T: ¿Qué cambios se han producido a raíz de la terapia durante estos seis meses?</p> <p>P: En el coche, el problema no me aparece nada en absoluto pero, a veces, me acuerdo del proceso de terapia y pienso “y si me volviera a aparecer”.</p>
<p>T: ¿Qué cambios se han producido durante estos tres meses independientemente de la terapia?</p> <p>P: Dejar el trabajo.</p>	<p>T: ¿Qué cambios se han producido durante estos seis meses independientemente de la terapia?</p> <p>P: Ninguno.</p>
<p>T: ¿Se han mantenido los cambios alcanzados con la terapia durante estos tres meses?</p> <p>P: Sí.</p>	<p>T: ¿Se han mantenido los cambios alcanzados con la terapia durante estos seis meses?</p> <p>P: Sí.</p>
<p>T: ¿Se ha producido algún retroceso o recaída durante estos tres meses?</p> <p>P: No.</p>	<p>T: ¿Se ha producido algún retroceso o recaída durante estos seis meses?</p> <p>P: No.</p>

Olivia fue tratada durante 7 sesiones a lo largo de 4 meses (las sesiones eran quincenales), que fueron analizadas en su totalidad según el procedimiento que reseñaremos a continuación. A los tres meses de la última sesión se realizó un seguimiento y otro a los 6 meses. La paciente dio su consentimiento para que las sesiones fueran grabadas, transcritas y analizadas por el grupo de investigación. Aun así el nombre es un pseudónimo.

El diagnóstico que recibió fue el de Trastorno de Pánico y Agorafobia (según DSM-V, 2013). A continuación se especifican los criterios que cumplía Olivia tanto para el trastorno de pánico como para el de agorafobia.

En relación con el *Trastorno de Pánico*:

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes (sólo se muestran los que presentaba Olivia):

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.

2. Sudoración.

3. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.

4. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continúa acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de

ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

En relación con la *Agorafobia*:

A. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes (sólo se muestran los que presentaba Olivia):

1. Uso del transporte público (p. ej., automóviles, autobuses, trenes, barcos, aviones).

2. Estar en sitios cerrados (p. ej., tiendas, teatros, cines).

B. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p. ej., miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F. El miedo, la ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental—por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, a la situación; no implican únicamente situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

En la primera sesión Olivia nos describió el problema señalando que lo que le preocupaba desde hacía 2 años era morir o tener una enfermedad. Esta idea, que se ha llegado a convertir con el tiempo, en rumiaciones y obsesiones, le aparecía fundamentalmente ante la presencia de un síntoma físico al que ella comenzaba a prestar atención (por ejemplo, un dolor de cabeza). A partir de ese momento comenzaba a experimentar taquicardias, tensión y a preocuparse por la posibilidad de que le diera un ataque al corazón. Con el tiempo su problema evolucionó y sólo con ver una serie de TV (*House, 1000 maneras de morir...*) o hablando en una conversación con amigos sobre temas relacionados con la muerte empezaba el malestar.

Todos los días le venía algún pensamiento relacionado con la posibilidad de morir o de que le pasara algo. Sobre todo cuando no estaba concentrada haciendo alguna cosa.

En general, el miedo le aparecía de manera imprevisible y ante muchas situaciones diferentes, en el coche, en una fiesta, en el trabajo... No obstante, en el coche es donde más experimentaba la experiencia problemática. Cuando iba en el coche hacia el pueblo de su novio lo pasaba francamente mal por miedo a tener un accidente y morir, o que sufrieran un golpe y no muriera y en ese momento comenzaba a darle vueltas a qué pasaría si se quedara mal. Cada vez que iba en coche se tenía que dormir o hacer el esfuerzo de pensar activamente en algo.

El miedo le generó a Olivia que dejara de salir de fiesta con los amigos, evitaba ver determinados programas de TV, iba al pueblo de su novio pero con un sufrimiento enorme (preguntándose constantemente ¿y si me pasa algo qué haré, porque en esta localidad no hay médicos ni hospital, y la capital está a 40 minutos?), y evidentemente una sensación de frustración y de falta de seguridad al no conseguir resolver esta experiencia problemática.

Olivia explicaba su problema del siguiente modo: “es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es, que me da, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco”.

Sólo al principio de la presencia del problema fue al médico en una ocasión ya que le preocupaban las taquicardias. Cuando comprendió que su problema no era tanto físico como psicológico nunca más fue para que éste la tranquilizara.

El problema de Olivia, dicho con otras palabras, consistía en una falta de control sobre sí misma que le generaba todavía más miedo y evitación. Para que su dificultad no apareciera comenzó a dejar de hacer muchas actividades que podían despertar su malestar o las hacía pero soportando un sufrimiento muy intenso y frecuente. Además desarrolló la solución de intentar no pensar cuando le venían pensamientos molestos, pero en un intento de no pensar pensaba más y por lo tanto, alimentaba su problema.

Así pues, los objetivos terapéuticos planteados con esta paciente fueron los siguientes:

1. Que Olivia comprendiera cómo funcionaba su problema.
2. Que la paciente descubriera junto con la guía del terapeuta cuáles eran las soluciones intentadas que no le funcionaban, y que empeoraban su problema.
3. Que Olivia bloqueara las soluciones que incrementaban su dificultad y no la resolvían.
4. Que la paciente pusiera en práctica soluciones alternativas funcionales.

5. Que Olivia afrontara su miedo, que no evitara las situaciones que le generaban malestar.

6. Que la paciente incrementara el control de su vida y como consecuencia de ello aumentara su seguridad personal.

Procedimiento de preparación de la transcripción para el análisis de APES

Los datos se prepararon conforme a las normas que sigue el grupo de Stiles y que han sido publicadas en diversos trabajos (Stiles et al. 1990; Stiles et al., 1992; Honos – Webb et al., 1998; Honos – Webb et al., 1999; Knobloch, Endres, Stiles y Silberschatz, 2001).

En concreto, las normas que se siguieron son (en Stiles et al., 1992):

1. *Catalogar*. Etiquetar cada tema, definido como la actitud que expresa un paciente hacia un objeto.

2. *Encontrar los Insights*: encontrar la asimilación cognitiva de una experiencia problemática en un esquema o voz activos. De manera que esto garantiza que se analizan experiencias sobre las que se ha producido algún cambio.

3. *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. El autor de este estudio extrajo las voces dominantes y no dominantes así como seleccionó los párrafos que iban a ser objeto de la investigación.

En este caso particular la *voz dominante* es el *control* que la paciente deseaba establecer sobre cualquier acontecimiento de su vida. En el momento en el que comienza a ser consciente de que su miedo a morir la controla a ella y no al revés intenta encontrar una solución y comienza a evitar determinadas situaciones (ver la TV, mantener conversaciones con amigos donde se hable de la muerte, salir a divertirse por la noche...) o determinados pensamientos que le generan malestar. El *miedo a la muerte*, por lo tanto, sería la *voz no dominante* (aparece una sola experiencia problemática), aspecto que no encaja con su necesidad constante de controlar todo lo que le ocurre en su vida, ya que en un intento de

manejar dicho miedo éste se hace más grande porque la estrategia de evitación fundamentalmente no es eficaz. En la Figura 2.1 aparece una representación de ambas voces.

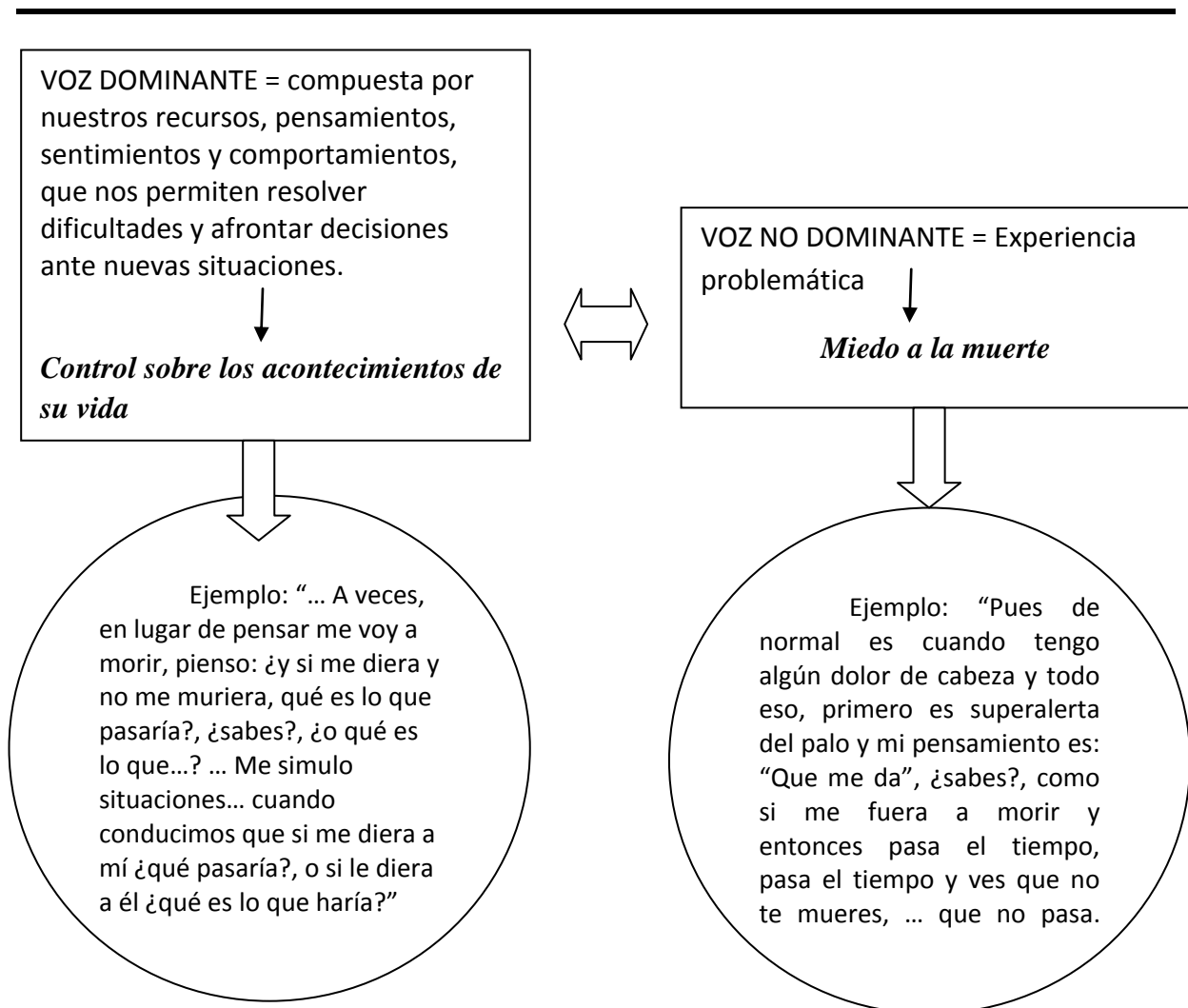


Figura 2.1. **Voz dominante y Voz no dominante de Olivia.**

4. *Hacer la selección.* Buscar para la 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 la experiencia problemática. El autor de este trabajo revisó estos temas en numerosas ocasiones, leyendo una y otra vez las transcripciones. Así pues, se extrajeron un total de 143 párrafos.

5. Se aplica la APES siguiendo los manuales de 1998 y de 2002 (donde se amplían los marcadores) para codificar los párrafos seleccionados. La escala permite códigos intermedios, como 2,5 (a medio camino entre conciencia imprecisa y enunciar el problema), según la APES.

Para dotar de fiabilidad y validez a los datos en los estudios cualitativos con la APES se busca el acuerdo entre jueces aunque éstos muchas veces dependen del contexto y del conocimiento del caso. Con ello se garantiza la validez de los datos alcanzados.

En palabras de Stiles (2007), el consenso entre los observadores múltiples puede ayudar a hacer el producto más convincente a los otros y este es un punto fundamental en los estudios cualitativos.

Como recogen Schielke, Fishman, Osatuke y Stiles (2009) las conclusiones sugieren que los grupos que toman decisiones por consenso trabajan y responden igual o mejor que cada individuo de manera individual.

En este sentido, participaron 2 jueces. La que a partir de este momento llamaremos **juez 1** era una Licenciada en Psicología con conocimiento en la APES ya que había participado en otros trabajos previamente y con una formación cognitivo-conductual de 3 años. La **juez 2** y **auditora** así como **Directora de la Investigación** tiene una experiencia de 13 años en el modelo de Asimilación. Es una terapeuta cognitiva con más de 30 años de experiencia.

A continuación se va a detallar el proceso de trabajo que se siguió para determinar los códigos APES en los párrafos seleccionados:

- En primer lugar el autor de este trabajo determinó los códigos APES de los 143 párrafos inicialmente seleccionados. Previamente recibió el siguiente entrenamiento:
 1. Lecturas sobre el modelo APES. Sesiones en grupo de discusión y dudas.

2. Práctica de codificación, siguiendo un resumen de los manuales APES, con acontecimientos terapéuticos (N=6) de otros pacientes previamente analizados y sobre los cuales se dispone de acuerdo entre jueces (kappa de Cohen).

3. El entrenamiento duró aproximadamente 1 año.

- Seguidamente la juez 1, sin conocer los códigos planteados por el investigador anterior, estableció los valores APES que consideró para la muestra de párrafos (n=143) establecida anteriormente. En este punto se obtuvieron los valores *kappa de Cohen* para cada una de las sesiones y para el total de la muestra. Los resultados obtenidos fueron medios, oscilando entre 0.14 y 0.46.
- Posteriormente el autor de este trabajo y la juez 1 se reunieron para comentar las diferencias encontradas entre los códigos APES planteados por uno y por otra con la finalidad de llegar a un acuerdo. El acuerdo inicialmente no fue total (del 87,41%) pero tras el trabajo realizado por la juez 2 y auditora se llegó a un acuerdo total.
- La juez 2 y auditora revisó la codificación APES realizada por el autor de este trabajo y ambos se reunieron posteriormente para determinar y poner en común las diferencias. El acuerdo al que se llegó fue total, del 100 %. Además, se añadieron a los 143 párrafos iniciales un total de 18 más y se eliminaron 16 que no eran relevantes, con lo que la muestra finalmente estuvo compuesta por una n = 145. Como ya se ha dicho, su auditoría también permitió clarificar las diferencias entre el autor de este trabajo y la juez 1. Las divergencias se resolvieron por acuerdo.

Procedimiento para codificar las intervenciones del terapeuta

El primer paso que se efectuó para poder realizar una codificación de las intervenciones del terapeuta fue determinar las categorías terapéuticas con las que se iba a trabajar. En este punto es relevante comentar cuál fue el proceso de creación de dichas categorías.

Se comenzó realizando una revisión de los sistemas, cuestionarios, procedimientos existentes para categorizar las acciones o intervenciones del terapeuta. De la búsqueda realizada dos son los cuestionarios o escalas que fueron valorados como más interesantes, y de alguna manera, las categorías resultantes en parte guardan una relación estrecha con ellos. Revisamos con detalle y profundidad *The Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS; Trijsburg et al., 2002; Trijsburg et al., 2004) (en páginas anteriores ya se ha presentado de manera exhaustiva), y el *Helping Skills System* (HSS) (1999) de Clara Hill y O'Brien (también comentado en la introducción teórica de este trabajo) y las modificaciones realizadas por Hill (2004).

No obstante, una vez recopilada y trabajada toda la información sobre autores, investigadores que han establecido sistemas para evaluar las intervenciones del terapeuta, se decidió generar unas categorías del terapeuta que son el fruto o resultado de la experiencia clínica del autor de este trabajo, además de fundamentarse en el modelo de la *Terapia Breve Estratégica* con el que se realizó la terapia, así como en algunas ideas y aspectos que se consideraron interesantes de la *CPIRS* y del *HSS*.

Cuando se establecieron las categorías se mantuvo una reunión entre el investigador de este trabajo y la directora de la investigación, que consideró que las acciones del terapeuta planteadas tenían sentido y eran relevantes. Planteó que sería conveniente establecer una serie de factores de intervención descriptivos del proceso, es decir, que las categorías pudieran ser agrupadas en función de su objetivo o finalidad.

A continuación (véase Cuadro 2.3) presentamos las categorías organizadas en factores, tal y como se han sido utilizado finalmente, así como una breve definición de cada una de ellas (al final del trabajo se presenta el **Apéndice B**, en el que se presentan ejemplos de cada una de las intervenciones del terapeuta).

Cuadro 2.3. Intervenciones del Terapeuta.

FACTOR CLARIFICAR EL PROBLEMA
<i>Pregunta abierta para indagar el problema.</i> Aquellas preguntas que no se responden con un SÍ o un NO para indagar y empezar a conocer el problema del paciente.
<i>Pregunta abierta concreta para indagar el problema.</i> Aquellas preguntas que no se responden con un SÍ o un NO para indagar y empezar a conocer el problema del paciente pero en cuestiones más específicas, en la categoría anterior eran preguntas mucho más genéricas.
<i>Pregunta cerrada para indagar el problema.</i> Ésta es una pregunta también para delimitar el problema pero que se responderá con un SÍ o un NO.
<i>Pregunta con dos alternativas.</i> En este tipo de preguntas al paciente se le presentan dos alternativas para que elija y matice su respuesta.
<i>Pregunta abierta para indagar las soluciones.</i> Son aquellas preguntas que no se responden con un SÍ o un NO para indagar y empezar a conocer las soluciones que el paciente utiliza y mantienen el problema.
<i>Pregunta cerrada para indagar las soluciones.</i> Esta es una pregunta también para delimitar las soluciones pero que se responderá con un SÍ o un NO.
FACTOR COMPRENSIÓN DEL PUNTO VISTA DEL PACIENTE
<i>Escucha activa.</i> Plantear y comunicar lo que ha dicho el paciente con sus mismas palabras.
<i>Sintonía.</i> Favorecer la comprensión y conexión con el paciente a través de comunicación no verbal (asentimiento) o con “Mmm-mm” fundamentalmente.
<i>Paráfrasis.</i> Resumir lo que ha dicho el paciente pero no necesariamente del mismo modo en como lo ha relatado él. Su función es demostrar que hemos comprendido lo que nos ha querido decir y dar la posibilidad al paciente de ampliar o modificar lo que se le ha comunicado.
<i>Superparáfrasis.</i> Igual que la paráfrasis pero más extensa.
<i>Facilitación de la explicación del paciente.</i> En muchas ocasiones el paciente se bloquea en un intento de explicar del mejor modo posible lo que quiere decir. La mejor manera de provocar un avance en lo que nos está comentando es eliminar la tensión, el nerviosismo o la exigencia de quererlo hacer mejor.

FACTOR PROCESO TERAPÉUTICO – PLANNING
<i>Metas terapéuticas – realistas.</i> Establecer conjuntamente con el paciente objetivos realistas y alcanzables.
<i>Psicoexplicación – Aprendizaje.</i> Intercalar junto con el proceso de cambio aspectos de aprendizaje, de modo que el paciente no sólo mejore sino que aprenda cómo lo ha hecho.
<i>Clarificación del proceso de terapia.</i> Explicación de las cuestiones importantes de la terapia, número sesiones, frecuencia...
<i>Clarificación de las tareas.</i> Clarificar de manera concreta y específica una tarea para que el paciente sepa realizarla correctamente.
<i>Resumen de tareas.</i> Resumen al final de la sesión de la terapia de las tareas a realizar fuera de la sesión.
<i>Feedback.</i> El terapeuta intenta estar seguro de que el paciente ha entendido todo correctamente.
FACTOR INDUCIR UN CAMBIO
<i>Pregunta de reflexión para bloquear la solución intentada (S.I.).</i> Se refiere a una pregunta que provoca un bloqueo de la solución intentada que utiliza el paciente una y otra vez y que no le está funcionando. Fundamentalmente la pregunta favorece una reestructuración del significado o del punto de vista del paciente acerca de lo que le ayuda y de lo que no le ayuda a mejorar.
<i>Pregunta en forma de afirmación.</i> Aquella pregunta que realmente es una afirmación en forma de pregunta, puesto que ya sabemos la respuesta.
<i>Reestructuración del punto de vista – significado.</i> A través de la reestructuración el paciente modifica su punto de vista, el significado de la realidad.
<i>Pregunta con ilusión de alternativas – intervención.</i> Es una pregunta donde aparentemente al paciente le estamos dejando elegir, pero sabemos la alternativa que con una alta probabilidad va a escoger.
<i>Lenguaje evocativo.</i> Es un lenguaje persuasivo, sugestivo, que provoca emociones que inducen al cambio.
<i>Paráfrasis reestructurante.</i> Es una paráfrasis con la finalidad de cambiar el marco, el prisma desde el que la persona interpreta la realidad.
<i>Persuasión del para qué de la tarea.</i> Se trata de persuadir al paciente para que salga de la sesión con la intención de realizar la tarea que le va a permitir cambiar.
<i>Lenguaje paradójico</i> (doble vínculo, prevención recaídas, miedo mayor...). En la misma frase, en la misma sentencia está lo que decimos y su contrario.
<i>Provocar emociones positivas.</i> Fomentar un clima agradable en el que el paciente se sienta cómodo, pero sobre todo tiene que ver con la revisión de tareas y con la valoración positiva del

más mínimo cambio alcanzado por parte de éste fuera de la sesión.
FACTOR TÉCNICA
<i>Cómo empeorar.</i> El paciente se tiene que hacer la siguiente pregunta, ¿si yo quisiera empeorar este problema, esta dificultad que me aparece, yo qué tendría que seguir haciendo o dejar de hacer, yo qué tendría que pensar o dejar de pensar?, y las respuestas las va apuntando.
<i>Evita evitar.</i> Durante las próximas dos semanas se le dice al paciente que puede seguir evitando cosas pero algunas pequeñas cositas por pequeñas que parezcan se puede empezar a plantear si evita evitarlas.
<i>Diario de a bordo.</i> El paciente tiene que registrar en forma de columnas información sobre las situaciones problemáticas para él/ella: dónde estoy, con quién, qué pensamientos tengo, qué emoción estoy sintiendo, cuál es la intensidad de la emoción, cuál es la frecuencia con la que va y viene, qué hago...
<i>Concreción de cambios a realizar en un futuro</i> (gradación del miedo). Poco a poco el paciente tiene que ir afrontando aquellas cuestiones que le dan miedo y que evita.
<i>Técnica de la peor fantasía.</i> Consiste en que durante 30 minutos varios días a la semana el paciente se ponga una pequeña alarma para que le avise de que ha pasado media hora, y durante ese tiempo, en un sitio cómodo, donde nadie le moleste, se tiene que generar el peor de sus miedos. Es decir, no evitarlo sino hacerlo venir, generarse durante media hora el peor de sus miedos, pasada esa media hora seguirá con su vida cotidiana.
FACTOR EVOLUCIÓN DE LOS CAMBIOS
<i>Revisión de los cambios - Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios.</i> Después de la primera sesión en todas ellas es de vital importancia obtener información concreta de cómo han discurrido las dos semanas anteriores, con ánimo de detectar excepciones al problema, con ánimo de detectar cambios aunque sean pequeños para poder construir a partir de ellos cambios más grandes.
<i>Pregunta abierta sobre el funcionamiento de la tarea.</i> Se trata de una pregunta enfocada al proceso de aprendizaje que también se produce en la terapia, de manera que poco a poco el paciente descubra el para qué de la tarea y su funcionamiento real. Es decir, el diario de a bordo no es para lo que realmente le hemos dicho al paciente, para conocer mejor su problema, sino para desviar su atención del problema y que empiece a verse un poco liberado de él.
<i>Pregunta cerrada para concretar las tareas.</i> Perfilar muy bien cómo, cuándo, dónde ha utilizado una determinada tarea el paciente. Y poder valorar si tiene que seguir utilizándola del mismo modo o de una manera diferente.
<i>Revisión de las tareas.</i> Determinar qué es lo que el paciente ha anotado respecto de una tarea, ver cómo la ha ejecutado.
<i>Explicación del funcionamiento ilógico de la tarea.</i> Se le explica al paciente la finalidad real de una determinada tarea pero una vez que ya la ha realizado. Se intenta que comprenda el funcionamiento poco lógico de la actividad.

Indagar las excepciones. Indagar excepciones al problema, cambios, determinados aspectos que está realizando de un modo diferente al habitual.

Escala de 0-10 para valorar los cambios. Concreción de los cambios con una puntuación subjetiva.

Nota. Al final del trabajo se presenta el **Apéndice B**, en el que se presentan ejemplos de cada una de las intervenciones del terapeuta.

Una vez que se crearon las categorías de intervención del terapeuta se procedió a codificar cada una de las acciones del terapeuta.

- El primer paso fue realizado por el autor de este trabajo y consistió en determinar qué categoría de intervención correspondía a cada una de las intervenciones del terapeuta durante todo el proceso de terapia. Se codificaron un total de 220 acciones terapéuticas. Tras la auditoría realizada por la directora de la investigación (Juez 2) se añadieron 12 intervenciones del terapeuta más que previamente no habían sido tomadas en consideración y que estaban relacionadas con códigos APES inmediatamente posteriores.
- Para garantizar la fiabilidad y la validez de los datos se contó con la colaboración de dos jueces (jueces 3 y 4). Previamente se les explicó todas y cada una de las categorías del terapeuta con las que iban a trabajar. Para ello se mantuvo una reunión individual con cada uno de ellos en la que se le presentaban las categorías, su definición y ejemplos que facilitaban su comprensión (véase Apéndice B). Ambos codificaron cada una de las acciones del terapeuta sin conocer las categorías asignadas por el autor de esta investigación. El juez 3 categorizó de la sesión 1 a la 5 y el juez 4 de la 6 a la sesión 9. El juez 3 es un terapeuta Gestalt con 25 años de experiencia en psicoterapia. El juez 4 es un terapeuta breve estratégico con 20 años de práctica psicoterapéutica.
- Posteriormente y de manera individual el investigador de este trabajo se reunió con cada uno de ellos para determinar los desacuerdos. Señalar que el grado de acuerdo

finalmente fue total (100%) entre los jueces y el autor del trabajo. Las divergencias se resolvieron por acuerdo.

Procedimiento para valorar el papel del terapeuta en la asimilación de una experiencia problemática

Dos cuestiones se han tomado en consideración para trabajar sobre el rol del terapeuta y su impacto sobre la asimilación de una experiencia problemática.

Por un lado, los intercambios terapeuta – paciente que previamente habían sido codificados con su categoría de terapeuta y con su APES correspondiente (de este modo se valoraba qué acción terapéutica puede estar relacionada con qué nivel APES concreto) (véase Figura 2.2). Siempre se ha seleccionado la intervención del terapeuta inmediatamente anterior a un nivel APES, o aquella relacionada a nivel de contenido con el turno de palabra del paciente (en aquellos casos en los que la distancia entre el turno del terapeuta y el del paciente era más amplia).

Y por otro lado, los triples intercambios paciente – terapeuta – paciente y que también habían sido lógicamente codificados previamente (de este modo se valoraba la responsividad del terapeuta, Stiles et al., 1998) (véase Figura 2.3).

Figura 2.2
Secuencia 1 para valorar el papel del terapeuta en la asimilación de la experiencia problemática: Intercambios terapeuta – paciente.

T: Intervención del terapeuta



P: Nivel APES de la paciente

Figura 2.3.

Secuencia 2 para valorar el papel del terapeuta en la asimilación de la experiencia problemática: Triples intercambios terapeuta – paciente – terapeuta (responsividad).

P: Nivel APES de la paciente



T: Intervención del terapeuta



P: Nivel APES de la paciente

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

En este apartado de resultados vamos, en primer lugar, a realizar algunos comentarios sobre el cambio manifestado por la paciente en las comparaciones estándar efectuadas entre las puntuaciones obtenidas en diferentes cuestionarios entre el pre-test y el post-test 1 y entre el pre-test y el post-test 2 y valorando dichas diferencias entre las puntuaciones calculando el Índice de Cambio Fiable (ICF, o en su acepción en inglés RCI: *Reliable Change Index*) de Jacobson y Truax (1991), y seguidamente se describirá el proceso de asimilación de la experiencia problemática de la paciente. En segundo lugar se analiza el papel del terapeuta en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia centrándonos en las actividades terapéuticas. Esta segunda cuestión es, principalmente, el objetivo de nuestra investigación. A su vez se subdividirá en dos, por un lado, un análisis de carácter cuantitativo, y por otro lado, un análisis de índole cualitativo.

Cambio y proceso de asimilación de la experiencia problemática en Olivia

Como acabamos de comentar pasamos a valorar el cambio y el proceso de asimilación de la experiencia problemática de la paciente ya que lo consideramos un paso previo, necesario, al análisis de las actividades terapéuticas.

1. Cambio en Olivia según la comparación estándar Pretest-Posttest y según el Índice de Cambio Fiable (ICF)

En cuanto a las *comparaciones estándar*, y como ya se dijo al realizar la descripción de la paciente en el apartado de método, Olivia muestra un cambio entre el Pretest y los Postests en todas las pruebas psicométricas utilizadas (BDI, SCL-90-R y STAI) (véase Tabla 3.1 y Tabla 3.2).

Así pues, entre el Pretest y los Postests las puntuaciones centiles en todas las “dimensiones sintomáticas” del *SCL-90-R* se han reducido, así como en el Índice Sintomático General (GSI), en el Total de Síntomas Positivos (PST) y en el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) (véase Tabla 3.1).

Tabla 3.1
Puntuaciones centiles en el Pretest, Postest 1 (cuarta sesión) y Postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI	GSI	PST	PSDI
Pretest	97	97	35	85	97	5	90	50	90	90	90	70
Postest 1	60	55	5	5	30	5	45	5	5	20	25	25
Postest 2	45	30	5	5	15	5	5	5	5	10	15	5

Nota. SOM = Somatización; OBS = obsesión – compulsión; INT = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad Fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo; GSI = Intensidad sufrimiento; PST = Número total síntomas presentes; PSDI = Intensidad sintomática media.

Del mismo modo las puntuaciones de Olivia en el *BDI*, que inicialmente se situaban en un valor de 8, indicando una depresión mínima, han pasado a 0 tanto en el Postest 1 como en el Postest 2 (véase Tabla 3.2).

Tabla 3.2
Puntuaciones en el Pretest, Postest 1 (cuarta sesión) y Postest 2 (séptima sesión) en el BDI y en el STAI.

Pruebas	Pretest	Postest 1	Postest 2
BDI	8	0	0
STAI – E	24	7	0
STAI - R	21	13	8

Nota. BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo de Spielberger y cols.

También muestra Olivia una reducción en los valores en cuando a ansiedad estado (*STAI – E*), pues la puntuación fue inicialmente de 24 y pasó a ser de 7 en el Postest 1 y a 0 en el Postest 2, y en cuanto a ansiedad rasgo (*STAI – R*), de una puntuación inicial de 21 a una puntuación final en el Postest 2 de 8 (véase Tabla 3.2).

En relación con las comparaciones entre las puntuaciones en los cuestionarios entre el Pretest y los Postests, calculando el *Índice de Cambio Fiable* (ICF, o en su acepción en inglés RCI: *Reliable Change Index*) de Jacobson y Truax (1991) (también se han revisado los trabajos de Iraurgi, 2000, 2009, 2010), se puede señalar que de un modo general existe un cambio fiable y estadísticamente significativo ($ICF > 1.96$) entre las puntuaciones obtenidas por la paciente en el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en el BDI, en el STAI y en el SCL-90-R (véase Tabla 3.3 y Tabla 3.4).

No obstante, también hay que comentar que a pesar de que el cambio es estadísticamente significativo no podemos afirmar que sea clínicamente relevante en el BDI y en el STAI ya que no se trata realmente de una recuperación, debido a que no pasa de un estado de gravedad a uno de funcionalidad. Así pues, en el caso del BDI, la paciente ya se encuentra en el Pretest (Puntuación = 8) por debajo del punto de corte C (C= 13,09), además de que un valor de 8 se refiere a un valor de depresión mínima. Es decir, se puede afirmar que dentro de la “ausencia” de depresión o depresión mínima se produce una reducción de la sintomatología que es estadísticamente significativa. En relación con el STAI ocurre algo similar ya que la puntuación en el Pretest tanto en Ansiedad – Estado (24) como en Ansiedad – Rasgo (21) ya está por debajo del punto de corte C (para Ansiedad Estado C = 27.94; para Ansiedad Rasgo C = 28.34), aunque sí que podemos afirmar que el cambio es estadísticamente significativo para Ansiedad Estado tanto entre el Pretest y el Postest 1 (**ICF = 3.81, por lo tanto > 1.96**) como entre el Pretest y el Postest 2 (**ICF = 5.38, por lo tanto > 1.96**) y para Ansiedad Rasgo entre el Pretest y el Postest 2 (**ICF = 2.36, por lo tanto > 1.96**).

Tabla 3.3
Índice de Cambio Fiable (ICF) para el BDI y para el STAI.

<i>Dimensiones Sintomáticas</i>	<i>Cambio Clínico (Punto de corte C)</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2</i>
BDI	C= 13.09	2.4 > 1.96	2.4 > 1.96
STAI-E	C= 24.94	3.81 > 1.96	5.38 > 1.96
STAI-R	C= 28.34	1.45 < 1.96	2.36 > 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo

En relación con el SCL-90-R, además de que existe un cambio estadísticamente significativo en las dimensiones sintomáticas somatización, obsesión – compulsión, ansiedad y ansiedad fóbica entre el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 (con la excepción de la dimensión ansiedad fóbica, en la cual no podemos hablar de un cambio estadísticamente significativo entre el Pretest y el Postest 1), sí que podemos plantear que el

cambio es clínicamente relevante, ya que podemos establecer que en cada una de dichas dimensiones la paciente en el *Pretest* se encuentra por encima del punto de corte (**Somatización**: Puntuación = 2,3, C = 0.93; **Obsesión – compulsión**: Puntuación = 2.1, C = 0.87; **Ansiedad**: Puntuación = 2.1, C = 0.89; **Ansiedad Fóbica**: Puntuación = 1.14, C = 0.44) y en el *Postest 1* (**Somatización**: Puntuación = 0.75, C = 0.93; **Obsesión – compulsión**: Puntuación = 0.6, C = 0.87; **Ansiedad**: Puntuación = 0.3, C = 0.89; **Ansiedad Fóbica**: Puntuación = 0.14, C = 0.44) y *Postest 2* (**Somatización**: Puntuación = 0.5, C = 0.93; **Obsesión – compulsión**: Puntuación = 0.3, C = 0.87; **Ansiedad**: Puntuación = 0.1, C = 0.89; **Ansiedad Fóbica**: Puntuación = 0, C = 0.44) se encuentra en un nivel de funcionalidad, por debajo del punto de corte C.

Tabla 3.4
Índice de Cambio Fiable (ICF) para el SCL-90-R

<i>Dimensiones Sintomáticas</i>	<i>Cambio Clínico (Punto de corte C)</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1</i>	<i>Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2</i>
Somatización (SOM)	C= 0.93	2.98 > 1.96	3.46 > 1.96
Obsesión – compulsión (OBS)	C= 0.87	3.26 > 1.96	3.91 > 1.96
Sensibilidad interpersonal (INT)	C= 0.0.88	0.44 < 1.96	0.44 < 1.96
Depresión (DEP)	C= 1.02	1.82 < 1.96	1.82 < 1.96
Ansiedad (ANS)	C= 0.89	4.28 > 1.96	4.76 > 1.96
Hostilidad (HOS)	C= 0.68	0 < 1.96	0 < 1.96
Ansiedad fóbica (FOB)	C= 0.44	1.88 < 1.96	2.15 > 1.96
Ideación paranoide (PAR)	C= 0.74	0.53 < 1.96	0.53 < 1.96
Psicoticismo (PSI)	C= 0.4	1.55 < 1.96	1.55 < 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo.

2. Descripción del proceso de asimilación

También hay que señalar que Olivia asimiló la experiencia problemática, cuyo proceso presentamos seguidamente. Recordemos que la *voz dominante* es el control que la paciente desea establecer sobre cualquier acontecimiento de su vida, por ejemplo:

"Si, en el... o sea cuando empezó los pensamientos no eran tan continuos pero tenía mucha reacción el cuerpo, taquicardia, la tensión y todo eso, y ahora como que me

controlo más lo físico, las taquicardias y todo eso, pero los pensamientos, o sea los pensamientos aunque no me producen tanto malestar físico pero los tengo más a menudo".

Y el miedo a la muerte sería la *voz no dominante*, aspecto que entra en conflicto con su necesidad de tenerlo todo bajo control, ya que cuanto más intenta hacer disminuir el miedo más lo incrementa con sus evitaciones, por ejemplo:

"Y ya está, aparte de eso no creo que yo haya hecho... bueno, sí dejar de ver algunas cosas, por ejemplo House a mí me encantaba y no lo puedo ver pero no lo he dejado porque yo quiera sino porque ver House significa luego dos horas o tres de raye, es decir, de malestar".

En la Figura 3.1 puede apreciarse el proceso de asimilación de la experiencia problemática de *miedo a la muerte*. Como podemos observar la asimilación no sigue una secuencia regular. Aunque, sí que hay una asimilación gradual de la experiencia problemática a pesar de que se produzcan fluctuaciones constantes en los niveles APES. Es decir, los niveles de asimilación varían, siendo cada vez más altos, en función de la sesión en la que nos fijemos. Es decir, en la primera sesión los niveles APES parten fundamentalmente de valores de 2 (Surgimiento) y de 3 (Clarificación) y en la última sesión se alcanzan valores APES de 6 (Solución) y de 7 (Dominio).

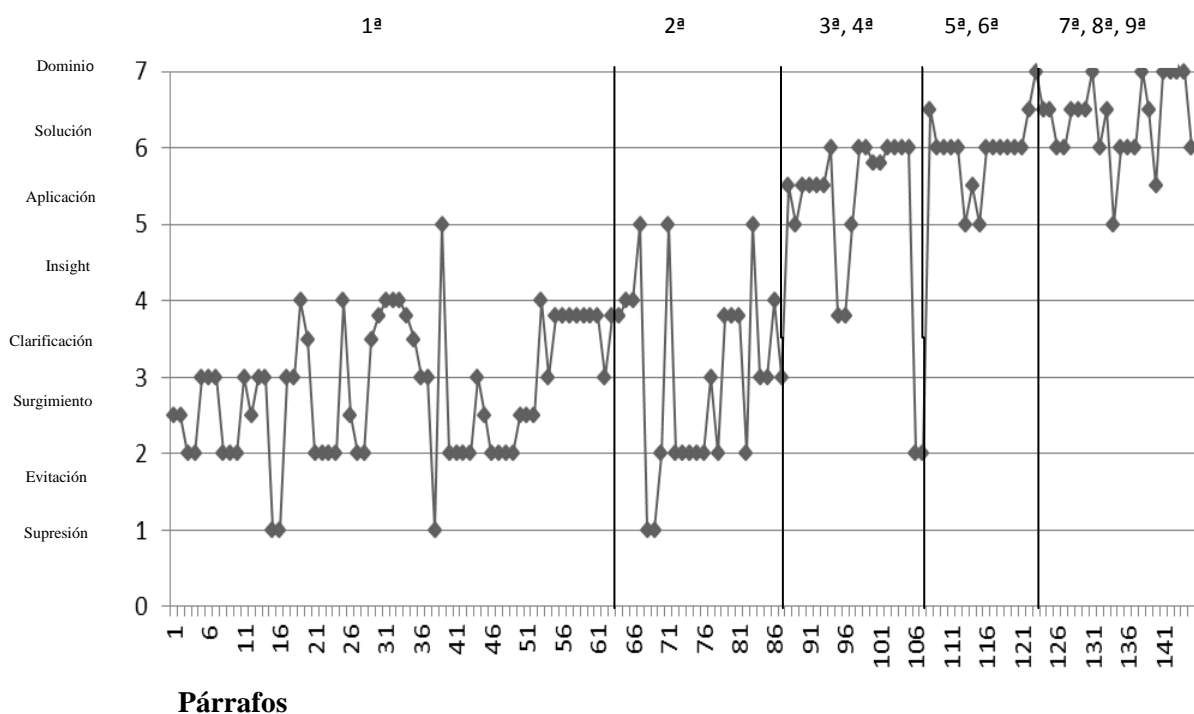
También se debe destacar que no se obtiene ningún nivel de 0 (Supresión). Finalmente, y tal y como puede apreciarse, hay que resaltar que se producen durante las sesiones y entre ellas diversas oscilaciones o variaciones.

El proceso de asimilación de la experiencia problemática de Olivia, así como el cambio experimentado por la paciente se va a ejemplificar mediante la presentación de

párrafos extraídos de la transcripción realizada¹ (con sus correspondientes códigos APES consensuados por los jueces) (lo que se acaba de comentar puede ampliarse en el apartado en el que se realiza un análisis cualitativo de las actividades del terapeuta).

Dichos párrafos se refieren a cómo la paciente comienza a trabajar con su experiencia problemática, a algunos de los Insights que permiten la asimilación, así como a párrafos relativos al cambio final o asimilación.

Figura 3.1. **Proceso de asimilación de la experiencia problemática de miedo a la muerte.**



Sesión 1

[T: Bueno Olivia cuéntame que te pasa, y a partir de ese momento comenzamos a trabajar.

Alguna cosa conozco que me habías dicho, pero vamos a empezar desde el principio por decirlo de alguna manera.

P: Pues que me preocupa morirme o que me esté pasando algo. (2: Surgimiento)

¹ Normas de transcripción basadas parcialmente en Mergenthaler y Stinson (1992). Párrafos entre dos signos (+) especifican que paciente y terapeuta hablan a la vez. Los puntos suspensivos se refirieron a párrafos eliminados por no formar parte de la codificación o por motivos de espacio.

T: Morirte o que te esté pasando algo.

P: Sí.

T: ¿Qué te esté pasando algo qué es?

P: Pues, pues, por ejemplo, cuando tengo dolores de cabeza y todo eso, pues yo qué sé, que sea algo grave, ¿sabes?, como si me estuviera pasando algo. **(2: Surgimiento)**

.....

T: Mmm-mm. Ahora pueden venir tanto por esas sensaciones como por una idea o un pensamiento en un momento determinado.

P: Mn. **(3: Clarificación)**

.....

T: Se reduce. Mmm-mm. ¿Y a lo largo de la semana o a lo largo del mes con cuánta frecuencia puede o podemos decir que está apareciendo?

P: ¿Los pensamientos? Todos los días. Todos los días. **(2: Surgimiento)**

En esta primera sesión Olivia expresa su experiencia problemática o voz no dominante, lo cual se relaciona con niveles 2 (Surgimiento). A modo de ejemplo de lo que se acaba de señalar, la paciente manifiesta nada más comenzar la sesión que "me preocupa morirte o que me esté pasando algo" y ante la pregunta del terapeuta "¿qué te esté pasando algo qué es?" Olivia especifica que "cuando tengo dolores de cabeza y todo eso, pues yo qué sé, que sea algo grave, ¿sabes?, como si me estuviera pasando algo". El mayor peso lo tiene la voz dominante.

[P: Después en el coche, por ejemplo, cuando voy con el coche lo paso muy mal. Porque en el coche me da mucha paranoia ese tema y aparte implícitos del coche. ¿Sabes? Como... **(3: Clarificación)**

T: Mmm-mm.

P: Como, no sé, miedo a tener un accidente +. **(3: Clarificación)**

.....

P: Lo que sí que fumo es tabaco normal. Y ya está, aparte de eso no creo que yo haya hecho... bueno si dejar de ver algunas cosas, por ejemplo *House* a mí me encantaba y no lo puedo ver pero no lo he dejado porque yo quiera sino porque ver *House* significa luego dos horas o tres de raye +. **(3: Clarificación)**

T: De darle vueltas+. Mmm-mm. Por lo tanto, has dejado de ver algunos programas de televisión.

.....

T: Series que estén relacionadas con la muerte y estas cosas, con los médicos.

P: Sí, y con la muerte, el programa *1000 maneras de morir* y tal, y si lo ponen en mi piso les pido a mis compañeros que por favor lo quiten que sólo de oírla, ¿sabes?... **(3: Clarificación)**

T: Mmm-mm.

P: Se me va.]

Por otro lado, y a lo largo de toda esta primera sesión son diversos los momentos en los que la paciente experimenta niveles 3 o de Clarificación (enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema todavía). Como se puede apreciar en los párrafos anteriores Olivia sabe qué cuestiones le generan malestar, por ejemplo, ver determinados programas de televisión relacionados con la muerte, como el programa *1000 maneras de morir*, o series de médicos, como *House*. La voz no dominante (miedo a morir) está empezando a solicitar atención pero la experiencia problemática todavía es vista a la luz de la voz dominante. Poco a poco ambas voces tienen el mismo peso.

[T: Mmm-mm. Y entonces en el tema del miedo a la muerte cuando te aparecen ideas, qué tipo de ideas son: pensamientos, preguntas que te haces, respuestas que te das.

P: Pues de normal es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es: “¡Que me da!”, ¿sabes?, como si me fuera a morir y entonces

pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco, ¿sabes? (**4: Insight**)]

La paciente ya en la primera sesión comienza a experimentar diferentes Insights. En este Insight, y en otros que se presentan posteriormente, asumimos que la paciente comprende que su problema no es una cuestión física sino psicológica, ya que afirma "primero es superalerta del palo y mi pensamiento es, que me da, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco". Se comienza a establecer un diálogo cooperativo entre la voz dominante y la voz no dominante.

[T: Mmm-mm.

P: Pero...

T: ¿Pero, entonces, relacionado con el tema de la muerte y la posibilidad de que te pudieras morir hay un desencadenante casi siempre físico?

P: No, porque luego también está cuando no me da físico, y es cuando pienso: "¿Y si me muriera?". "¿Y si me muriera ahora?". ¿Sabes? (**3: Clarificación**)

.....

T: Claro, a lo mejor otra persona dice que ha estado media hora dándole vueltas a algo, otra que ha estado una hora. Y cuando aparece ese dolor de cabeza la idea cuál es, ¿qué puedas sufrir algún tipo de... el dolor de cabeza lleve a...?

P: Pues es o que, sobre todo, el derrame y tal, es una idea que me viene mucho o que pueda tener, yo qué sé, un tumor o algo así, sabes. Es que me parece tonto. (**3: Clarificación**)

T: Mmm-mm. No, no me parece tonto, quiero decir, lo normal con los miedos entre comillas es que funcionen de esta manera. Es decir, tú racionalmente sabes cómo está funcionando el miedo, sabes que te aparece a raíz de, pues en este caso, por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza o un gran dolor de cabeza, da igual, y a partir de ese momento empiezas a pensar en la

posibilidad de que sufieras un derrame, un ictus, yo qué sé, mil cosas. ¿No? Racionalmente sabes que eso no se va a producir, es decir, ¿no?

P: O sí, eso es lo que peor llevo (ríe). Que digo: “que no pasa nada, que no me va a pasar” pero está la posibilidad. Y eso hace que continúe. **(3: Clarificación)**

T: No está la posibilidad.

.....

T: Existen probabilidades pero el problema no está en que hayan probabilidades de que pase. A nivel físico el problema no está en que haya probabilidades de que pase porque en el momento en que pasase tú no tienes control sobre eso. Estás intentando controlar algo de lo que no tienes control con el pensamiento. No sé si me estoy consiguiendo explicar.

P: Mn. **(4: Insight)**

T: Es decir, a veces intentamos controlar, y en ese momento es donde dices tú: “sé que no debería de hacerlo así”. Estás intentando controlar la probabilidad de que pudieras tener un derrame o un ictus o un problema del tipo que sea con el pensamiento.

P: Mn. **(4: Insight)]**

En estos Insights además de comprender la naturaleza psicológica de su problema también entiende que está intentando controlar con su pensamiento una cuestión sobre la que no tiene control a través de dicha estrategia, es decir, que pretende controlar la aparición de un problema físico grave con el pensamiento, fundamentalmente a través de mecanismos de evitación, lo que favorece que su miedo a la muerte se incremente. Esta cuestión nos indica que el peso de la voz dominante (control) disminuye. De esta sesión también hay que destacar que se producen los Insights durante la sesión, intercalados con niveles APES de 2 y 3 principalmente.

[T: No, tú, en general, muchas personas lo hacemos o lo hacen de esa manera. A veces estas cuestiones no tienen ningún tipo de consecuencia para la persona. Lo hace puntualmente y ya

está. Pero cuando eso se repite, pues evidentemente a ti eso te genera malestar. Entonces estamos intentando controlar, repito, una cosa que es física o médica con un pensamiento. Y la dificultad es esa, el problema es ese, lo que tenemos que trabajar es eso, es decir, cómo conseguir digamos vivir con eso y cómo conseguir dominar al pensamiento o gestionar o manejar a mis ideas para que vayan en otra dirección porque esa probabilidad va a seguir existiendo siempre.

P: Mn. (4: **Insight**)

.....

P: Pero entonces, por ejemplo, yo hace dos años hacia atrás nunca me venían pensamientos así + T: ¿y qué? + Pues mi pregunta es, si, o sea, ¿los pensamientos estos son ya para siempre? (2: **Surgimiento**)

T: No. Eso es lo que tenemos que trabajar.

P: Vale, pero no sólo que cuando me vengan, eh, lo que tú has dicho de que cuando te vengan que sepas lo que hacer, vale, hasta ahí correcto, pero ¿damos por supuesto que tengan que venir o puede llegar un día que ya no tengan por qué venirme? (ríe) (2: **Surgimiento**)

.....

T: Pues no, eso no es posible. ¿Por qué aparecieron en un momento determinado? No lo sé. Aparecieron hace dos años y antes no habían aparecido, no lo sé, alguna situación, multitud de variables. El problema nosotros decimos que no está en por qué aparece sino en cómo aparece y en qué hago yo para que no aparezca o para solucionarlo.

P: Es que yo por ejemplo me acuerdo que yo antes era con el tema de la muerte era muy pasota, me daba igual, siempre he sido de las que he pensado, “hua”, si me muero pues mira ya me he muerto y ahora, “uff”, yo qué sé. (2: **Surgimiento**)

.....

T: ¿Resolveré o no la situación?

P: ¿Cómo?

T: Si evito el miedo.

P: No la resolveré. **(3: Clarificación)**

T: Entonces, ¿a qué tengo que tener miedo, a evitar o a afrontar?

P: A evitar. **(3: Clarificación)**

Desde el último Insight hasta el final de la sesión la paciente manifiesta principalmente valores APES de Surgimiento y Clarificación. Respecto a niveles 3, y centrándonos en la última parte de la sesión, Olivia verbaliza que si evita el miedo, el problema (la experiencia problemática) se incrementará, es decir, en un intento de controlar el miedo (evitándolo) éste se incrementará.

Sesión 2

[T: Vale, vale. Cuando dices que... perdóname que te voy a ir parando ya que lo que tú vayas comentando lo tienes muy claro pero a mí me hace falta hacerme una fotografía exacta de lo que de alguna manera ha ido sucediendo o ha ido ocurriendo y entonces vamos compartiendo cosas. ¿Cuándo dices pensando, a qué le dabas vueltas, qué dudas, qué preguntas te surgían?

P: Sobre todo en lo que me dijiste, pues preguntas no, hubo algo que dijiste que estoy intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable. **(4: Insight)**

T: Ajá.

P: Pues a eso le dí muchas vueltas porque a mí no se me había ocurrido verlo así, ¿sabes?, y como que... **(4: Insight)**

Al principio de la sesión 2 la paciente experimenta dos Insights en la línea de los ocurridos durante la primera sesión, es decir, tiene muy presente que no se pueden controlar determinadas situaciones a través de los pensamientos. Además afirma que esto supone un punto de vista alternativo sobre su problema. Por lo tanto, el peso de la voz dominante

continúa disminuyendo debido al puente de significado que se está estableciendo entre la voz dominante y la voz no dominante.

[T: Muy buenas por lo que dices. Eso no significa que hayamos resuelto la dificultad o el problema, eso significa que hemos empezado a desbloquear algo, alguna pequeña cosita que ha empezado a funcionar de un modo diferente. Entonces tenemos que ser prudentes tanto tú como yo, cautos, de decir bueno van a seguir apareciendo situaciones, pues, tipo la que planteas, que ahora me contarás con un poco más de detalle del domingo y van a seguir apareciendo, incluso te digo más, puede que nosotros hayamos acabado de trabajar y en un futuro hayan determinadas situaciones que a uno le pongan nervioso, tenso, hasta un nivel bastante alto, eso no es un problema, eso es lo normal, el problema está cuando me van apareciendo en esas situaciones y yo no sé gestionarlas, trabajarlas, y yo no sé hacer cosas. Evidentemente todas estas situaciones y las que te vayan surgiendo en el plazo de dos semanas nos van ayudando a descubrir más cosas acerca de..., hacer más fotografías acerca de lo que de alguna manera puede suceder. O sea que...bien. El domingo venías en el coche, conducía tu pareja, tu novio. Y... Qué fue exactamente. No sé, descríbelo un poco mal y después te iré haciendo más preguntas.

P: Pues eso, que de repente, sin ninguna causa pues me puse muy nerviosa, y muy tensa, y no sé por qué. ¿Sabes? **(2: Surgimiento)**

T: Mmm-mm. Cuando dices muy nerviosa y muy tensa, ¿a qué te refieres exactamente?

P: Pues nerviosismo, nudo en la garganta, estómago, me faltaba... **(2: Surgimiento)**

La paciente describe junto con la ayuda del terapeuta una situación que le generó malestar, la vuelta a casa en coche, y a continuación el terapeuta le sigue animando a explicitar dicha situación del modo más concreto y específico posible, lo que supuso la aparición en la paciente de niveles APES de Surgimiento y Clarificación, como ahora se comprobará.

[T: Bien, vale, bien, esto nos dice cosas. Cuando empezaste a notar las sensaciones que estás comentando de nudo en la garganta, en el estómago, todas esas cosas, ¿qué es lo que hiciste?, o ¿qué es lo que no hiciste?

P: Pues es que veníamos pensando... yo estaba pensando en unas reformas que íbamos a hacer y yo intentaba seguir pensando en eso, como que yo estaba intentando resolver un problema y yo intenté continuar... **(2: Surgimiento)**

T: Vale, y cuanto más intentabas pensar en el problema +P: no podía, me bloqueé+ menos lo conseguías, es más cuanto más intentabas pensar en la reforma más notabas las sensaciones.

P: Sí. **(2: Surgimiento)**

T: Mmm-mm. Esto nos dice una cosa importante ya que es la segunda ocasión en la misma tarde que empleas la misma táctica o la misma técnica, ¿es así?

P: Pues no me acuerdo muy bien, +T: Vale, vale, no, si sólo te pregunto+ pero creo que no intentaba pensar ya en esto, era como intentar desviar un poco el pensamiento. **(3: Clarificación)**

.....

T: Si yo quisiera empeorar qué tendría que hacer o no hacer.

P: Pues continuar evitando situaciones críticas que es lo que tú has dicho. **(3: Clarificación)**

T: Acaba, acaba, continúa.

P: (Ríe) Evitar ver programas, conversaciones sobre la muerte, enfermedades, etc..., evitar los coches, el metro ya que son situaciones en las que muy probablemente me van a venir este tipo de pensamientos. **(3: Clarificación)]**

A partir de los niveles de 4 o Insight se produjeron oscilaciones en los valores APES tal y como se acaba de ejemplificar con los párrafos seleccionados. Cada vez tiene más claro cuál es su problema, la evitación de la realización de determinadas actividades o acciones vinculadas con situaciones que le puedan generar miedo.

[T: El fantasma del miedo si tú no lo acaricias no se hace más pequeño sino que se hace más grande, y, entonces, poco a poco, lo que tenemos que hacer no es sólo afrontar sino evitar evitar. ¿Hay alguna pequeña situación que tú hayas percibido, que tú hayas notado, que en otras situaciones..., no digo que no lo hayas pasado mal, eh, o que no te haya podido aparecer alguna sensación así un poquitín delicada sin llegar a ser lo del domingo, pero alguna situación que en algún otro momento hubieras decidido no ir, o no hacer, o evitar y que ahora hayas empezado a hacer, alguna pequeña cosa, es pregunta tonta, eh?

.....

P: No creo, pero porque... por ejemplo lo que no hago no lo he hecho. Si no veo X programa no me he puesto a verlos, ¿sabes? **(2: Surgimiento)**

T: Me refiero a pequeñas cositas, salir por la noche, a algún sitio...

P: En ese aspecto hace dos semanas me fui con los de clase a una timba. **(5: Aplicación)]**

En esta segunda sesión Olivia aplica o hace cosas diferentes para resolver su dificultad (por ejemplo, se va con los de clase a una timba, aspecto que en otro momento hubiera evitado por si le aparecía su miedo a morir).

[T: Vale, ahí has dicho una cosa con la que tenemos que tener cuidado y que hemos puntualizado hoy, y eso lo trabajaremos. No se trata de evitar los pensamientos, porque si yo trato de evitar los pensamientos, los pensamientos no desaparecen sino que a pequeña escala, o a corto plazo desaparecen, pero a largo plazo aparecen con más intensidad y con más frecuencia. Sí que es cierto que si sigues evitando los pensamientos el problema no desaparece sino que se incrementa, ¿es eso lo que querías decir?

P: Mn. **(3: Clarificación)**

T: Sí que al final se va a tratar de gestionar o controlar los pensamientos de una manera diferente a como lo que estás haciendo hasta ahora, ya que evitar pensar no funciona, ¿vale?

P: Eh. Luego que cambiaría mi comportamiento y me preocuparía por estar..., o sea, me preocuparía por estar siempre ocupada ya que en los momentos que más me viene todo eso son los de estar en el sofá, viendo la tele, más de relax. **(3: Clarificación)**

T: Mmm-mm.

P: Entonces, si me preocupara por estar haciendo siempre cosas, sabes, y no parar pues a corto plazo tendría la cabeza ocupada pero que no estaría, supongo, supongo no, que empeoraría vamos. **(4: Insight)]**

Al final de esta segunda sesión Olivia vuelve a manifestar un Insight que le facilita entender que si siempre tuviera la mente ocupada, haciendo cosas, el problema desaparecería a corto plazo pero se incrementaría a largo plazo. Es decir, el miedo a morir disminuiría puntualmente pero volvería con mayor intensidad pasado un tiempo. El puente de significado entre la voz dominante y la no dominante continúa fortaleciéndose poco a poco y de un modo gradual.

Sesión 3

[P: No he tenido nervios, nada, nada, muy bien, como si estuviera normal. **(5: Aplicación)**

T: Hombre eres normal (risas), lo anormal hoy en día es ser normal. Sí, sí, has oído bien. Lo anormal hoy en día es ser normal. Bien, entonces, cuando dices que no has tenido nervios, que no has pensado tanto, ¿no has pensado en absoluto o muy poco?

P: Sí, me ha venido algo en algún momento a la cabeza relacionado con... pues yo que sé, pues que no le hecho caso. **(5: Aplicación)**

.....

T: Sí, muy bien, entonces fuisteis al pueblo volviendo al tema, ¿y?

P: Pues que son dos horas de ir y dos horas de volver y estuve bien. **(5: Aplicación)]**

La paciente en esta tercera sesión experimenta pequeños cambios positivos, como por ejemplo, ir al pueblo en coche y encontrarse bien, no ha experimentado tensión, ansiedad, y no le han venido pensamientos de malestar relacionados con el miedo a morir.

[T: En clase, ¿estás mejor entonces?

P: Sí, porque en clase tampoco pienso en... **(5: Aplicación)**

.....

T: Bien, vale, aunque tú no le digas nada a alguien la otra persona sí que percibe el hecho de que no decirle algo ya es decirle algo, y eso también, pero bueno. Parece estar bien la cosa. Entonces, ¿se han producido unos pequeños cambios positivos, muy positivos?

P: Sí. **(6: Solución)**

Estos párrafos continúan certificando que la paciente experimenta durante esta sesión unas pequeñas mejorías, ya que en clase también se encuentra mejor, no piensa en su miedo a morir, en su problema, en su dificultad. Además, cuando se le pregunta a ella si está de acuerdo con si se han producido dichos cambios, la respuesta es afirmativa.

Sesión 4

[T: Claro hay dos cosas importantes: una es seguir manteniendo lo de antes, los aspectos positivos y la otra es que vayas añadiendo alguna cosa más. Si están las dos perfecto, si está una, perfecto también, pero era por establecer esa diferencia. Entonces sigues manteniendo y...

P: El sábado me estaba intentando dormir y no me dormía y me puse un poco nerviosa, no por pensar nada en particular, y empecé a utilizar lo de... dejé de ver la TV y empecé a hacer la técnica de la peor fantasía y entonces de “puta madre”. **(5: Aplicación)**

.....

T: Entonces, si practicaste la técnica de la peor fantasía pues muy bien, y entonces ¿aparecía el miedo o se iba?

P: Pues se iba, desaparecía. **(5: Aplicación)**]

Durante la sesión 4 Olivia continúa haciendo cosas para cambiar su situación problemática y sigue evitando evitar, el miedo no la paraliza, tal y como se refleja en los párrafos siguientes, por ejemplo, cuando afirma que un día en la televisión comenzó, por casualidad, la serie *House*, y no cambió de canal, sino que continuó viéndola.

[T: Quizás haremos una especie de gradación para ir afrontando aquellas situaciones que te dan miedo, desde lo que más temor o tensión te pueda generar a lo más pequeño, para ir afrontando otras situaciones que evitas, como por ejemplo el tema de conducir, independientemente de lo que ya has enfrentado tú sola, como el tema de salir por la noche que de alguna manera lo has ido resolviendo ya. Quizás en un momento determinado tengamos que trabajar también el hecho de ver o no ver la TV, determinados programas que evitas, ¿ves alguno relacionado con cosas médicas?

P: Hombre, el otro día así de rebote acabó en la TV *House* y me enganché. Que yo antes le decía a mi novio quita eso, quítalo. **(6: Solución)**]

Podemos asumir que su miedo a la muerte se va reduciendo paulatinamente, es decir, la experiencia problemática se va asimilando. Ha aprendido a controlar su miedo de un modo más flexible, ya no intenta hacerlo desaparecer, pues es imposible, sino que ha aprendido a convivir con él. La voz no dominante se ha integrado en su sí mismo. Dicho de otro modo, la voz dominante y la no dominante, a partir del puente de significado que se ha construido durante los Insights, han dialogado entre sí, lo que le ha permitido a la paciente avanzar en el proceso de cambio.

La paciente pensaba que controlándolo todo, de un modo determinado, evitaría cualquier dificultad o problema y en este caso la experiencia problemática de miedo a la muerte le ha mostrado que era necesario aprender estrategias de control diferentes.

En las sesiones 5 y 6 la paciente continúa superando su experiencia problemática de miedo a la muerte. Ha aprendido a controlar su miedo eficazmente mediante estrategias y recursos diferentes a los que utilizaba al principio de la psicoterapia ya que las soluciones que aplicaba inicialmente no le funcionaban para superar su experiencia problemática.

Sesión 5

[T: ¿Y por qué dices bien y mal?

P: Pues porque no he hecho bien lo de los 5 minutos cada tres horas. No me he acordado.

T: Pero eso no es hacerlo mal.

P: Hombre, yo te he dicho bien y mal porque yo estoy muy bien. **(6: Solución)**

.....

T: Y haciendo una pequeña valoración de 0 a 10, 0 cuando viniste que estabas mal por decirlo de algún modo, a 10 que el problema haya desaparecido por completo, ¿dónde te situarías actualmente recordando 0 cuando viniste que estabas mal, a 10 todo totalmente solucionado? Es tu percepción, eh..

P: Pues no sé, un 9. **(6: Solución)]**

Sesión 6

[T: Bueno Olivia, hoy, eh, si no voy yo mal con las cuentas, es la 6ª sesión. Vale, cómo han ido estas dos semanas.

P: Pues muy bien. **(6: Solución)**

T: Muy bien, siguen las cosas bien, ¿seguro?

.....

T: No me engañes, es broma. Bien, ¿ha habido alguna variación?

P: Fui al cine **(6: Solución)**.

T: ¿A ver qué?

.....

T: Entonces fuiste a ver *Los Vengadores*, ¿por qué ha supuesto eso una pequeña variación?

P: Pues porque cuando estaba mal, el cine me agobiaba bastante, porque yo siempre he sido de ir mucho al cine, y así de repente meterme en el cine me agobiada por si... **(6: Solución)**

T: Mmm-mm, por si pasaba algo, por si no puedes escapar, ¿cuál era el motivo?

P: Por si me entraba el nervio y tal, porque en casa al principio ver una peli entera me daba reparo, pero en casa es diferente porque si te da, si empezaba a ponerme nerviosa podía darme una vuelta por casa, y en el cine como que yo que sé... **(6: Solución)**

T: En el cine no.]

En esta sexta sesión se puede comprobar como la paciente ya detecta situaciones en las que se ha producido un cambio que para ella es significativo, en este caso, ir al cine, una situación que había estado evitando por si ocurría alguna cosa y no podía salir de allí.

[T: Porque seguro que me pregunta cuando vaya a la próxima sesión. Bien, bien, muy bien. ¿Alguna cosa más? En casa, las pelis, las series, ¿sigues viéndolas de vez en cuando?

P: Sí, aunque ahora estamos un poco saturados. **(6: Solución)**

T: Bueno pero es por una cuestión de saturación, y de faena, de estudio, no por evitación de...que es muy diferente. Bien. ¿Sigues en el 9 que dijiste el otro día o has subido un pelín?

.....

T: No hace falta que me digas un 10 porque a veces como dices tú, el 10 supone un mantenimiento de lo que ya estoy haciendo en el tiempo, y un reforzar lo que ya he cambiado o el aprendizaje que se está produciendo, con lo cual no es que yo tenga interés en que tú digas un 10 sino que tú digas el valor que consideres, lo primero es, ¿sigues estando en 9 como mínimo? Y la respuesta es sí.

P: Mn. **(6: Solución)**

T: Si estás en 9 como mínimo la pregunta es, ¿has subido un poquito? No para llegar al 10 sino que te encuentres un poquito mejor en algunas cosas.

.....
T: ¿Nueve coma...?

P: Pues 9,4. **(6: Solución)**

T: Vale. Que quizás de 9,4 al 10 simplemente lo que falta es el tiempo y yo sistemáticamente voy en el tiempo manteniendo y haciendo lo que he estado haciendo hasta ahora. ¿Te ha hecho falta utilizar alguna de las técnicas, de las estrategias que ya llevabas en marcha?

P: No. **(7: Dominio)**

T: Bien, muy bien, bien, vale. ¿Alguna pregunta?]

Hay que destacar que al final de la sesión 6 ya aparece un nivel APES de dominio (el problema ha dejado de ser un problema), precedido de varios niveles APES de 6. La paciente afirma que si cuando vino la primera vez a terapia su problema no se había solucionado, lógicamente, y representaba un 0, ahora se encuentra en 9,4, prácticamente 10, que significaría que su problema se ha resuelto por completo.

Las sesiones 7, 8 y 9 están caracterizadas principalmente por las mismas cuestiones que hemos destacado en la sesión 5 y 6, es decir, Olivia continua afianzando su proceso de asimilación. A lo largo de estas sesiones los niveles APES son de 6 y 7. A continuación ofrecemos algunos párrafos en los que se aprecia el estado final de Olivia.

Sesión 7

[P: Luego, además de eso también un cambio en cuanto a la consideración, ya no sólo que no me pongo nerviosa sino que si en algún momento percibo que, no sé, que estoy más preparada para afrontar si me viniera una situación de éstas, ¿sabes? **(6: Solución)**

T: ¿Tienes recursos vamos?

P: Exacto. **(6: Solución)**

T: Tienes recursos y eso de alguna manera me da control, confianza.

P: Mn. **(6: Solución)**

.....
T: ¿Manteniéndose lo anterior de 9,4?

P: Igual un poquito más, nos fuimos seis días al pueblo de mi novio y primero las dos horas de viaje, luego que si allí, encima nos fuimos de acampada allí perdidos.

P: Y yo qué sé, pues muy bien, porque no pensé en ningún momento nada malo, o sea, así como antes como ya te comenté cuando íbamos al pueblo pues yo qué sé siempre me venían pensamientos de que “estamos muy lejos de la civilización y si pasara algo...”. **(6: Solución)**

T: Mmm-mm.

P: ...No tienes la disponibilidad de la atención médica, y nada, eso lo pensaba antes y este viaje ha sido que no me ha venido a la cabeza nada. **(6: Solución)**

T: Mmm-mm. Y si te ha venido, ¿has sabido gestionarlo?

P: No me ha venido de entrada. **(7: Dominio)]**

Sesión 8

[T: ¿Se han mantenido los cambios?

P: Sí. **(6: Solución)**

T: ¿Algún retroceso?

P: No. **(6: Solución)**

T: Entonces bien, muy bien, cosas que quieras comentar.

P: Ha ido muy bien, no sé qué decir. **(7: Dominio)]**

Sesión 9

[T: ¿Se han mantenido los cambios?

P: Sí. **(7: Dominio)**

T: ¿Algún retroceso o recaída?

P: No. **(7: Dominio)**

T: Muy bien. La vida sigue bien, ¿cómo va la reforma de la casa?

.....

T: ¿Con tus padres bien?

P: Sí. (**7: Dominio**)

T: ¿Sigues saliendo de fiesta cuando toca?

P: Sí. (**7: Dominio**)]

Análisis cuantitativo de las actividades del terapeuta

En relación con las actividades del terapeuta vamos a comenzar realizando, en primer lugar, un análisis de los resultados centrándonos cuantitativamente en los intercambios TERAPEUTA – APES. En segundo lugar, analizaremos también, desde un punto de vista cuantitativo, los intercambios APES – TERAPEUTA – APES, primero, aquellos en los que los valores APES previos y posteriores son iguales, segundo, aquellos en los que se ha producido un avance entre el nivel APES inicial y el posterior, y finalmente aquellos en los que se ha producido un retroceso. Y, para finalizar, hablaremos brevemente de un resultado que nos ha llamado la atención, la ausencia de la utilización por parte del terapeuta de aquellas actividades terapéuticas relativas al *Factor Técnica*. No han estado presentes ni en los intercambios TERAPEUTA – APES, ni en los triples intercambios APES – TERAPEUTA – APES.

Con la finalidad de facilitar al lector el análisis de los apartados que acabamos de señalar volvemos a presentar (se mostró al inicio de los resultados) una figura con el proceso de asimilación de la experiencia problemática de miedo a la muerte de Olivia, de modo que el lector pueda ir siguiendo mejor los datos que se van a ir presentado y comentando sobre las actividades del terapeuta. Hay que tener en cuenta que se van a analizar los intercambios TERAPEUTA – APES, APES – TERAPEUTA – APES y en algún momento puede ser necesario revisar el proceso de asimilación de la paciente (el nivel APES en el que se encuentra Olivia) para comprender mejor todas estas cuestiones. De modo, que en lugar de remitir al lector al apartado de método donde ya se muestra esta figura, hemos preferido volverla a incluir aquí, con la finalidad de agilizar su lectura.

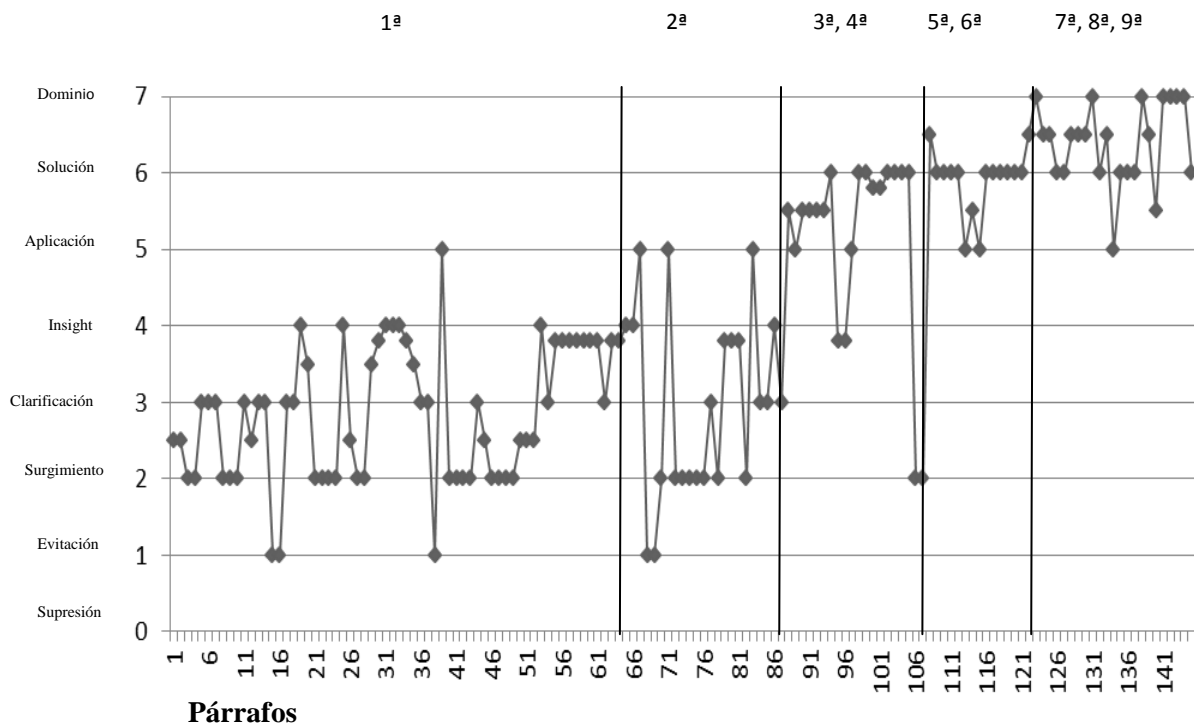


Figura 3.2. Proceso de asimilación de la experiencia problemática de miedo a la muerte.

1. Análisis de los intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la paciente

Con respecto al análisis de los intercambios TERAPEUTA - APES focalizaremos nuestro interés en los siguientes aspectos:

- En la frecuencia de las intervenciones del terapeuta para cada nivel APES a lo largo de todas las sesiones de psicoterapia.

- En la frecuencia de las intervenciones del terapeuta para cada nivel APES estableciendo una diferenciación entre las sesiones. Es decir, determinar la frecuencia de las actividades del terapeuta para los niveles APES en las sesiones 1 y 2, por un lado, y desde la sesión 3 hasta el final, por otro lado, ya que como veremos más hacia delante las intervenciones del terapeuta son diferentes en función de la sesión de terapia.

A. Intervenciones del terapeuta para cada nivel APES a lo largo de todas las sesiones de psicoterapia

Comenzaremos este análisis tomando en consideración para cada uno de los niveles APES qué categorías de intervención (agrupadas en factores) han mostrado una frecuencia mayor valorando todas las sesiones y seguimientos en su conjunto (véase la Tabla 3.5).

Tabla 3.5
Intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la Paciente de las 7 sesiones y de los dos seguimientos.

INTERVENCIÓN TERAPEUTA	APES						
	1	2	3	4	5	6	7
Factor Clarificar Problema	1 (33%)	19 (54%)	8 (22%)	2 (22%)	2 (11%)	2 (6%)	0
Factor Comprensión Punto Vista	2 (66%)	9 (25%)	10 (28%)	2 (22%)	2 (11%)	6 (18%)	0
Factor Proceso Terapéutico	0	6 (17%)	2 (5%)	3 (33%)	0	1 (3%)	1 (14%)
Factor Inducir Cambio	0	1 (2%)	12 (34%)	1 (11%)	1 (5%)	4 (12%)	1 (14%)
Factor Técnica	0	0	0	0	0	0	0
Factor Evolución Cambios	0	0	3 (8%)	1 (11%)	12 (7%)	20 (60%)	5 (71%)
Frecuencia por columnas (Σ)	3 (100%)	35 (100%)	35 (100%)	9 (100%)	17 (100%)	33 (100%)	7 (100%)

Nota. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

Como puede apreciarse en la Tabla 3.5 y en la Figura 3.3 para un nivel APES de 1 todas las intervenciones se han referido al Factor Clarificar el Problema o Comprensión del Punto de Vista.

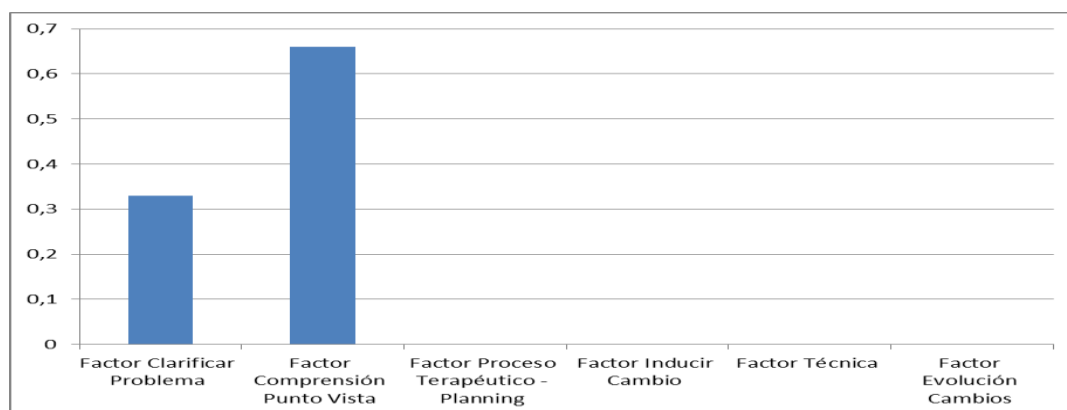


Figura 3.3. Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 1.

Algo similar ha sucedido con las APES 2 ya que el 54% de las acciones del terapeuta se focalizaban en Clarificar el Problema y un 25% en la Comprensión del Punto de Vista del Paciente. El resto de intervenciones en dicho código corresponden al Factor Proceso Terapéutico (17%) y un 2% a las categorías para Inducir un Cambio.

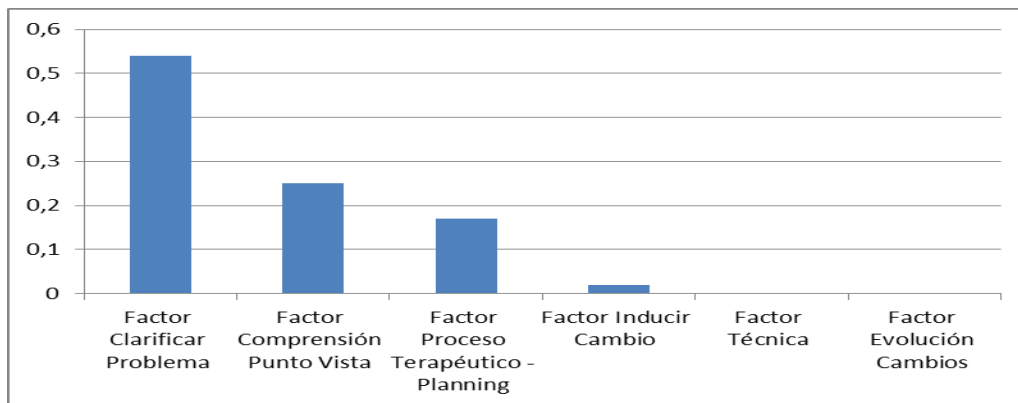


Figura 3.4. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 2.**

Si nos fijamos ahora en el nivel APES 3 se produce alguna variación con respecto a los dos anteriores. Los porcentajes de intervenciones referidas a Clarificar el Problema y Comprensión del Punto de Vista del Paciente siguen siendo importantes como puede apreciarse en los datos para este código APES ya que entre ambos suman el 50 % de las intervenciones. No obstante, el Factor Inducir un Cambio, que en los códigos anteriores no había tenido apenas presencia, en este caso aparece con una frecuencia del 34%. Y también comienza a tener cierto peso aunque con unos porcentajes muy bajos el Factor Evolución de los Cambios.

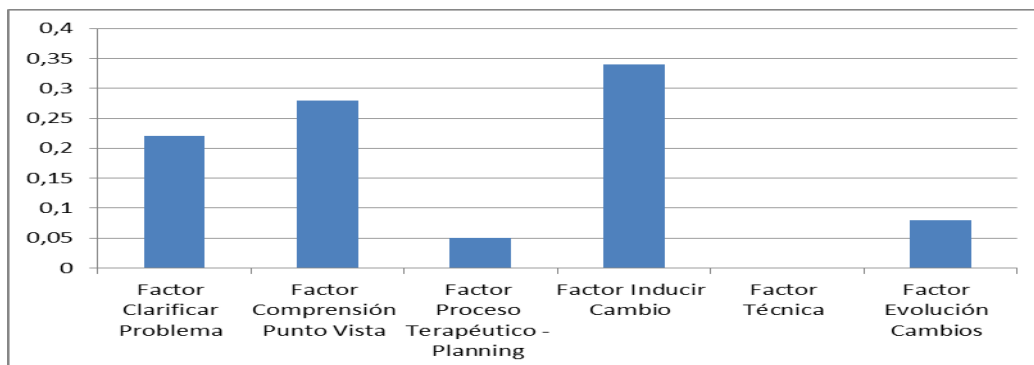


Figura 3.5. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 3.**

Con respecto al nivel APES 4 continúan teniendo mucha frecuencia los dos primeros factores (Clarificar el Problema y Comprensión del Punto de Vista del Paciente) y también el Factor Proceso Terapéutico – Planning.

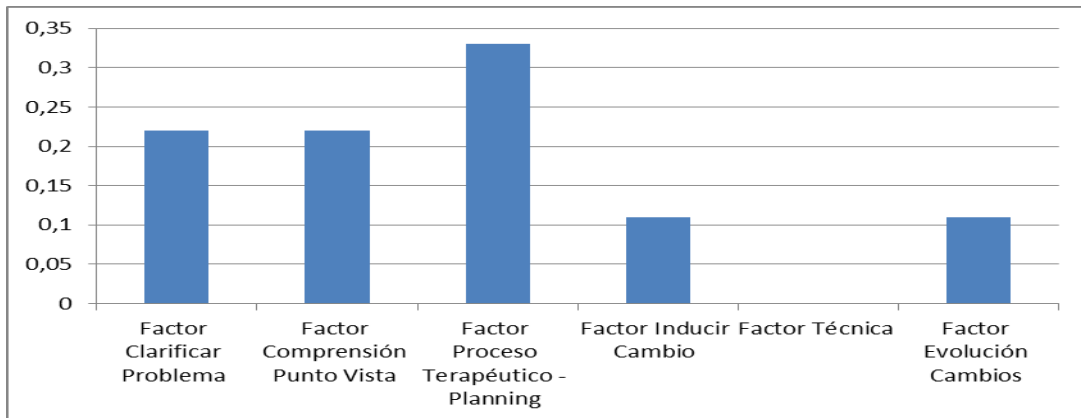


Figura 3.6. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 4.**

En los códigos APES de 5 siguen estando presentes las actividades terapéuticas relacionadas con Clarificar el Problema y con la Comprensión del Punto de Vista, pero con una frecuencia mucho más baja, ya que comienzan a adquirir mucha trascendencia las categorías correspondientes a la Evolución de los Cambios, de hecho un 70% de las intervenciones en este nivel son de este factor.

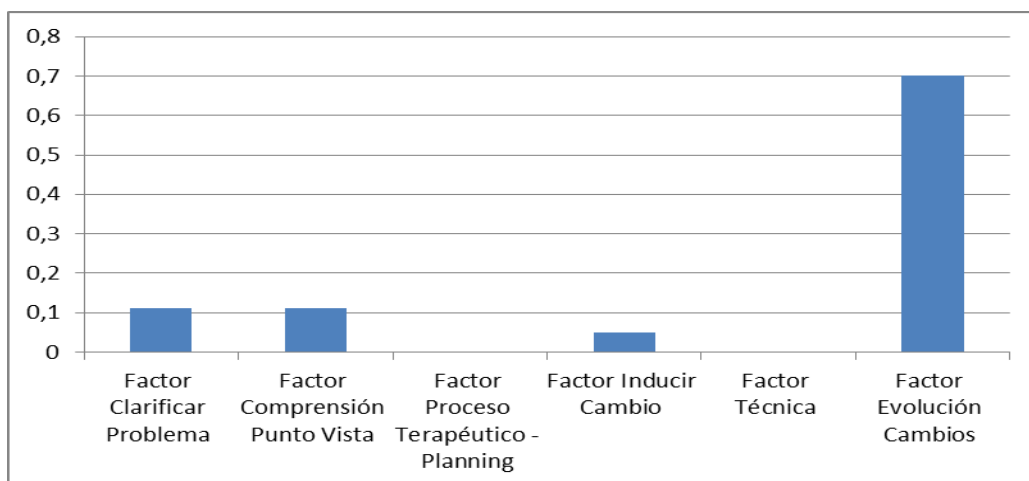


Figura 3.7. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 5.**

De hecho, a partir de APES de 5 el Factor Evolución de los Cambios es el más frecuente. En los niveles 6 y 7 se repite este mismo patrón, en el código APES 6 el % en este factor es de un 60%, y en el 7 del 71%.

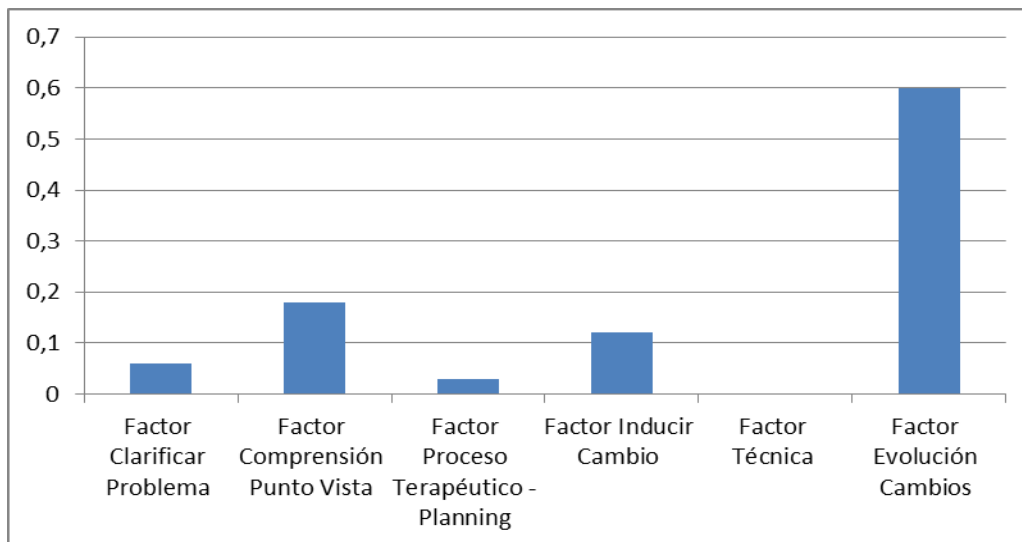


Figura 3.8. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 6.**

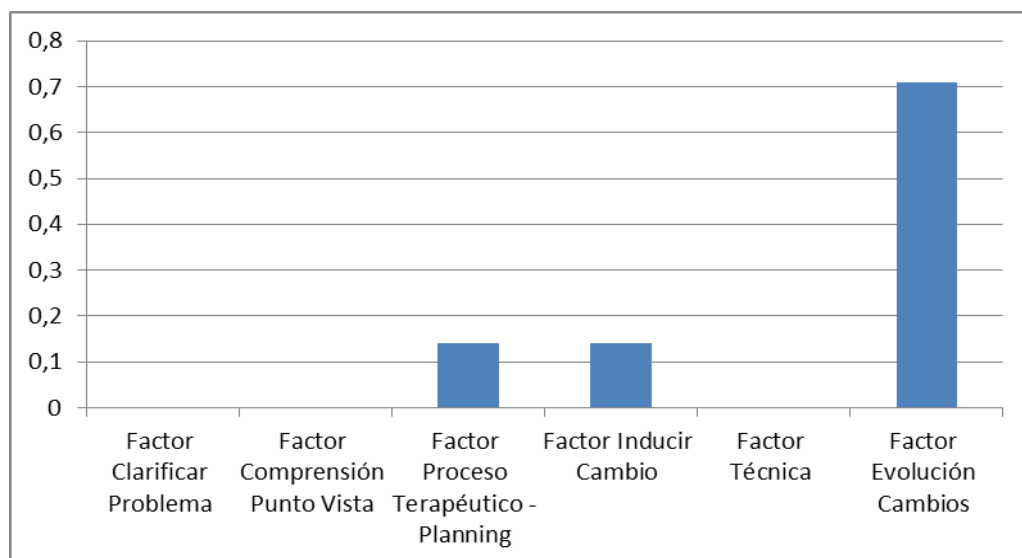


Figura 3.9. **Categorías del Terapeuta para un Nivel APES 7.**

Ahora vamos a analizar los datos Terapeuta - APES en todas las sesiones así como en los seguimientos seleccionando cada uno de los factores de intervención del terapeuta y su frecuencia para cada uno de los niveles APES (véase Tabla 3.6).

El primer factor, Clarificar el Problema, está presente en todos los niveles APES con la excepción del nivel 7. No obstante, si nos fijamos en los datos donde más frecuencia muestra es en el nivel 2 (55%) y en el 3 (23%) (véase Tabla 3.6 y Figura 3.10).

Tabla 3.6
Intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la Paciente de las 7 sesiones y de los dos seguimientos.

INTERVENCIÓN TERAPEUTA	APES							Fc total fila (Σ)
	1	2	3	4	5	6	7	
Factor Clarificar Problema	1 (2%)	19 (55%)	8 (23%)	2 (5%)	2 (5%)	2 (5%)	0	34 (100%)
Factor Comprensión punto vista	2 (6%)	9 (29%)	10 (32%)	2 (6%)	2 (6%)	6 (19%)	0	31 (100%)
Factor Proceso Terapéutico - Planning	0	6 (46%)	2 (15%)	3 (23%)	0	1 (7%)	1 (7%)	13 (100%)
Factor Inducir Cambio	0	1 (5%)	12 (60%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	1 (5%)	20 (100%)
Factor Técnica	0	0	0	0	0	0	0	0
Factor Evolución Cambios	0	0	3 (7%)	1 (2%)	12 (29%)	20 (48%)	5 (12%)	41 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

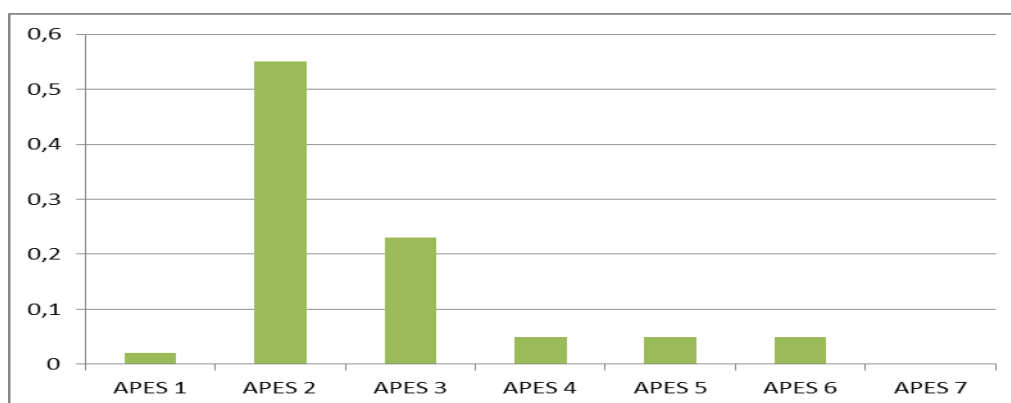


Figura 3.10. Factor Clarificar el Problema en cada nivel APES.

El Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente sigue el mismo patrón que el anterior.

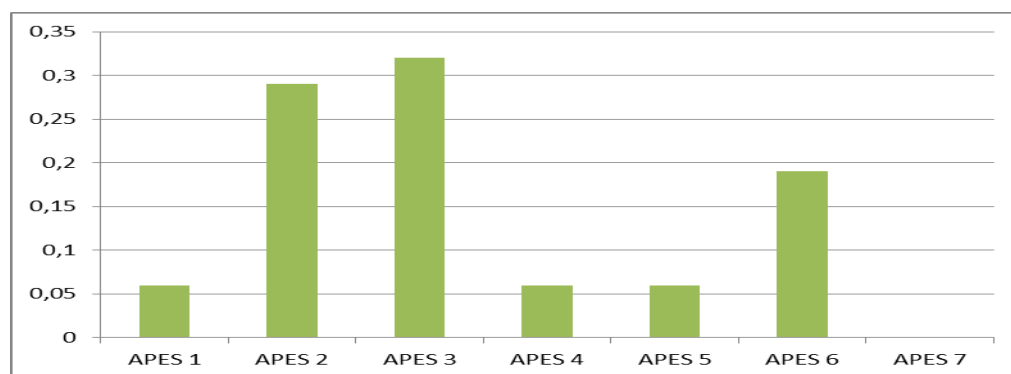


Figura 3.11
Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente en cada nivel APES.

En cuanto al Factor Proceso Terapéutico donde mayor frecuencia aparece es del nivel 2 al 4, luego o bien no aparece o su frecuencia es muy baja.

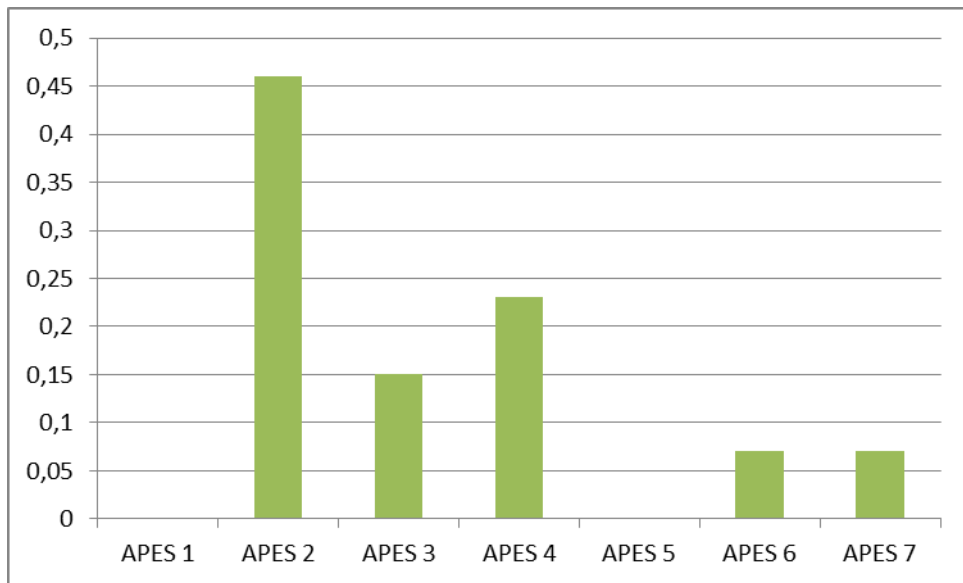


Figura 3.12

Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente en cada nivel APES.

Como puede apreciarse en la Figura 3.13 en relación con las categorías para Inducir un Cambio la frecuencia más alta es la relativa a los códigos APES 3 (60%). Señalar que, con valores o porcentajes mucho más bajos, está presente en todos los valores APES.

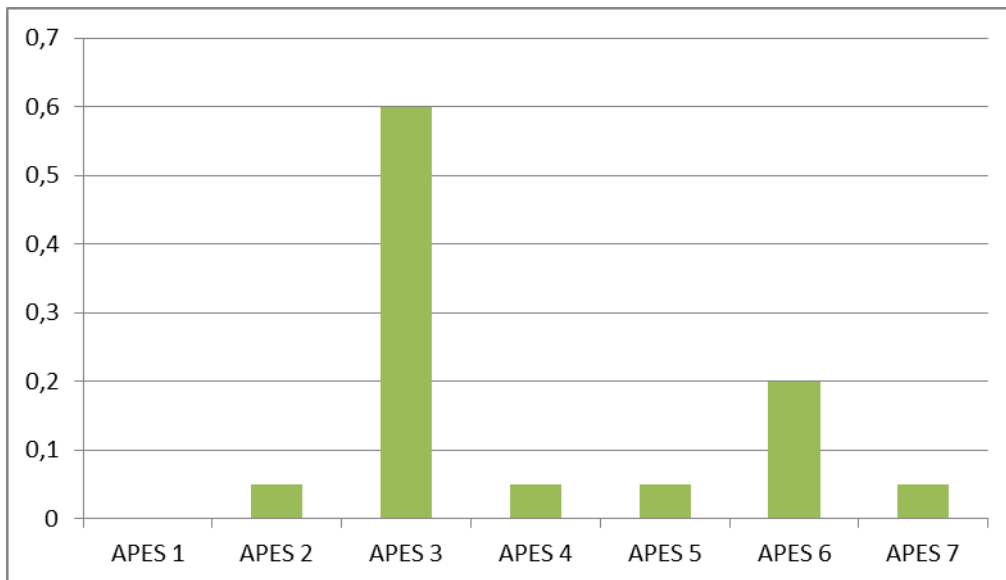


Figura 3.13. **Factor Inducir un Cambio en cada nivel APES.**

Finalmente el Factor Evolución de los Cambios adquiere mucha trascendencia en los niveles APES del 5 al 7 ya que como puede apreciarse en la Figura 3.14 las frecuencias más altas se corresponden con dichos códigos.

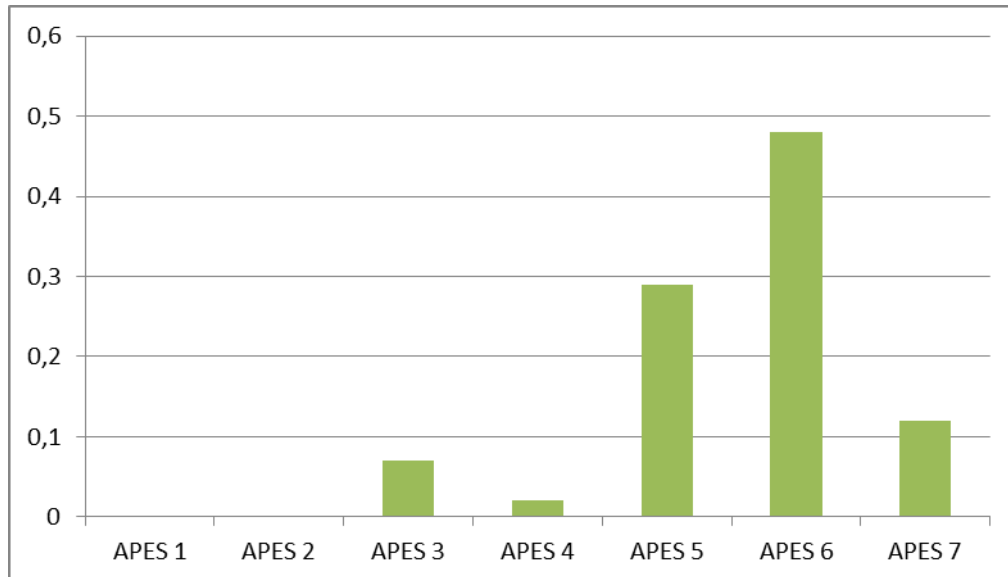


Figura 3.14. **Factor Evolución de los Cambios en cada nivel APES.**

B. Análisis de los intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la paciente realizando una diferenciación entre sesiones

En las Tablas 3.7 y 3.8 presentamos las intervenciones del terapeuta para los códigos APES del paciente pero estableciendo una diferenciación entre sesiones. Por un lado, las correspondientes a la sesión 1 y 2 conjuntamente, y por otro lado, las referidas a la sesión 3 hasta el final. El motivo de realizar esta distinción es porque las acciones del terapeuta en las dos primeras sesiones son diferentes con respecto al resto (de un modo global) y además se relacionan con códigos APES también distintos, como se verá a continuación.

Como puede verse en la Tabla 3.7 el 79% de las intervenciones del terapeuta en las sesiones 1 y 2 se focalizan en los niveles APES 2 y 3. Y fundamentalmente se refieren a Clarificar el Problema, a Comprender el Punto de Vista del Paciente y a Inducir un Cambio. De manera más específica para los códigos APES 2 las intervenciones consisten en Clarificar el Problema (17 de 32) y para el nivel APES 3 se focalizan en Comprender su Punto de Vista (10 de 33) e Inducir un Cambio (12 de 33).

Tabla 3.7
Intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la paciente en las sesiones 1 y 2.

<i>INTERVENCIÓN TERAPEUTA</i>	<i>APES</i>					
	1	2	3	4	5	
Factor Clarificar Problema	1 (1%)	17 (20%)	8 (9%)	2 (2%)	1 (1%)	
Factor Comprensión punto vista paciente	2 (2%)	8 (9%)	10 (12%)	2 (2%)	1 (1%)	
Factor Proceso Terapéutico – Planning	0	6 (7%)	2 (2%)	3 (3%)	0	
Factor Inducir cambio	0	1 (1%)	12 (14%)	1 (1%)	1 (1%)	
Factor Técnica	0	0	0	0	0	
Factor Evolución cambios	0	0	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)	
Frecuencia total (Σ)	3 (3%)	32 (39%)	33 (40%)	9 (10%)	5 (6%)	82 (100)%

Nota. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

El Factor Evolución de los Cambios en estas dos sesiones tiene poca o nula relevancia. Seguidamente presentamos varias gráficas que nos permiten observar visualmente las cuestiones que se muestran en la Tabla 3.7, algunas de las cuales ya se han comentado.

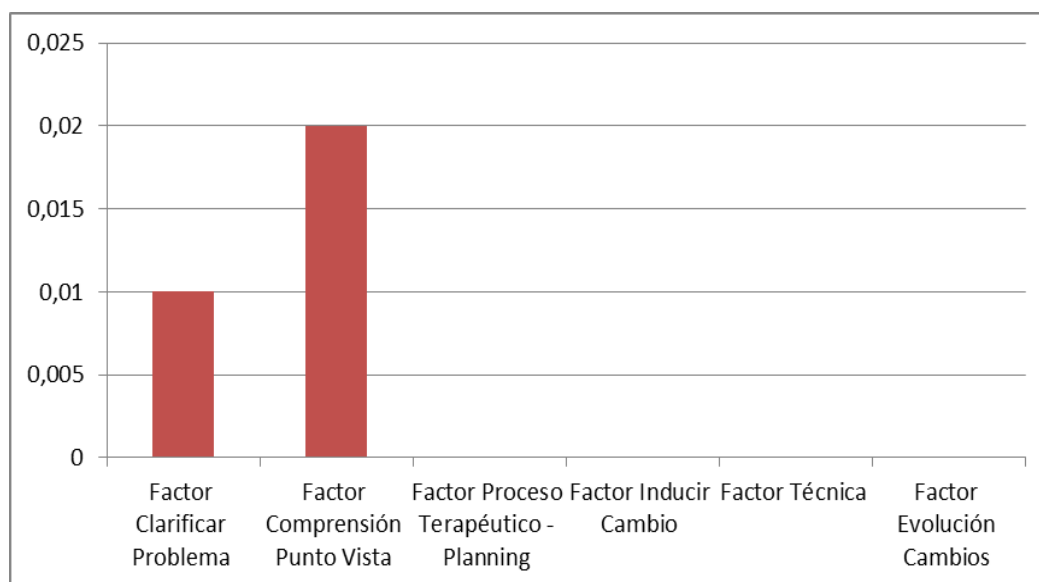


Figura 3.15. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 1 en las sesiones 1 y 2 conjuntamente.

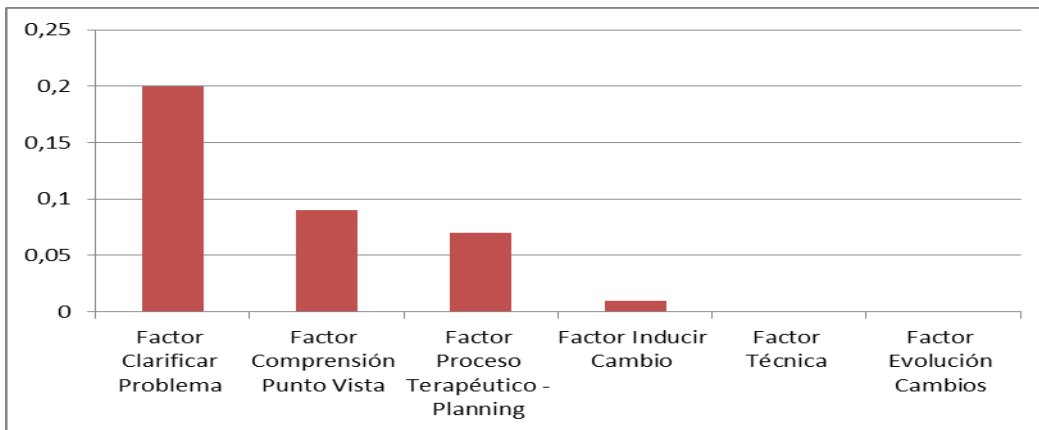


Figura 3.16. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 2 en las sesiones 1 y 2 conjuntamente.

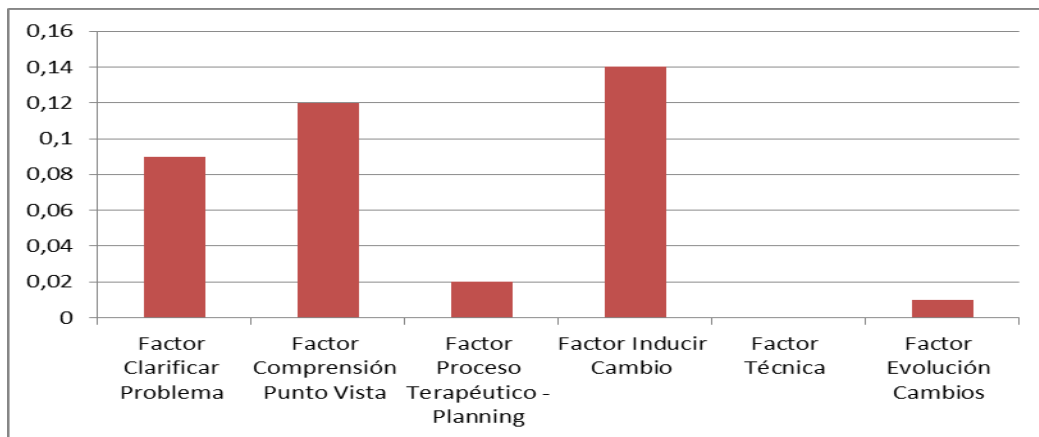


Figura 3.17. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 3 en las sesiones 1 y 2 conjuntamente.

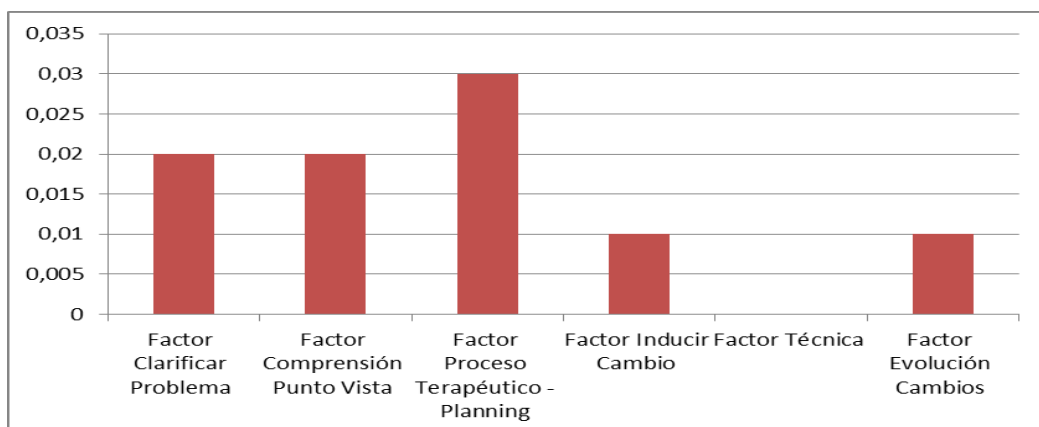


Figura 3.18. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 4 en las sesiones 1 y 2 conjuntamente.

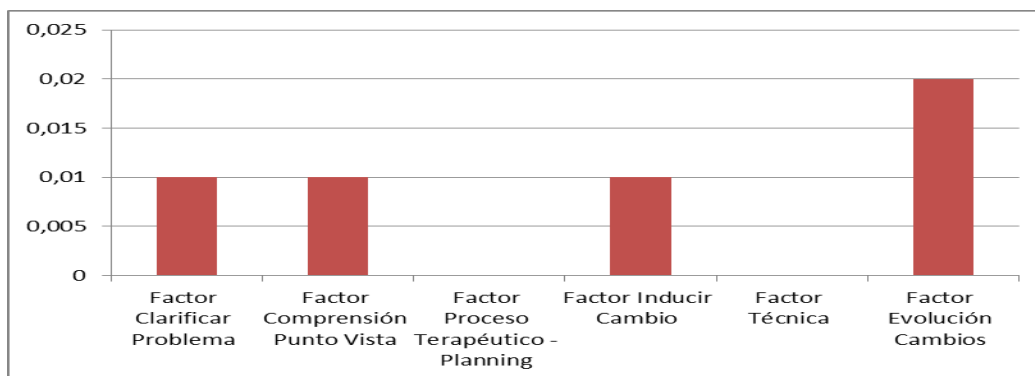


Figura 3.19. **Categorías del Terapeuta para un nivel APES 5 en las sesiones 1 y 2 conjuntamente.**

En contraste con las sesiones 1 y 2 y observando los datos (véase Tabla 3.8 y la Figura 3.20) el mayor número de intervenciones en el resto de sesiones (desde la 3ª hasta el final) se encuentra en los niveles 5 y 6, el 77%. Además, están relacionadas con el Factor Evolución de los Cambios en un porcentaje muy elevado. Concretamente, en el nivel APES 5 representan el 20 % de las intervenciones y en el nivel 6 el 33 %. En ambos casos es la intervención con mayor frecuencia tanto en un código como en el otro.

Tabla 3.8
Intercambios Intervención del Terapeuta – Nivel APES de la paciente desde la 3ª sesión hasta el Seguimiento 2.

<i>INTERVENCIÓN TERAPEUTA</i>	<i>APES</i>					
	2	3	5	6	7	
Factor Clarificar Problema	3 (4%)	0	2 (3%)	2 (3%)	0	
Factor Comprensión punto vista paciente	1 (1%)	0	1 (1%)	6 (9%)	0	
Factor Proceso Terapéutico – Planning	0	0	0	1 (1%)	1 (1%)	
Factor Inducir cambio	0	0	0	4 (6%)	1 (1%)	
Factor Evolución cambios	0	3 (4%)	13 (20%)	22 (33%)	5 (8%)	
Frecuencia total (Σ)	4 (6%)	3 (4%)	16 (24%)	35 (53%)	7 (10%)	65 (100%)

Nota. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

En las gráficas siguientes puede observarse más fácilmente lo que acabamos de remarcar en párrafos anteriores.

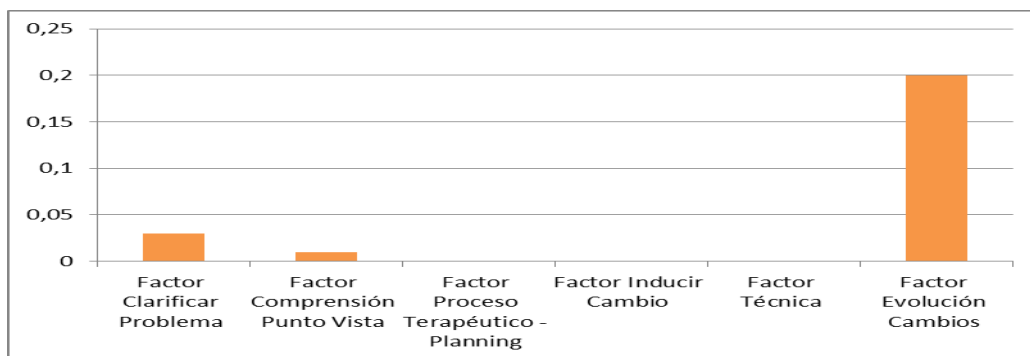


Figura 3.20. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 5 desde la 3ª sesión hasta el final.

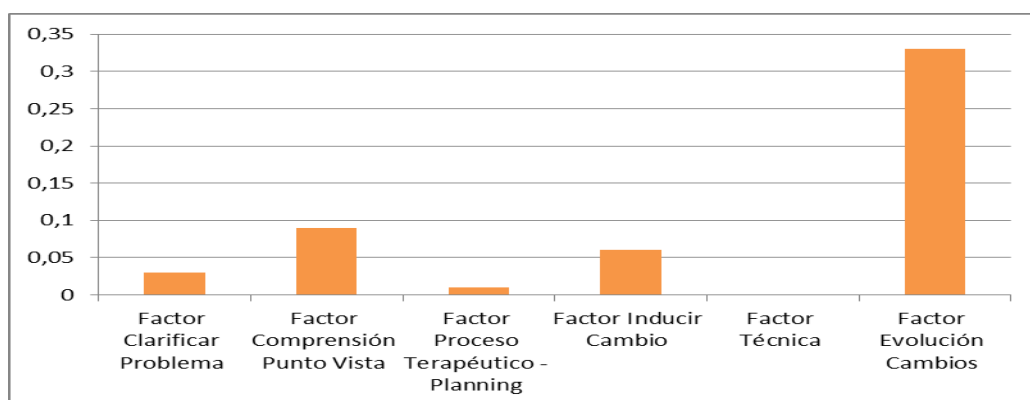


Figura 3.21. Categorías del Terapeuta para un nivel APES 6 desde la 3ª sesión hasta el final.

Con ánimo de facilitar la comprensión de lo que se ha dicho en relación con las intervenciones del terapeuta estableciendo una diferenciación entre la sesión 1 y 2 conjuntamente y el resto de las sesiones presentamos dos gráficas en las que aparecen recogidas todas las intervenciones así como todos los niveles APES.

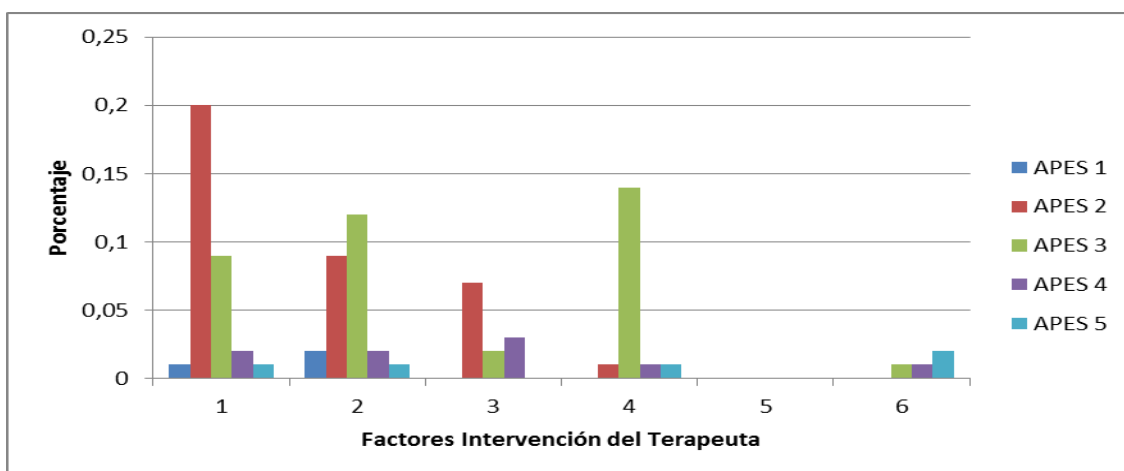


Figura 3.22. Categorías del Terapeuta para diferentes niveles APES correspondientes a las sesiones 1 y 2.

Nota. 1= Factor Clarificar Problema. 2= Factor Comprensión Punto Vista. 3= Factor Proceso Terapéutico – Planning. 4= Factor Inducir cambio. 5= Factor Técnica. 6= Factor Evolución Cambios.

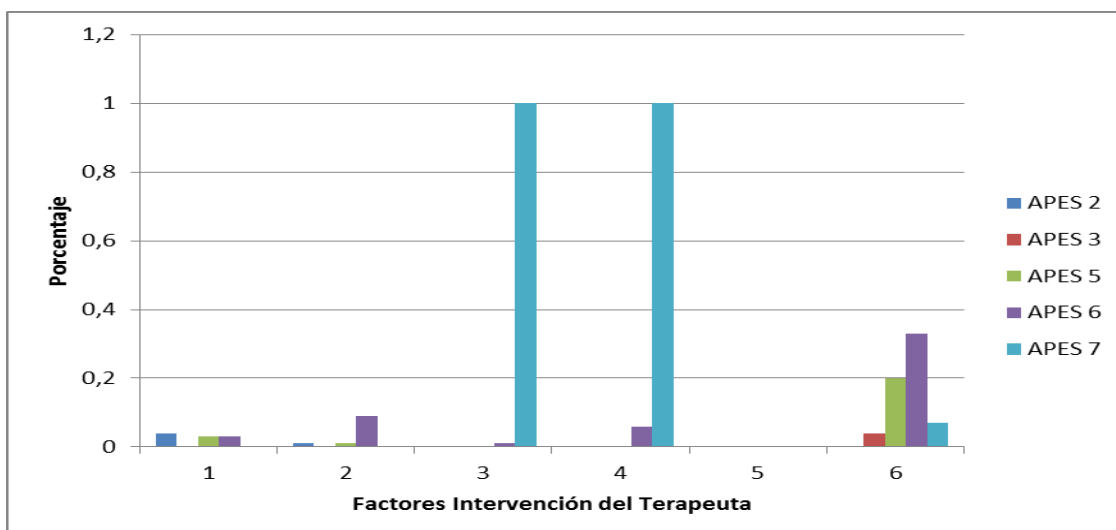


Figura 3.23. Categorías del Terapeuta para diferentes niveles APES correspondientes a las sesiones 3, 4, 5, 6, 7 y seguimientos 1 y 2.

Nota. 1= Factor Clarificar Problema. 2= Factor Comprensión Punto Vista. 3= Factor Proceso Terapéutico – Planning. 4 = Factor Inducir Cambio. 5= Factor Técnica. 6= Factor Evolución

2. Análisis de los Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de Intervención) – Paciente (APES)

Otra de las cuestiones que nos hemos planteado en este trabajo relacionada con las actividades del terapeuta es determinar la sintonía o responsividad del terapeuta ante las respuestas o comportamientos del paciente. Lo que el grupo de Stiles (Stiles et al., 1998) definió como ya se ha dicho como “responsiveness”. Así pues, en este apartado presentamos los datos referidos a los triples intercambios entre paciente, terapeuta y paciente. Respecto del paciente utilizando sus códigos APES y respecto del terapeuta las categorías de intervención que se han codificado también. Dividiremos la exposición en tres bloques: uno referido a aquellos intercambios en los que los códigos APES antes y después de la acción del terapeuta son iguales, otro relativo a aquellos en los que el código APES posterior a la intervención del profesional es mayor que el previo a ésta (avances), y finalmente se analizarán los retrocesos (es decir, cuando la paciente está en un nivel APES y vuelve a valores anteriores, en nuestro trabajo tomando en consideración sólo aquellos retrocesos que se producen en los intercambios APES – TERAEPUTA – APES que se han seleccionado).

A. Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) Paciente (APES) con mismo código APES

Así pues, pasamos en primer lugar a comentar los datos referidos a las intervenciones del terapeuta en los que los niveles APES previos y posteriores han sido los mismos (véase Tabla 3.9). Como puede apreciarse el Factor Clarificar el Problema presenta una mayor frecuencia para aquellos intercambios paciente – terapeuta – paciente en los que los valores APES son 2-2 (66%) o 3-3 (25%). Cuando los valores APES son de 4 o superiores el factor denota una frecuencia bastante baja e incluso en algunos casos nula.

Tabla 3.9
Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) – Paciente (APES) con mismo código APES.

APES - APES	Intervención del Terapeuta					
	Clarificar Problema	Comprensión Punto vista	Proceso Terapéutico	Inducir Cambio	Técnica	Evolución Cambios
2...2	8 (66%)	6 (40%)	4 (57%)	1 (7%)	0	0
3...3	3 (25%)	4 (26%)	1 (14%)	8 (61%)	0	1 (6%)
4...4	0	1 (6%)	2 (28%)	0	0	0
5...5	0	0	0	1 (7%)	0	4 (26%)
6...6	1 (8%)	4 (26%)	0	3 (23%)	0	8 (53%)
7...7	0	0	0	0	0	2 (13%)
Fc Columna (Σ)	12 (100%)	15 (100%)	7 (100%)	13 (100%)	0	15 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

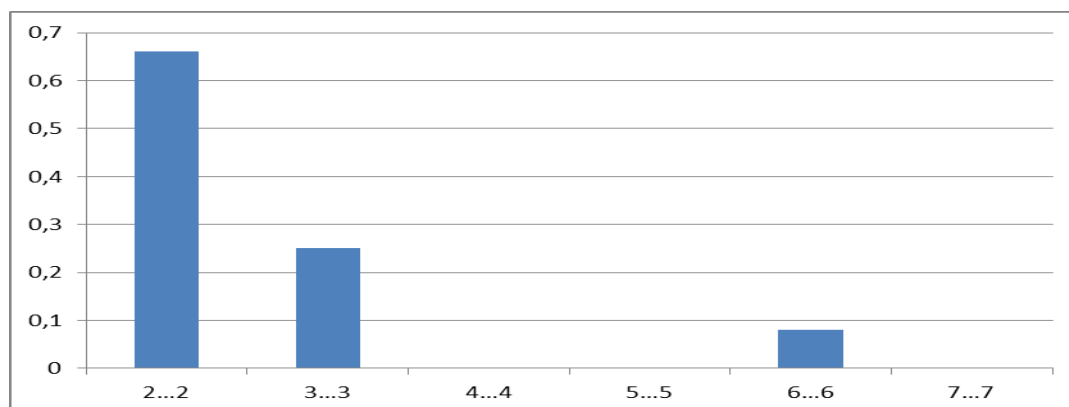


Figura 3.24. Factor Clarificar el Problema para los diferentes intercambios.

Algo similar a Clarificar el Problema ocurre con el Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente. La diferencia estriba en que también es un factor que tiene importancia para intercambios en los que la APES pre y post es de 6-6 (26%).

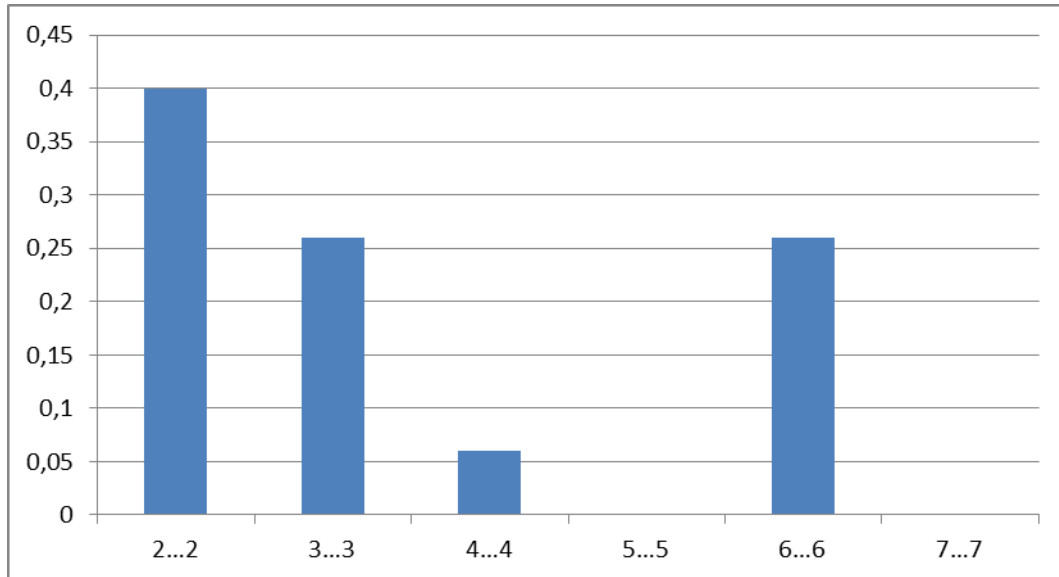


Figura 3.25
Factor Comprensión del Punto de Vista para los diferentes intercambios.

En cuanto al Factor Inducir un Cambio señalar que los valores de frecuencias o porcentuales más elevados son los correspondientes a las interacciones en los que los valores de APES previos a la intervención terapéutica han sido de 3 y los posteriores también de 3 (61%) o de 6-6 (23%).

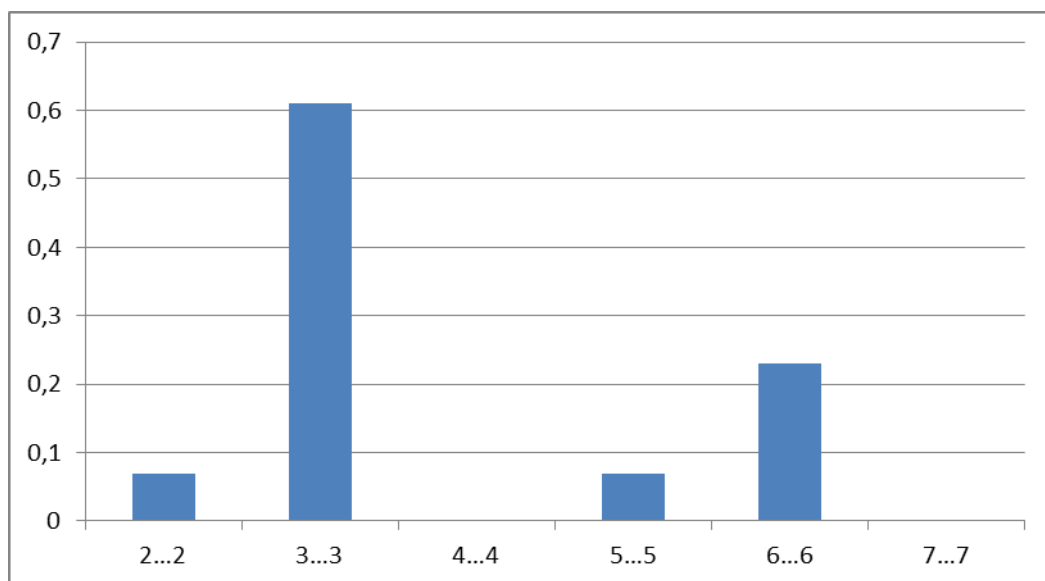


Figura 3.26. Factor Inducir un Cambio para los diferentes intercambios.

Finalmente, respecto al Factor Evolución de los Cambios la frecuencia o los porcentajes más altos aparecen en los intercambios en los que los valores previos y posteriores a la intervención han sido 5-5 (26%), 6-6 (53%) y 7-7 (13%).

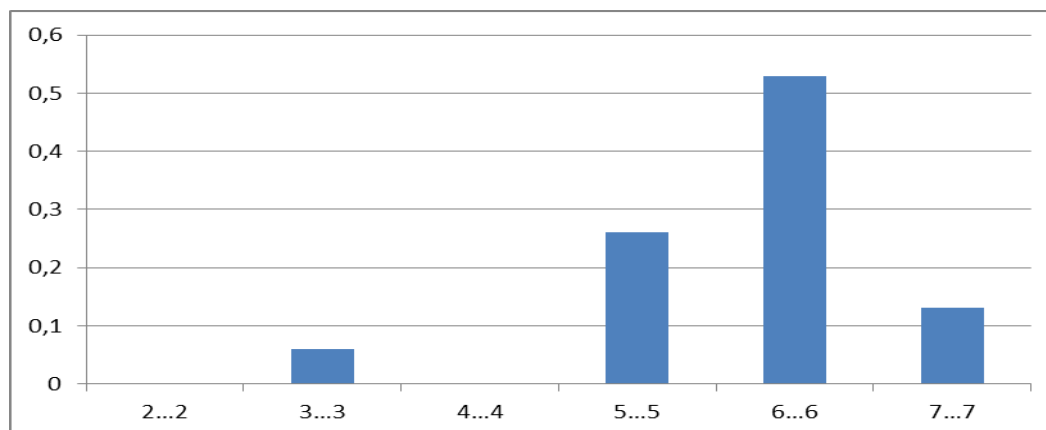


Figura 3.27

Factor Evolución de los Cambios para los diferentes intercambios.

Si continuamos con el análisis de los datos relativo a las interacciones paciente – terapeuta – paciente en los que los valores APES son los mismos pero ahora poniendo el énfasis no tanto sobre el factor de intervención y su peso sobre los diferentes intercambios si no sobre qué categoría de intervención es más frecuente para cada interacción paciente – terapeuta – paciente (véase Tabla 3.10).

Tabla 3.10

Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) – Paciente (APES) con mismo código APES.

APES- APES	Intervención del Terapeuta						Fc Fila (Σ)
	Clarificar Problema	Comprensión Punto vista	Proceso Terapéutico	Inducir Cambio	Técnica	Evolución Cambios	
2...2	8 (42%)	6 (31%)	4 (21%)	1 (5%)	0	0	19 (100%)
3...3	3 (17%)	4 (23%)	1 (6%)	8 (47%)	0	1 (6%)	17 (100%)
4...4	0	1 (33%)	2 (66%)	0	0	0	3 (100%)
5...5	0	0	0	1 (2%)	0	4 (80%)	5 (100%)
6...6	1 (6%)	4 (25%)	0	3 (18%)	0	8 (50%)	16 (100%)
7...7	0	0	0	0	0	2 (100%)	2 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

Para los intercambios 2-2 las acciones del terapeuta con mayor frecuencia son Clarificar el Problema (42%), Comprensión del Punto de Vista del Paciente (31%) y el Factor Proceso Terapéutico – Planning (21%).

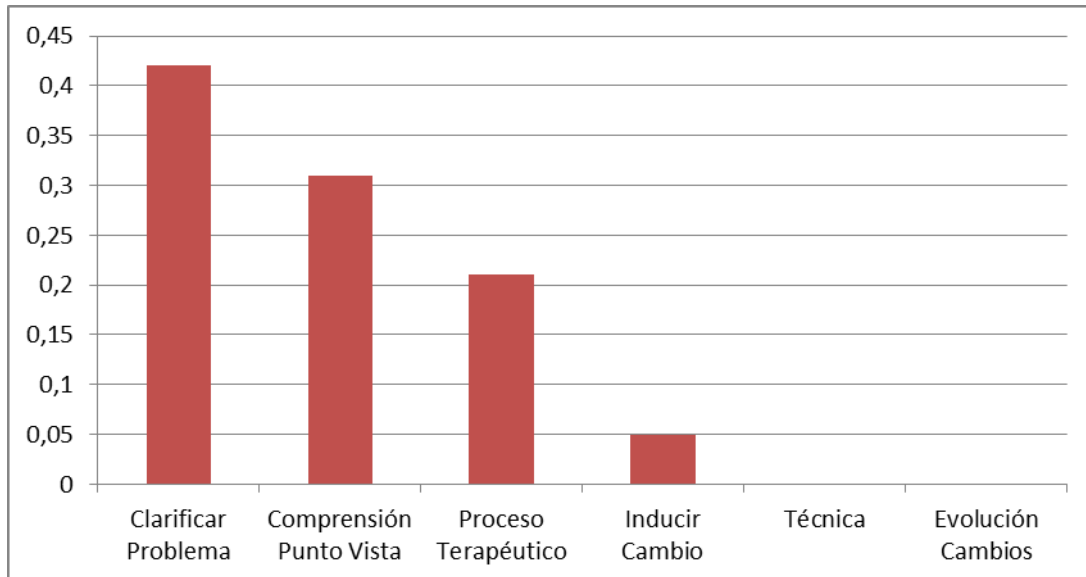


Figura 3.28. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 2-2.

El Factor Inducir un Cambio es el más representativo, un porcentaje del 47%, para aquellos códigos APES que previamente a la intervención terapéutica eran de 3 y posteriormente también de 3.

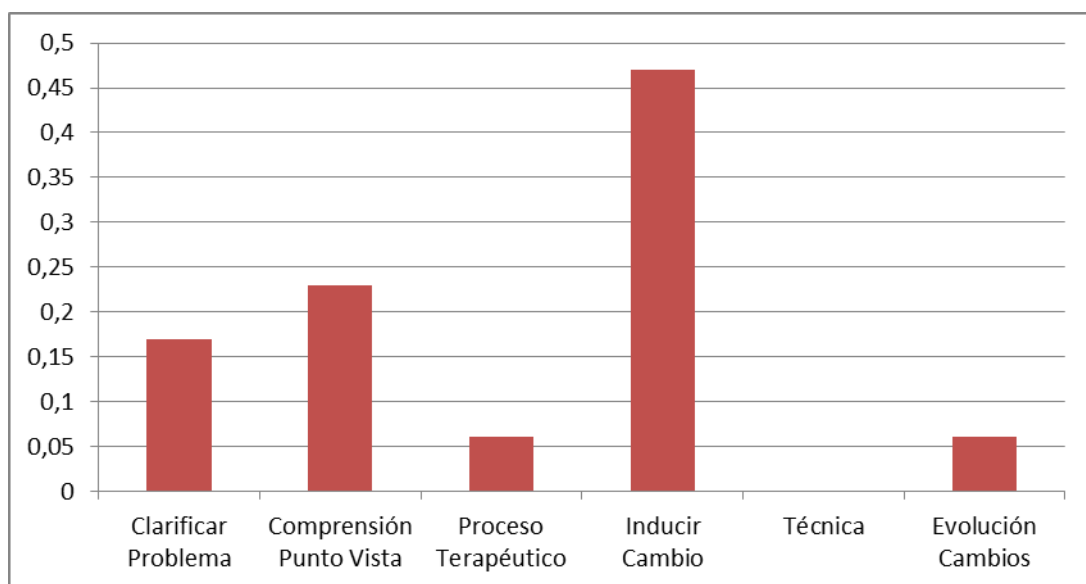


Figura 3.29. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 3-3.

En relación con los niveles APES pre y post a la acción del terapeuta de 4-4 dos son los factores que acumulan todo el peso de las intervenciones: las categorías de Comprensión del Punto de Vista del Paciente, con un 33%, y el Factor Proceso Terapéutico - Planning, con un 66 %.

En cuanto a los intercambios 5-5 y 6-6 el Factor Evolución de los Cambios destaca por encima del resto ya que en el primer caso supone el 80% de las acciones del terapeuta y en el segundo el 50%.

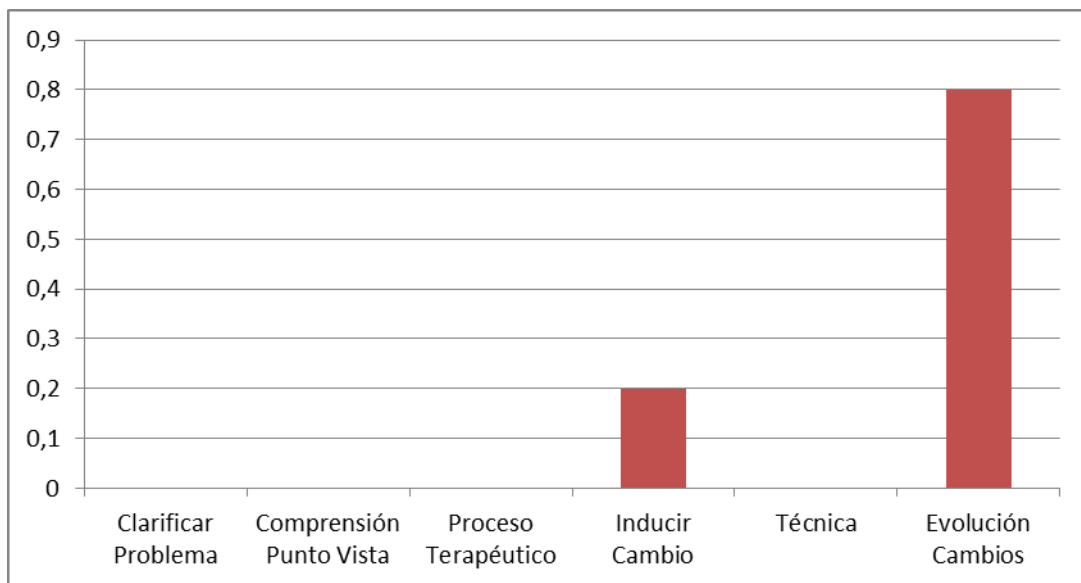


Figura 3.30. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 5-5.

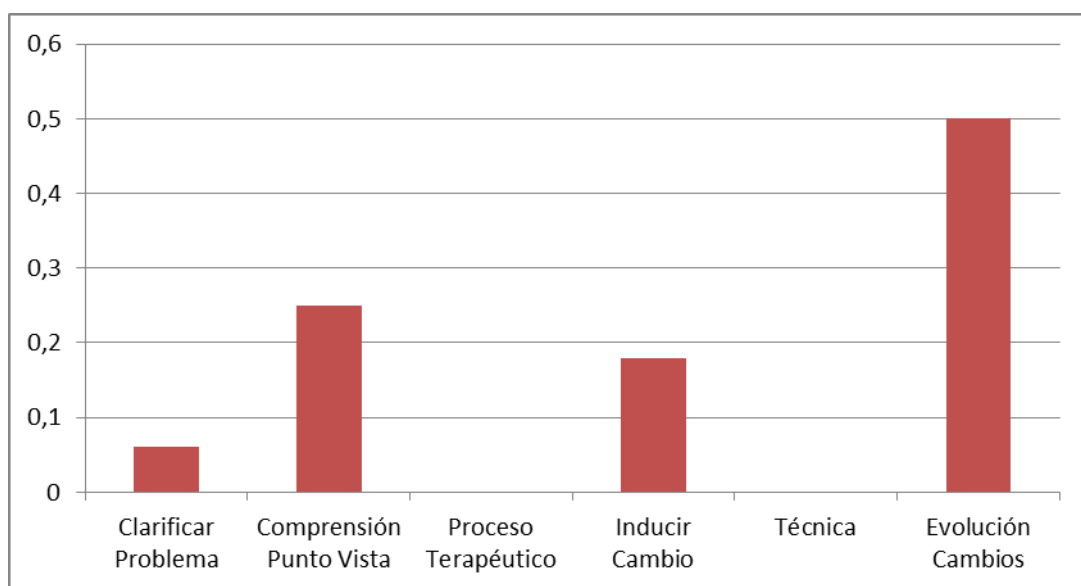


Figura 3.31. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 6-6.

B. Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) Paciente (APES) con avance en el código APES

Tal y como se ha planteado anteriormente pasamos a revisar los datos focalizando nuestra atención sobre los intercambios paciente – terapeuta – paciente en los que antes y después se ha producido un avance en los códigos APES (véase Tabla 3.11 y Figura 3.32). Si realizamos los comentarios sobre los valores obtenidos, centrándonos primero, en cada uno de los factores y en su frecuencia en los diferentes avances que se han producido, el Factor Clarificar el Problema, tal y como puede observarse en los datos, ha sido relevante en los intercambios en los que los valores iniciales de APES eran de 1, 2, y 3 provocando valores posteriores de 5, 3 y 4 respectivamente. Dicho de otro modo, un 25 % de los intercambios sobre los que ha incidido este conjunto de categorías ha sido en 1-5, un 50% para interacciones de 2-3 y un 25 % para intercambios 3- 4.

Tabla 3.11
Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) – Paciente (APES) con avance en código APES.

APES-APES	Intervención del Terapeuta					
	Clarificar Problema	Comprensión Punto vista	Proceso Terapéutico	Inducir Cambio	Técnica	Evolución Cambios
1...3	0	0	1 (33%)	0	0	0
1...5	1 (25%)	0	0	0	0	0
2...3	2 (50%)	2 (66%)	0	0	0	1 (16%)
2...5	0	0	0	0	0	1 (16%)
3...4	1 (25%)	1 (33%)	1 (33%)	0	0	0
4...5	0	0	0	0	0	1 (16%)
5...6	0	0	0	0	0	2(33%)
6...7	0	0	1 (33%)	1 (100%)	0	1 (16%)
Fc Columna (Σ)	4 (100%)	3 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	0	6 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

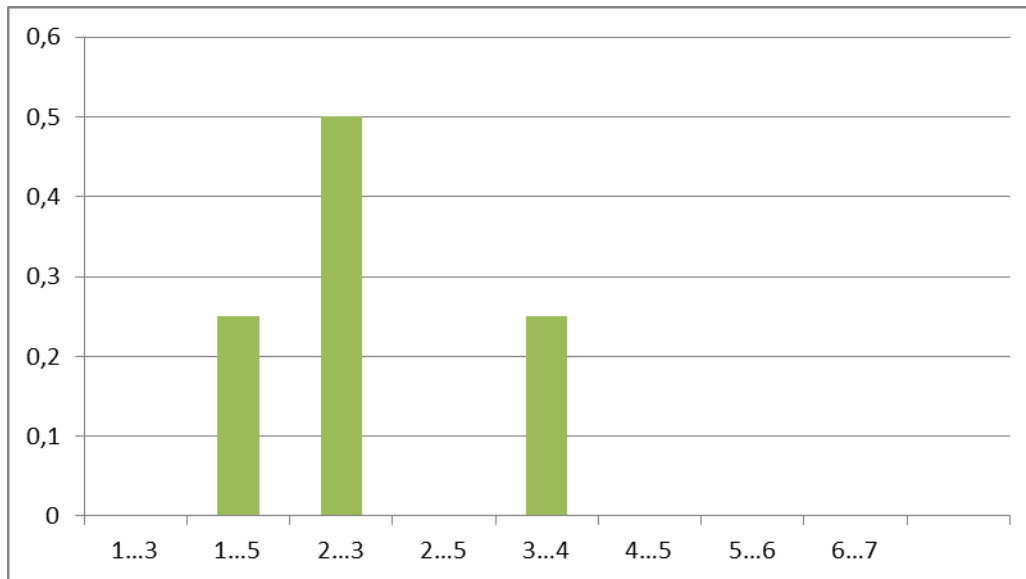


Figura 3.32
Factor Clarificar el Problema para los diferentes intercambios (avances)

Por otro lado, las categorías relativas a la Comprensión del Punto de Vista del Paciente han sido muy frecuentes en intercambios 2-3 (66%) y en interacciones 3-4 (33 %). En el resto de valores la frecuencia ha sido inexistente.

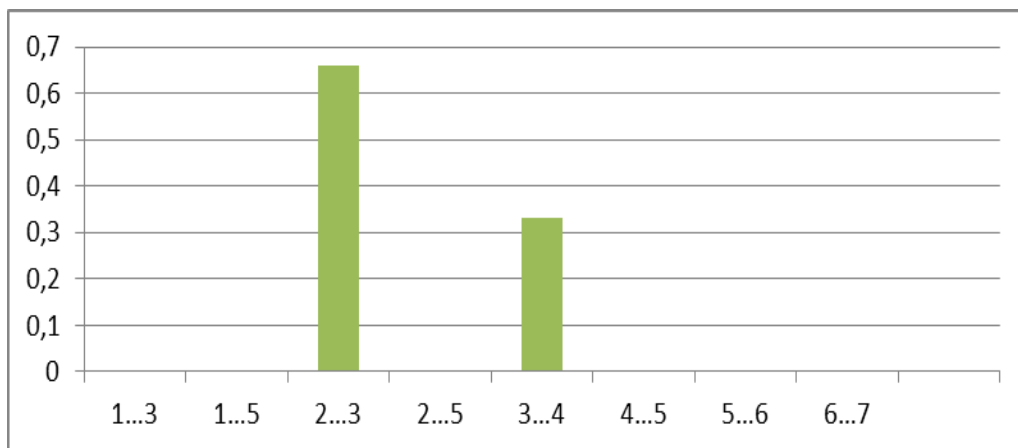


Figura 3.33. **Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente para los diferentes intercambios (avances)**

Finalmente, el Factor Evolución de los Cambios, en comparación con los que se han comentado, ha sido más frecuente en intercambios en los que los valores APES iniciales eran de 5 y los posteriores de 6, concretamente un 33 %. No obstante, este factor también ha

mostrado presencia en otros intercambios, en 6-7 en un 16% y también el mismo porcentaje en intercambios 4-5 así como en 2-3 y 2-5.

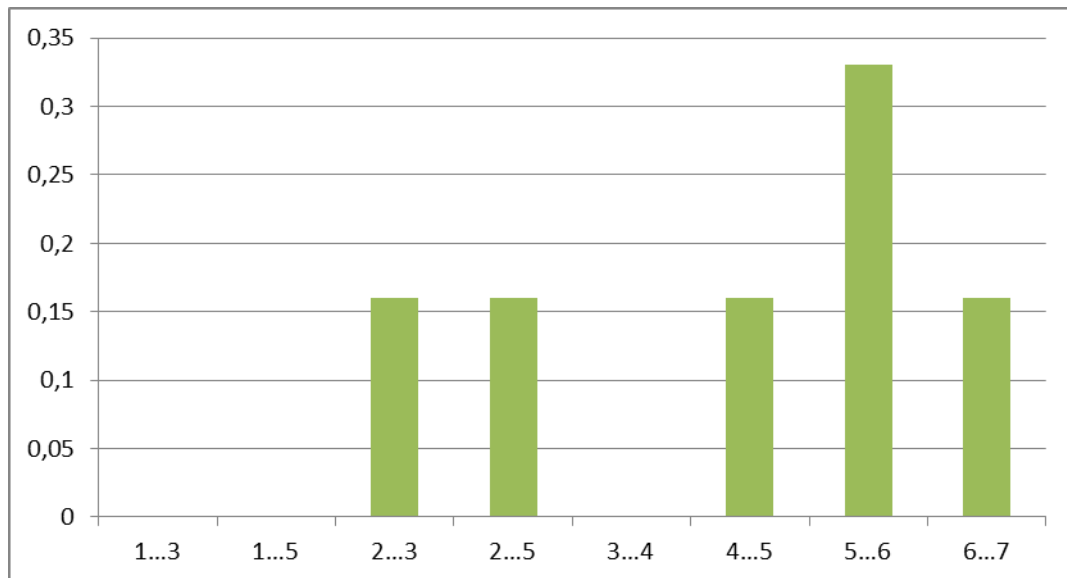


Figura 3.34
Factor Evolución de los Cambios para los diferentes intercambios (avances)

A continuación proseguimos con el análisis de los datos relativo a las interacciones paciente – terapeuta – paciente en los que se ha producido un avance pero ahora poniendo el énfasis no tanto sobre el factor de intervención y su peso sobre los diferentes intercambios sino para cada avance qué categoría de intervención es más frecuente (véase Tabla 3.12).

En los intercambios 2-3 los factores más frecuentes han sido Clarificar el Problema, representando el 40% de las acciones, y el de Comprensión del Punto de Vista aportando un 40% también de las intervenciones (véase Figura 3.35).

En las interacciones 3-4 ocurre algo parecido a lo remarcado en el párrafo anterior. Los factores más frecuentes son Clarificar el Problema, Comprensión del Punto de Vista y el del Proceso Terapéutico – Planning. Cada uno de ellos supone un 33 % de las intervenciones del terapeuta (véase Figura 3.36).

Tabla 3.12
Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) – Paciente (APES) con avance en código APES.

APES- APES	Intervención del Terapeuta						Fc Fila (Σ)
	Clarificar Problema	Comprensión Punto vista	Proceso Terapéutico	Inducir Cambio	Técnica	Evolución Cambios	
1...3	0	0	1 (100%)	0	0	0	1 (100%)
1...5	1 (100%)	0	0	0	0	0	1 (100%)
2...3	2 (40%)	2 (40%)	0	0	0	1 (20%)	5 (100%)
2...5	0	0	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)
3...4	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	0	0	0	3 (100%)
4...5	0	0	0	0	0	1 (100%)	1 (100%)
5...6	0	0	0	0	0	2 (100%)	2 (100%)
6...7	0	0	1 (33%)	1 (33%)	0	1 (33%)	3 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

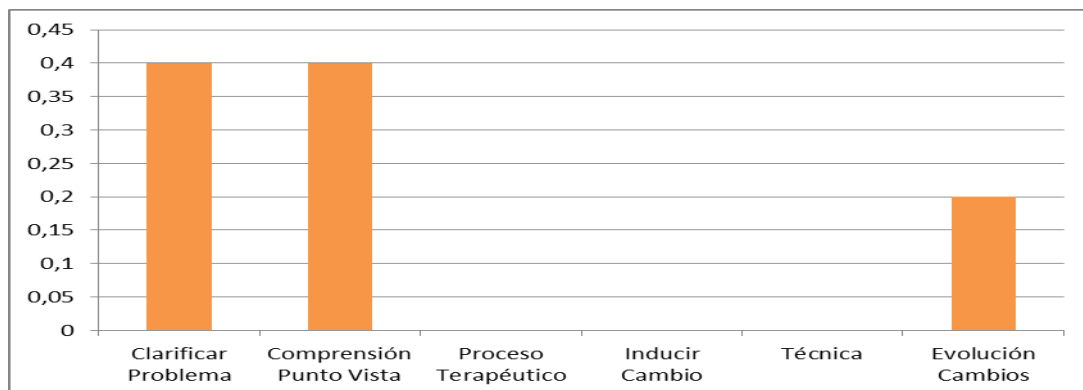


Figura 3.35. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 2-3.

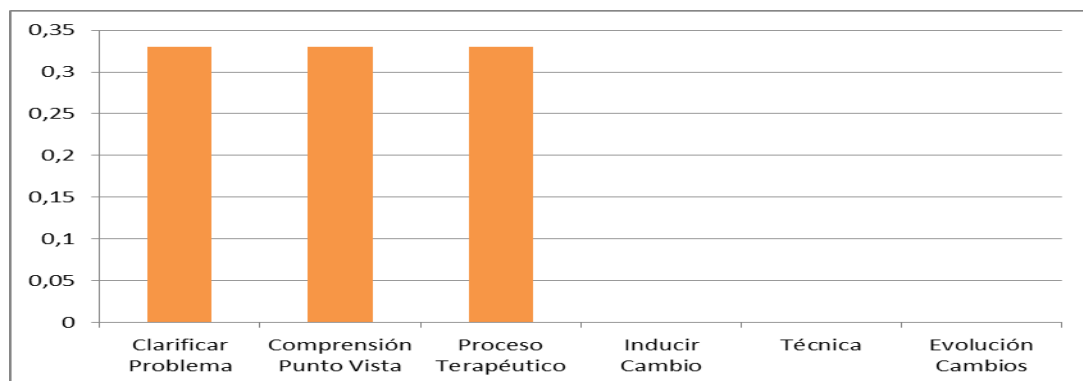


Figura 3.36. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 3-4.

Para los intercambios 4-5 y 5-6 el factor más relevante ha sido el de la Evolución de los Cambios, tal y como puede apreciarse en las Figuras 3.37 y 3.38. También ha tenido un peso muy importante para las interacciones 6-7.

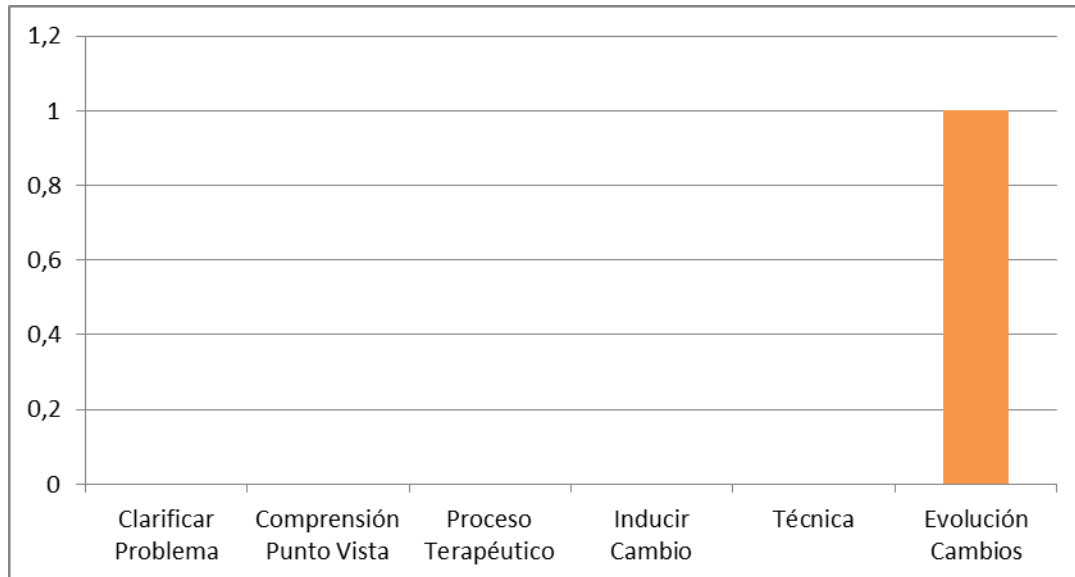


Figura 3.37. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 4-5.

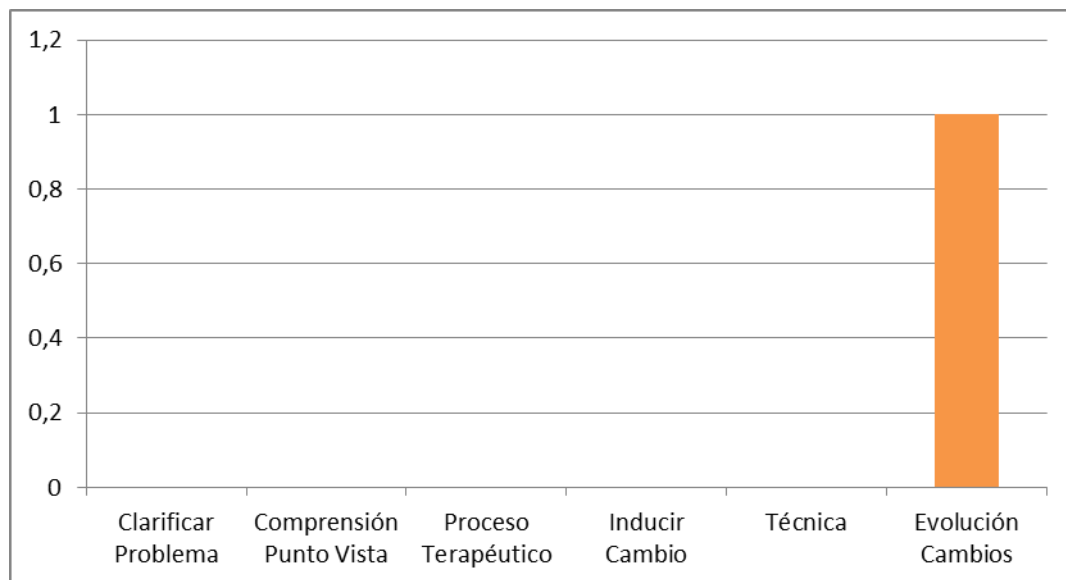


Figura 3.38. Factores de Intervención del terapeuta para los intercambios previos y posteriores a dichas acciones de 5-6.

C. Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) Paciente (APES) con retroceso en el código APES

Concluimos este apartado centrándonos en los retrocesos que se han producido. En primer lugar comentar que el número de retrocesos en los que nos hemos centrado ha sido bastante pequeño, sólo 11, ya que sólo hemos analizado aquellos que se han producido en los intercambios APES-TERAPEUTA-APES y que hemos seleccionado para estudiar la responsividad del terapeuta. Como puede apreciarse en la Tabla 3.13 lo más destacable es que el *Factor Clarificar el Problema* es el que mayor número de retrocesos registra, un total de 6. Además la mayoría suponen volver a un valor APES de 2 o de 3. Así pues, al Clarificar el Problema, la paciente pasa de un valor APES de 3 a uno de 2 en un 33 % de las ocasiones, de un nivel APES de 4 a 3 en un 16% y de una APES de 5 a una de 2 en un 50 %.

Tabla 3.13
Intercambios Paciente (APES) – Terapeuta (Categoría de intervención) – Paciente (APES) con retroceso en código APES.

APES...APES	Intervención del Terapeuta					
	Clarificar Problema	Comprensión Punto vista	Proceso Terapéutico	Inducir Cambio	Técnica	Evolución Cambios
3...1	0	1 (33%)	0	0	0	0
3...2	2 (33%)	0	1 (100%)	0	0	0
4...2	0	1 (33%)	0	0	0	0
4...3	1 (16%)	0	0	0	0	0
5...2	3 (50%)	0	0	0	0	0
6...5	0	1 (33%)	0	0	0	1 (100%)
Fc Columna (Σ)	6 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	0	0	1 (100%)

Nota. Fc = Frecuencia. Entre paréntesis aparecen los porcentajes.

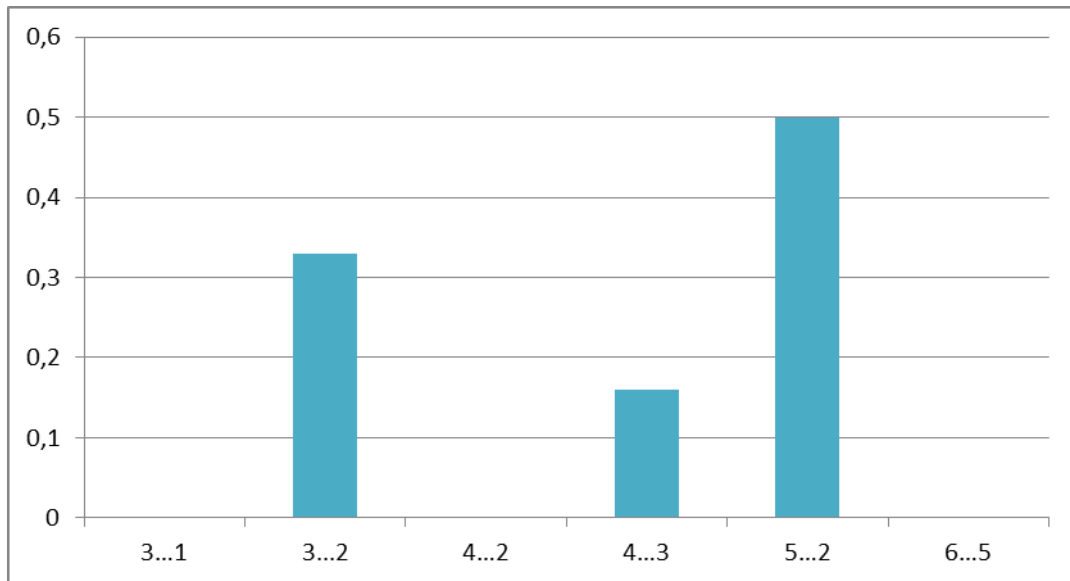


Figura 3.39. Factor Clarificar el Problema para los diferentes intercambios (retrocesos)

También el *Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente* presenta tres retrocesos. Al intentar el terapeuta Comprender el Punto de Vista de la Paciente, ésta pasa de un nivel APES de 3 a un valor APES de 1 en un 33% de las ocasiones, de un nivel APES de 4 a uno de 2 en un 33 % y de un nivel APES de 6 a un valor APES de 5, también en un 33 %.

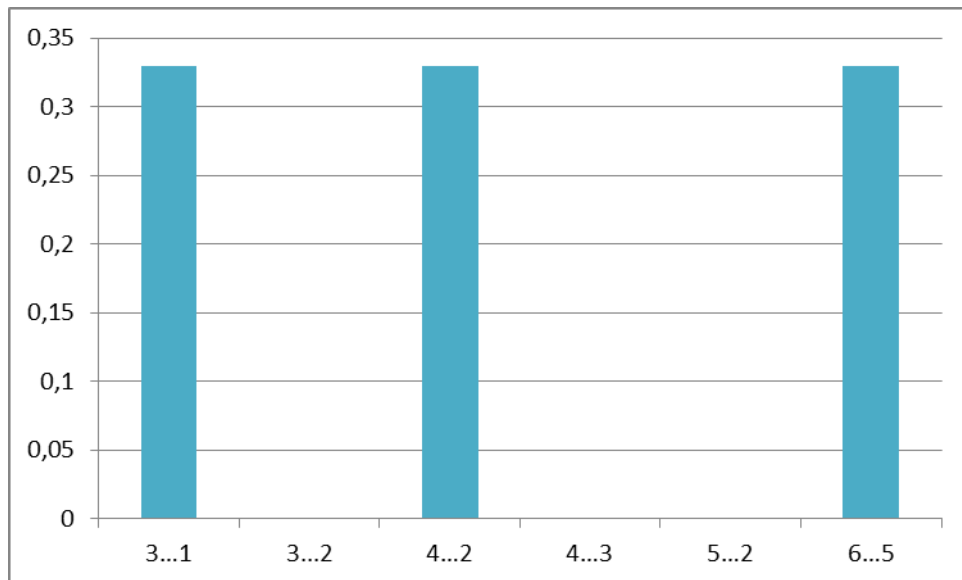


Figura 3.40. Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente para los diferentes intercambios (retrocesos)

Los dos retrocesos que faltan por comentar, uno está relacionado con el Factor Proceso Terapéutico – Planning, pasando la paciente de un valor APES de 3 a 2, y el otro está

relacionado con el Factor Evolución de los Cambios, y supone que Olivia estando en un nivel APES 6 retrocede a un valor APES 5. A continuación presentamos sus respectivas gráficas.

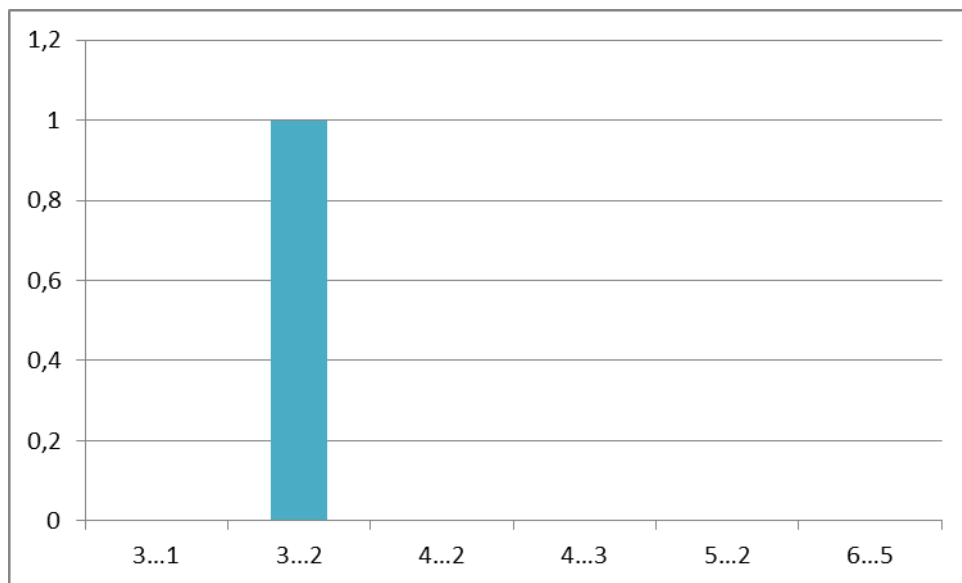


Figura 3.41. Factor Proceso Terapéutico - Planning para los diferentes intercambios (retrocesos)

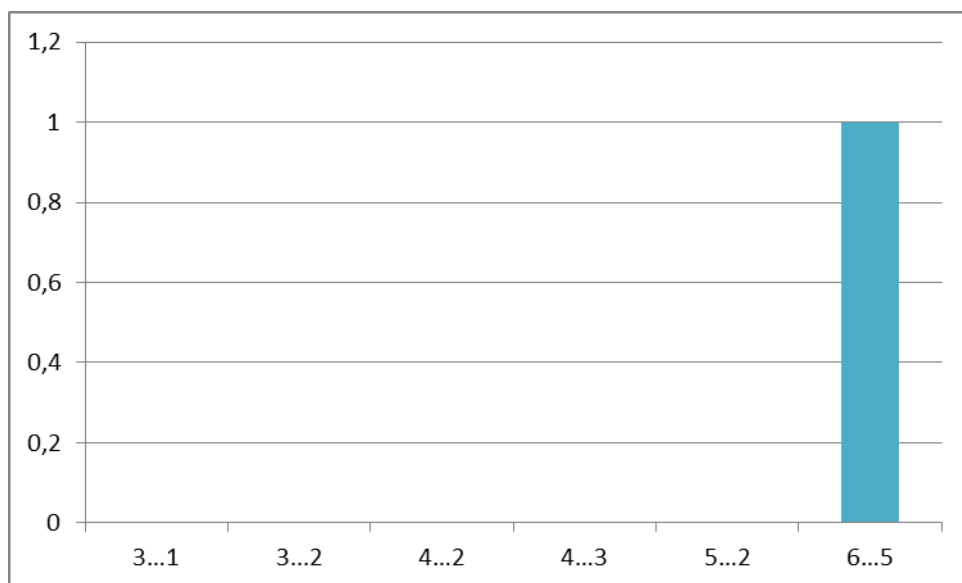


Figura 3.42. Factor Evolución de los Cambios para los diferentes intercambios (retrocesos)

3. Análisis de las actividades del terapeuta en relación con el Factor Técnica

Una cuestión que hay que destacar tanto del análisis de los datos realizado en base a los intercambios TERAPEUTA – APES como a los referidos al APES – TERAPEUTA – APES es que el *Factor Técnica* no ha estado presente en ninguna ocasión. Este aspecto será

tratado con mayor detalle en el apartado de discusión ya que proporciona información relevante acerca del proceso terapéutico.

Análisis cualitativos de las actividades del terapeuta

Para finalizar con los resultados y ya que los datos cualitativos con los que se ha trabajado se ofrecen de forma lingüística vamos a presentar ejemplos de algunos de los resultados más relevantes o significativos tanto por lo que se refiere al análisis realizado de los intercambios Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES) como de las secuencias de interacción Paciente (APES) – Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES). Los párrafos de las transcripciones que se presentan se han seleccionado en función de las categorías o actividades del terapeuta que han mostrado una mayor frecuencia para cada uno de los niveles APES, así como para los diferentes intercambios APES...APES.

1. Ejemplos Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES)

En aquellas interacciones Terapeuta – Paciente que requieren del contexto previo para comprenderse aparecen diferentes intercambios terapeuta – paciente. Es decir, en algunos casos para poder entender un intercambio TERAPEUTA – PACIENTE es necesario mostrar parte del diálogo anterior ya que si no es imposible interpretar correctamente lo que han querido decir el terapeuta y la paciente, y menos aún entender conjuntamente dicho intercambio.

Ejemplo 1 (Sesión 1):

T: ¿Y en este tiempo qué cosas has estado haciendo para de alguna manera resolver o solucionar el problema? (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta para indagar las soluciones*).

P: A ver, cuando a mí me empezó todo yo venía de fumar mucha marihuana, vale, y entonces cuando empezaron a darme las taquicardias y todo eso yo lo relacioné con eso y lo corté totalmente, vale. Y ¿Mn?, luego, pues lo que te he dicho (*APES 1*).

Ejemplo 2 (Sesión 1):

P: Después en el coche, por ejemplo, cuando voy con el coche lo paso muy mal. Porque en el coche me da mucha paranoia ese tema, y aparte del coche. ¿Sabes? Como...

T: Mmm-mm.

P: Como, no sé, miedos a tener un accidente.

T: Por lo tanto, a que pase algo (*Comprensión Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Exactamente. Entonces en el coche o me duermo o tengo que hacer el esfuerzo de pensar activamente en algo. ¿Sabes? (*APES 1*).

Ejemplo 3 (Sesión 1):

T: Bueno Olivia cuéntame que te pasa, y a partir de ese momento comenzamos a trabajar. Alguna cosa conozco que me habías dicho, pero vamos a empezar desde el principio por decirlo de alguna manera (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta para indagar el problema*).

P: Pues que me preocupa morirme o que me esté pasando algo (*APES 2*).

Ejemplo 4 (Sesión 1):

T: Se reduce. Mmm-mm. ¿Y a lo largo de la semana o a lo largo del mes con cuánta frecuencia puede o podemos decir que está apareciendo?

P: ¿Los pensamientos? Todos los días. Todos los días.

T: Todos los días estás dándole vueltas a algo (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Paráfrasis*).

P: O sea, a lo mejor las 24 horas no, pero bastante (*APES 2*).

Ejemplo 5 (Sesión 1):

T: Si en forma de preguntas, por eso te decía ¿si son preguntas o son a raíz de algo?, si a veces aparecen de manera espontánea por decirlo de algún modo sin estar relacionado con

algo. Y cuando tienes un dolor de cabeza y empieza a aparecer el tema este de la muerte, ¿qué haces?

P: Pues, ¿Mn?, me quedo, yo qué sé, es difícil de explicar. Me quedo como sin parar.

T: Tú explícalo mal y ya lo iremos desenmarañando por decirlo de algún modo. Para poder trabajar de manera eficaz la parte de definir bien el problema es importante para luego poder ser eficaces en el trabajo o en la intervención. ¿Vale? (*Proceso Terapéutico – Planning: Clarificación del proceso de terapia*).

P: Pues yo creo que como que me olvido del mundo fuera de mí, ¿sabes?, y me concentro totalmente en mi cuerpo, en la cabeza en este caso y estoy muy atenta, ¿sabes? (*APES 2*).

Ejemplo 6 (Sesión 1):

T: Mmm-mm. ¿Y es solamente ante un desencadenante físico de algo o ahora ya es ante pensamientos? (*Clarificar el Problema: Pregunta con dos alternativas*).

P: Ante pensamientos, o sea, ahora de las dos maneras (*APES 3*).

Ejemplo 7 (Sesión 1):

T: Mmm-mm. ¿Y es solamente ante un desencadenante físico de algo o ahora ya es ante pensamientos?

P: Ante pensamientos, o sea, ahora de las dos maneras.

T: De las dos maneras.

P: Antes siempre era por algún dolor, o por alguna sensación que yo notaba.

T: Mmm-mm. Ahora pueden venir tanto por esas sensaciones como por una idea o un pensamiento en un momento determinado (*Comprensión Punto de Vista del Paciente: Paráfrasis*).

P: Mn (*APES 3*).

Ejemplo 8 (Sesión1):

T: Mmm-mm. No, no me parece tonto, quiero decir, lo normal con los miedos entre comillas es que funcionen de esta manera, es decir, tú racionalmente sabes cómo está funcionando el miedo, sabes que te aparece a raíz de, pues en este caso, por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza o un gran dolor de cabeza, da igual, y a partir de ese momento empiezas a pensar en la posibilidad de que sufieras un derrame, un ictus, yo que sé, mil cosas. ¿No? Racionalmente sabes que eso no se va a producir, es decir, ¿no? (*Proceso Terapéutico – Planning: Psicoexplicación - Aprendizaje*).

P: O sí, eso es lo que peor llevo (ríe). Que digo: “que no pasa nada, que no me va a pasar” pero está la posibilidad. Y eso hace que continúe (*APES 3*).

Ejemplo 9 (Sesión 1):

T: El problema no está en que exista o no exista esa probabilidad, sino que vamos a suponer que eso sucediese dentro de 50 años, y yo durante esos 50 años le he estado dando vueltas pensando que eso pudiera pasar, claro alguna vez pasará, a lo mejor. ¿Me entiendes lo que te quiero decir? Esto es importante, esto es importante, porque por un lado es normal que a veces ante determinadas cosas en nuestra cabeza nos impacientemos, nos generen malestar, nos generen dudas acerca de algo y otra cosa es una vez que me aparece eso yo qué hago con ello. La probabilidad existe, o sea, esa certeza tenla clara, esa certeza existe, lo que pasa que la pregunta es, ¿el hecho de hacer lo que haces te ayuda, resuelve la situación, resuelve la probabilidad de que eso aparezca o no aparezca o por el contrario se puede incrementar o a veces se incrementa? (*Inducir un Cambio: Pregunta con ilusión de alternativas - intervención*).

(Silencio)

P: No, que no ayuda (ríe) (*APES 3*).

Ejemplo 10 (Sesión 1):

T: Mmm-mm. Y entonces en el tema del miedo a la muerte cuando te aparecen ideas, ¿qué tipo de ideas son: pensamientos, preguntas que te haces, respuestas que te das? (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta concreta para indagar el problema*).

P: Pues de normal es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es: “¿Qué me da!”, ¿sabes?, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco, ¿sabes? (*APES 4*).

En los ejemplos que se acaban de presentar relativos a la primera sesión las actividades terapéuticas se han focalizado principalmente en *Clarificar el Problema*, en *Comprender el Punto de Vista de la Paciente* y en el *Factor Proceso Terapéutico – Planning*, mostrando la paciente, a continuación, niveles APES de 1, 2, 3 y 4.

Ejemplo 11 (Sesión 2):

T: Sí que al final se va a tratar de gestionar o controlar los pensamientos de una manera diferente a como lo que estás haciendo hasta ahora, ya que evitar pensar no funciona, ¿vale?

P: Ehhh. Luego que cambiaría mi comportamiento y me preocuparía por estar..., o sea, me preocuparía por estar siempre ocupada ya que en los momentos que más me viene todo eso son los de estar en el sofá, viendo la tele, más de relax.

T: Mmm-mm (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Entonces si me preocupara por estar haciendo siempre cosas, sabes, y no parar pues a corto plazo tendría la cabeza ocupada pero que no estaría, supongo, supongo no, que empeoraría vamos (*APES 4*).

Ejemplo 12 (Sesión 2):

P: Sobre todo en lo que me dijiste, pues preguntas no, hubo algo que dijiste que estoy intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable.

T: Ajá.

P: Pues a eso le di muchas vueltas porque a mí no se me había ocurrido verlo así, ¿sabes?, y como que...

T: Como que es una posibilidad...

P: Mn.

(Silencio)

T: Vale. Entonces has estado dándole vueltas a esto. Entonces dices que esto te ha ayudado (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

P: Sí, pues estaba más tranquila, bueno más tranquila no, que no me dió... (APES 5).

En cuanto a estos párrafos, correspondientes a la sesión 2, las actividades terapéuticas se han centrado en *Comprender el Punto de Vista de la Paciente* y en determinar la *Evolución de los Cambios*, mostrando la paciente niveles APES de 4 y 5.

Ejemplo 13 (Sesión 3):

T: Bien, vale, aunque tú no le digas nada a alguien la otra persona sí que percibe el hecho de que no decirle algo ya es decirle algo, y eso también, pero bueno. Parece estar bien la cosa. Entonces, ¿se han producido unos pequeños cambios positivos, muy positivos? (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

(Risas)

P: Sí (APES 6).

El ejemplo 13 y el 14 muestran como el terapeuta valora con las actividades que utiliza (*Evolución de los Cambios*) los cambios que va experimentando la paciente entre sesión y sesión con la finalidad de realizar un seguimiento de Olivia y determinar si continúa mejorando, o si por el contrario ha experimentado alguna recaída.

Ejemplo 14 (Sesión 6):

T: Vale. Que quizás de 9,4 al 10 simplemente lo que falta es el tiempo y yo sistemáticamente voy en el tiempo manteniendo y haciendo lo que he estado haciendo hasta ahora. ¿Te ha hecho falta utilizar alguna de las técnicas, de las estrategias que ya llevabas en marcha? *(Evolución de los Cambios: Escala de 0-10 para valorar los cambios).*

P: No (APES 7).

2. Ejemplos Paciente (APES) – Terapeuta (Intervención) – Paciente (APES)

En aquellas interacciones Paciente - Terapeuta – Paciente que requieren del contexto previo para comprenderse aparecen diferentes intercambios paciente - terapeuta – paciente.

A. Intercambios en los que los niveles APES previos y posteriores a la intervención terapéutica han sido los mismos

Ejemplo 1 (Sesión 1):

T: He dicho que te focalizas en él. Si te focalizas o no te focalizas, el dolor de cabeza se irá cuando se quiera ir.

P: Pues sí lo focalizo (APES 2).

T: No dependerá tanto de ti, ¿no? Sino que dependerá pues de tomarse alguna pastilla o alguna medicación que sea para el dolor de cabeza y toda una serie de cosas. La pregunta va más relacionada con eso, tengo el dolor de cabeza, empiezo a focalizarme en eso, ¿y el hecho de focalizarme hace que se incremente el dolor o se reduce?, ¿hace que desaparezca o se reduce?, ¿el malestar aumenta o desaparece? Por lo que dices el malestar aumenta *(Clarificar el Problema: Pregunta con dos alternativas).*

P: El malestar yo creo que es como que en principio aumenta hasta que llega un punto que ya se va reduciendo (APES 2).

Con las preguntas con dos alternativas el terapeuta facilita a la paciente encontrar una respuesta, evitando que ésta se bloquee.

Ejemplo 2 (Sesión 1):

T: Se reduce. Mmm-mm. ¿Y a lo largo de la semana o a lo largo del mes con cuánta frecuencia puede o podemos decir que está apareciendo?

P: ¿Los pensamientos? Todos los días. Todos los días (*APES 2*).

T: Todos los días estás dándole vueltas a algo (*Comprensión del Punto de Vista: Paráfrasis*).

P: O sea, a lo mejor las 24 horas no, pero bastante (*APES 2*).

Ejemplo 3 (Sesión 1):

P: Pero entonces, por ejemplo, yo hace dos años hacia atrás nunca me venían pensamientos así...Pues mi pregunta es, sí, o sea, ¿los pensamientos estos son ya para siempre? (*APES 2*)

T: No. Eso es lo que tenemos que trabajar (*Proceso Terapéutico – Planning: Metas terapéuticas realistas*).

P: Vale, pero no sólo que cuando me vengan, eh, lo que tú has dicho de que cuando te vengan que sepas lo que hacer, vale, hasta ahí correcto, pero ¿damos por supuesto qué tengan que venir o puede llegar un día que ya no tengan por qué venirme? (ríe) (*APES 2*).

Ejemplo 4 (Sesión 1):

T: El problema no está en que exista o no exista esa probabilidad, sino que vamos a suponer que eso sucediese dentro de 50 años, y yo durante esos 50 años le he estado dando vueltas pensando que eso pudiera pasar, claro alguna vez pasará, a lo mejor. ¿Me entiendes lo que te quiero decir? Esto es importante, esto es importante, porque por un lado es normal que a veces ante determinadas cosas en nuestra cabeza nos impacientemos, nos generen malestar, nos generen dudas acerca de algo y otra cosa es una vez que me aparece eso yo qué hago con ello. La probabilidad existe, o sea, esa certeza tenla clara, esa certeza existe, lo que pasa que la pregunta es, ¿el hecho de hacer lo que haces te ayuda, resuelve la situación, resuelve la probabilidad de que eso aparezca o no aparezca o por el contrario se puede incrementar o a veces se incrementa?

(Silencio)

P: No, que no ayuda (ríe) (APES 3).

T: ¿Se incrementa? (*Clarificar el Problema: Pregunta cerrada para indagar el problema*)

P: Mn (APES 3).

Ejemplo 5 (Sesión 2):

T: Si yo quisiera empeorar qué tendría que hacer o no hacer.

P: Pues continuar evitando situaciones críticas que es lo que tú has dicho (APES 3).

T: Acaba, acaba, continúa (*Comprensión del Punto de Vista: Facilitación de la explicación del paciente*).

P: (Ríe) Evitar ver programas, conversaciones sobre la muerte, enfermedades, etc..., evitar los coches, el metro ya que son situaciones en las que muy probablemente me van a venir este tipo de pensamientos (APES 3).

Ejemplo 6 (Sesión 1):

T: Bien. Y lo otro que quería que hicieras, aunque más que un ejercicio es una pregunta para comenzar a pensar y organizar cosas. Si el hecho de intentar, bueno, que te plantees si el hecho de intentar no pensar cuando te vienen esas ideas te ayuda, aunque a corto plazo parece que sí, a largo plazo parece que empeora la situación, y si cuando intentas evitar o no hacer algo para que no aparezca el miedo, eso, ¿mejora o empeora?

P: Empeora.

T: Empeora. Entonces con esas dos soluciones lo que quiero es que empieces a darle vueltas o a reflexionar acerca de ellas, concretamente sobre el hecho de si eso va a reducir el miedo o lo va a incrementar, si lo hace desaparecer o por otro lado lo alimenta, es decir, cuando yo me planteo dejar de hacer las prácticas del coche, ¿eso me ayuda, esa evitación me ayuda o me empeora?

P: Pues en el momento me ayuda pero luego empeora (APES 3).

T: A largo plazo me empeora. ¿Me hace tener más confianza en mí o menos? (*Inducir un Cambio: Pregunta con ilusión de alternativas - intervención*).

P: Menos (*APES 3*).

Ejemplo 7 (Sesión 2):

T: Vale, vale. Cuando dices que... perdóname, que te voy a ir parando, ya que lo que tú vayas comentando lo tienes muy claro pero a mí me hace falta hacerme una fotografía exacta de lo que de alguna manera ha ido sucediendo o ha ido ocurriendo y entonces vamos compartiendo cosas. ¿Cuándo dices pensando, a qué le dabas vueltas, qué dudas, qué preguntas te surgían?

P: Sobre todo en lo que me dijiste, pues preguntas no, hubo algo que dijiste que estoy intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable (*APES 4*).

T: Ajá (*Comprensión del Punto de Vista: Sintonía*).

P: Pues a eso le dí muchas vueltas porque a mí no se me había ocurrido verlo así, ¿sabes?, y como que... (*APES 4*).

Ejemplo 8 (Sesión 1):

T: Existen probabilidades pero el problema no está en que hayan probabilidades de que pase. A nivel físico el problema no está en que haya probabilidades de que pase porque en el momento en que pasase tú no tienes control sobre eso. Estás intentando controlar algo de lo que no tienes control con el pensamiento. No sé si me estoy consiguiendo explicar.

P: Mn (*APES 4*).

T: Es decir, a veces intentamos controlar, y en ese momento es donde dices tú: “sé que no debería de hacerlo así”. Estás intentando controlar la probabilidad de que pudieras tener un derrame o un ictus o un problema del tipo que sea con el pensamiento (*Proceso Terapéutico – Planning: Psicoexplicación - Aprendizaje*).

(Silencio)

P: Mn (*APES 4*).

Los ejemplos que acabamos de presentar, extraídos de las transcripciones, y correspondientes a las sesiones 1 y 2, nos indican que en los intercambios (triples) APES 2... APES 2, APES 3... APES 3 y APES 4...APES 4 las intervenciones que ha utilizado el terapeuta han sido Clarificar el Problema, Comprender el Punto de Vista de la Paciente, Facilitar el Proceso Terapéutico - Planning e Inducir un Cambio. Ya desde las primeras sesiones el terapeuta comienza a provocar un pequeño cambio, una vez que ha conocido exactamente cuál es el problema de la paciente y ha comprendido su visión de la dificultad.

Ejemplo 9 (Sesión 3):

P: No he tenido nervios, nada, nada, muy bien, como si estuviera normal (*APES 5*).

T: Hombre eres normal (risas), lo anormal hoy en día es ser normal. Sí, sí has oído bien. Lo anormal hoy en día es ser normal. Bien, entonces cuando dices que no has tenido nervios, que no has pensado tanto, ¿no has pensado en absoluto o muy poco? (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

P: Si me ha venido algo en algún momento a la cabeza relacionado con... pues yo que sé, pues que no le hecho caso (*APES 5*).

Ejemplo 10 (Sesión 7):

P: Y yo que sé, pues muy bien, porque no pensé en ningún momento nada malo, o sea, así como antes como ya te comenté cuando íbamos al pueblo pues yo qué sé siempre me venían pensamientos de que estamos muy lejos de la civilización y si pasara algo... (*APES 6*)

T: Mmm-mm (*Comprensión del Punto de Vista: Sintonía*).

P: ...No tienes la disponibilidad de la atención médica, y nada, eso lo pensaba antes y este viaje ha sido que no me ha venido a la cabeza nada (*APES 6*).

Ejemplo 11 (Sesión 7):

P: Luego, además de eso también un cambio en cuanto a la consideración, ya no sólo que no me pongo nerviosa sino que si en algún momento percibo que, no sé, que estoy más preparada para afrontar si me viniera una situación de éstas, ¿sabes?

T: ¿Tienes recursos vamos?

P: Exacto (*APES 6*).

T: Tienes recursos y eso de alguna manera me da control, confianza (*Inducir un Cambio: Reestructuración del punto de vista - significado*).

P: Mn (*APES 6*).

Ejemplo 12 (Sesión 6):

P: Pues muy bien (*APES 6*).

T: Muy bien, siguen las cosas bien, ¿seguro? No me engañes, es broma. Bien, ¿ha habido alguna variación? (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

P: Fui al cine (*APES 6*).

Ejemplo 13 (Sesión 8):

T: ¿Se han mantenido los cambios?

P: Sí (*APES 7*).

T: ¿Algún retroceso o recaída? (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

P: No (*APES 7*).

En los ejemplos correspondientes a las sesiones posteriores a la tercera sesión el terapeuta quiere continuar induciendo un cambio, de manera que el cambio experimentado por Olivia cada vez sea mayor y al mismo tiempo valora constantemente el avance, o no, de dicha mejoría.

B. Intercambios en los que los niveles APES posteriores a la intervención terapéutica suponen un avance respecto del valor previo

Ejemplo 1 (Sesión 1):

P: Mmm-mm. Y hay veces que estoy haciendo algo, o sea por ejemplo, estoy hablando, viendo un programa por la TV que tengo interés y me viene pues intento quitármelo porque me quita la atención en la TV, ¿sabes?, entonces intento cuanto antes quitarlo de la cabeza (APES 1).

T: Mmm-mm. ¿Y cuánto más intentas quitarlo de la cabeza lo consigues o no lo consigues? (Clarificar el Problema: Pregunta con ilusión de alternativas).

P: Hombre, yo creo que lo suelo conseguir, sí (APES 5).

Ejemplo 2 (Sesión 1):

P: Yo creo que a medida que, o sea conforme se acerca la noche + T: Mmm-mm + cuando me da, me pongo más nerviosa, como más tensa (APES 2).

T: Mmm-mm. Pero la pregunta es, ¿tú te lo intentas quitar y cuanto más te lo intentas quitar más vuelve después?, ¿es así? (Clarificar el Problema: Pregunta cerrada para indagar el problema).

P: Pues sí (APES 3).

Ejemplo 3 (Sesión 1):

P: Sobre todo cuando no estoy haciendo nada en concreto...

T: Mmm-mm.

P: ...me vienen prácticamente siempre. Si estoy haciendo cosas, no los tengo tan a menudo, pero también puede ser que de repente... (APES 2)

T: ...te aparezcan (Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía).

P: Sí. Sobre todo si estoy haciendo cosas yo creo que está más relacionado con que note yo algo (APES 3).

Ejemplo 4 (Sesión 1):

P: Sí, y con la muerte, el programa 1000 maneras de morir y tal, y si lo ponen en mi piso les pido a mis compañeros que por favor lo quiten que sólo de oírla, ¿sabes? (APES 3).

...

T: Mmm-mm. Y entonces en el tema del miedo a la muerte cuando te aparecen ideas, qué tipo de ideas son: pensamientos, preguntas que te haces, respuestas que te das (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta concreta para indagar el problema*).

P: Pues de normal es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es: “Que me da”, ¿sabes?, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco, ¿sabes? (APES 4).

Ejemplo 5 (Sesión 1):

T: Mmm-mm. No, no me parece tonto, quiero decir, lo normal con los miedos entre comillas es que funcionen de esta manera, es decir, tú racionalmente sabes cómo está funcionando el miedo, sabes que te aparece a raíz de, pues en este caso, por ejemplo, un pequeño dolor de cabeza o un gran dolor de cabeza, da igual, y a partir de ese momento empiezas a pensar en la posibilidad de que sufieras un derrame, un ictus, yo que sé, mil cosas. ¿No? Racionalmente sabes que eso no se va a producir, es decir, ¿no?

P: O sí, eso es lo que peor llevo (ríe). Que digo: “que no pasa nada, que no me va a pasar” pero está la posibilidad. Y eso hace que continúe (APES 3).

...

T: Existen probabilidades pero el problema no está en que hayan probabilidades de que pase. A nivel físico el problema no está en que haya probabilidades de que pase porque en el momento en que pasase tú no tienes control sobre eso. Estás intentando controlar algo de lo

que no tienes control con el pensamiento. No sé si me estoy consiguiendo explicar (*Proceso Terapéutico – Planning: Psicoexplicación - Aprendizaje*).

P: Mn (*APES 4*).

Si nos fijamos en los avances en los niveles APES que manifiesta la paciente a lo largo de la sesión 1 las actividades que realiza el terapeuta entre un valor APES y el siguiente se focalizan en *Clarificar el Problema*, en *Comprender el Punto de Vista de la Paciente* y en el *Factor Proceso Terapéutico – Planning*.

Ejemplo 6 (Sesión 2):

P: Ehhh. Luego que cambiaría mi comportamiento y me preocuparía por estar..., o sea, me preocuparía por estar siempre ocupada ya que en los momentos que más me viene todo eso son los de estar en el sofá, viendo la tele, más de relax (*APES 3*).

T: Mmm-mm (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Entonces si me preocupara por estar haciendo siempre cosas, sabes, y no parar pues a corto plazo tendría la cabeza ocupada pero que no estaría, supongo, supongo no, que empeoraría vamos (*APES 4*).

Ejemplo 7 (Sesión 2):

P: Pues a eso le dí muchas vueltas porque a mí no se me había ocurrido verlo así, ¿sabes?, y como que... (*APES 4*)

...

T: Vale. Entonces has estado dándole vueltas a esto. Entonces dices que esto te ha ayudado (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios*).

P: Sí, pues estaba más tranquila, bueno más tranquila no, que no me dió... (*APES 5*).

Ejemplo 8 (Sesión 3):

T: Pero, ¿qué se producía?, ¿intentabas generarte el miedo y no podías y volvías a intentarlo otra vez...?

P: O sea la mente, porque físicamente yo no me sé controlar pero intentaba pensar todo lo que pienso cuando me venía y no... (APES 5).

T: Y se te generaban las sensaciones fisiológicas, o ¿tampoco? (*Evolución de los Cambios: Revisión de las tareas*).

P: Tampoco (APES 6).

Ejemplo 9 (Sesión 6):

T: No hace falta que me digas un 10 porque a veces como dices tú, el 10 supone un mantenimiento de lo que ya estoy haciendo en el tiempo, y un reforzar lo que ya he cambiado o el aprendizaje que se está produciendo, con lo cual no es que yo tenga interés en que tú digas un 10 sino que tú digas el valor que consideres, lo primero es, ¿sigues estando en 9 como mínimo? Y la respuesta es sí.

P: Mn.

T: Si estás en 9 como mínimo la pregunta es, ¿has subido un poquito? No para llegar al 10 sino que te encuentres un poquito mejor en algunas cosas.

...

T: ¿Nueve coma...?

P: Pues 9,4 (APES 6).

T: Vale. Que quizás de 9,4 al 10 simplemente lo que falta es el tiempo y yo sistemáticamente voy en el tiempo manteniendo y haciendo lo que he estado haciendo hasta ahora. ¿Te ha hecho falta utilizar alguna de las técnicas, de las estrategias que ya llevabas en marcha? (*Evolución de los Cambios: Escala de 0-10 para valorar los cambios*).

P: No (APES 7).

Si atendemos ahora a los avances en los niveles APES que manifiesta la paciente en las sesiones 2, 3 y 6, las actividades que realiza el terapeuta entre un valor APES previo y el posterior se focalizan en *Comprender el Punto de Vista de la Paciente* y en el *Factor Evolución de los Cambios*.

C. Intercambios en los que los niveles APES posteriores a la intervención terapéutica suponen un retroceso respecto del valor previo

Retroceso 1 (Sesión 1):

[T: Se reduce. Mmm-mm. ¿Y a lo largo de la semana o a lo largo del mes con cuánta frecuencia puede o podemos decir que está apareciendo?

P: ¿Los pensamientos? Todos los días. Todos los días.

T: Todos los días estás dándole vueltas a algo.

P: O sea, a lo mejor las 24 horas no, pero bastante.

T: Mmm-mm.

P: Sobre todo cuando no estoy haciendo nada en concreto...

T: Mmm-mm.

P: ...me vienen prácticamente siempre. Si estoy haciendo cosas, no los tengo tan a menudo, pero también puede ser que de repente +.

T: Te aparezcan +.

P: Sí. Sobre todo si estoy haciendo cosas yo creo que está más relacionado con que note yo algo (*APES 3*).

T: Mmm-mm. ¿Y cuánto tiempo puede durar esa idea o ese pensamiento? Se desencadena, y aparece, ¿y qué hace?, ¿él solo se va o está un buen rato? (*Clarificar el Problema: Pregunta con dos alternativas*).

P: ¿Mn? Pues a veces, depende de, no suele estar por ejemplo mucho rato, a qué os referís, ¿media hora? No tanto no. Pero, joder, esto de estar ahí dándole vueltas. No sé, cinco minutos, por ahí. Igual se me va pero al poco me vuelve a venir la idea (*APES 2*).

Retroceso 2 (Sesión 1):

[P: Después en el coche, por ejemplo, cuando voy con el coche lo paso muy mal. Porque en el coche me da mucha paranoia ese tema, y aparte del coche. ¿Sabes? Como...

T: Mmm-mm.

P: Como, no sé, miedos a tener un accidente + (APES 3).

T: A que pase algo (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Exactamente +. Entonces en el coche o me duermo o tengo que hacer el esfuerzo de pensar activamente en algo. ¿Sabes? (APES 1)]

Tanto en estos dos primeros retrocesos, como en muchos de los siguientes las actividades del terapeuta se han focalizado en Clarificar el Problema y en Comprender el Punto de Vista de la Paciente.

Retroceso 3 (Sesión 1):

[P: Pues de normal es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es: “Que me da”, ¿sabes?, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco, ¿sabes? (APES 4).

...

T: ¿Pero entonces relacionado con el tema de la muerte y la posibilidad de que te pudieras morir hay un desencadenante casi siempre físico? (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta concreta para indagar el problema*).

P: No porque luego también está cuando no me da físico, y es cuando pienso: “¿Y si me muriera?”. “¿Y si me muriera ahora?”. ¿Sabes? (APES 3).]

Retroceso 4 (Sesión 1):

[T: Y cuanto más te focalizas en el dolor, ¿más desaparece o menos?

P: Pues, ¿Mn?, a veces, depende, porque por ejemplo los dolores de pecho suelen desaparecer cuando me concentro y me digo mucho a mí misma: “va que no pasa nada” no sé qué, sabes, porque, yo qué sé, objetivamente por decirlo de algún modo yo sé que pues que no tengo ningún problema, que no debería tener estos pensamientos, y entonces me digo: “va no sé qué, tal”. Y entonces suele desaparecer el dolor. El nervio se me queda, ¿sabes? (APES 4).

T: Mmm-mm (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Y en la cabeza es más complicado, no siempre desaparece. No aumenta pero no soy capaz de calmarme o focalizarme para que se vayan, ¿sabes? (APES 2).]

En el retroceso 3 y en el 4 nuevamente las actividades del terapeuta se centraron bien en Clarificar el Problema de la paciente bien en Comprender su Punto de Vista. Como puede observarse también, la mayoría de los retrocesos que se han analizado (tomando en consideración los retrocesos que se producen en los triples intercambios APES – TERAPEUTA – APES) han ocurrido en la sesión 1, en concreto, de los 11 retrocesos 6 pertenecen a dicha sesión.

Retroceso 5 (Sesión 1):

[T: Mmm-mm. ¿Y cuánto más intentas quitarlo de la cabeza, *el pensamiento*, lo consigues o no lo consigues? (lo que está en cursiva no aparece en la transcripción, se ha añadido con ánimo de favorecer la comprensión de este extracto)

P: Hombre, yo creo que lo suelo conseguir, sí.

T: ¿A corto plazo?

P: Sí, claro (APES 5).

T: ¿Y luego vuelve o ya no vuelve? (*Clarificar el Problema: Pregunta con dos alternativas*).

P: Vuelve (APES 2).]

Retroceso 6 (Sesión 1):

[P: Pues sí. (APES 3).

T: Te pregunto a ti porque estamos conociendo cómo funciona digamos esa dificultad o ese problema, llámalo como quieras. Entonces estas preguntas son importantes de cara a eso, ¿eh? Entonces un pensamiento que yo me intento quitar, lo quito momentáneamente, a corto plazo, pero luego vuelve incluso a veces podría ser que volviera no con más intensidad pero sabemos que tenemos certeza de que vuelva y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir, ¿vale?

Y en esas otras situaciones que dices, por ejemplo en clase, ¿qué estás dándole vueltas a cuáles son las opciones que tienes para salir de esa situación en caso de que algo pasara? *(Clarificar el Problema: Pregunta abierta para indagar las soluciones).*

(Silencio)

P: Exacto. A veces, en lugar de pensar me voy a morir, pienso: ¿y si me diera y no me muriera, qué es lo que pasaría?, ¿sabes?, ¿o qué es lo que...? + T: Mmm-mm + Me simulo situaciones, ¿sabes?, me simulo situaciones, pues eso, cuando conducimos que sí me diera a mí ¿qué pasaría?, o si le diera a él ¿qué es lo que haría? Etc... *(APES 2).*]

Como puede apreciarse en estos dos últimos retrocesos, 5 y 6, también las intervenciones del terapeuta han consistido en Clarificar el Problema, concretamente Pregunta con dos alternativas y Pregunta abierta para indagar las soluciones.

Retroceso 7 (Sesión 2):

[P: ...buenas *(APES 5)*].

T: Muy buenas por lo que dices. Eso no significa que hayamos resuelto la dificultad o el problema, eso significa que hemos empezado a desbloquear algo, alguna pequeña cosita que ha empezado a funcionar de un modo diferente. Entonces tenemos que ser prudentes tanto tú como yo, cautos, de decir bueno van a seguir apareciendo situaciones pues tipo la que planteas que ahora me contarás con un poco más de detalle del domingo y van a seguir apareciendo, incluso te digo más, puede que nosotros hayamos acabado de trabajar y en un

futuro hayan determinadas situaciones que a uno le pongan nervioso, tenso, hasta un nivel bastante alto, eso no es un problema, eso es lo normal, el problema está cuando me van apareciendo en esas situaciones y yo no sé gestionarlas, trabajarlas, y yo no sé hacer cosas. Evidentemente todas estas situaciones y las que te vayan surgiendo en el plazo de dos semanas nos van ayudando a descubrir más cosas acerca de..., hacer más fotografías acerca de lo que de alguna manera puede suceder. O sea que...bien. El domingo venías en el coche, conducía tu pareja, tu novio. Y... Qué fue exactamente. No sé, descríbelo un poco mal y después te iré haciendo más preguntas (*Clarificar el Problema: Pregunta abierta concreta para indagar el problema*).

P: Pues eso, que de repente, sin ninguna causa pues me puse muy nerviosa, y muy tensa, y no sé por qué. ¿Sabes? (*APES 2*).]

En este retroceso, perteneciente a la sesión 2, el terapeuta también se centra en Clarificar el Problema, realizando una Pregunta abierta concreta para indagar el problema, lo que se relaciona con el hecho de que la paciente pase de una APES 5 a una APES 2.

Retroceso 8 (Sesión 2):

[P: Pues no me acuerdo muy bien, +T: Vale, vale, no, si sólo te pregunto+ pero creo que no intentaba pensar ya en esto, era como intentar desviar un poco el pensamiento (*APES 3*).

T: Vale, desviar el pensamiento, pensar en otra cosa... +P: en lugar de mirar hacia delante pues no sé, distraerme, es que en el coche, cuando me pasan en casa pues me pongo a hacer algo+ Vale, vale.

...

T: Esto que hiciste encaja perfectamente con lo que explicábamos hace dos semanas, es decir, con el hecho de que intento controlar racionalmente algo que es espontáneo, es decir, el pensamiento es espontáneo, fluye, cuando yo lo intento dirigir se acaba convirtiendo en algo peligroso para nosotros porque no consigo lo que quiero, y además, en esos momentos, en

esos 5 o 6 minutos donde el mundo se te viene encima y parece que vaya a producirse una eclosión por todo eso que estás experimentando, en lugar de estar mirando con los ojos hacia fuera Nardone dice que es como si “tuviéramos una marioneta con los ojos vueltos hacia dentro y mirando a todas nuestras sensaciones”, lo que intentamos es no mirar dentro y en un intento de no mirar y distraernos, y evitar, y no pensar, al final pensamos más, y al final el miedo no desaparece sino que se hace más grande. ¿Sí? ¿Me sigues? ¿Por qué te reías? (*Proceso Terapéutico: Psicoexplicación – Aprendizaje*).

P: Porque la semana pasada estuvimos machacando mucho eso pero no sé qué hacer (*APES 2*).]

Este retroceso 8 es el único que puede explicarse por la Zona de Desarrollo Próximo (ZPD), es decir, la paciente no sigue al terapeuta, porque el terapeuta no se ha adaptado a las necesidades de Olivia. La actividad del terapeuta consiste en realizar una psicoexplicación (Factor Proceso Terapéutico – Planning) con la finalidad de que Olivia comprenda cómo funciona el pensamiento humano. Por lo tanto, en los retrocesos explicados por la zona de desarrollo próximo el terapeuta está en un nivel APES para el que la paciente no está preparada todavía.

Retroceso 9 (Sesión 3):

[P: Pues que son dos horas de ir y dos horas de volver y estuve bien (*APES 5*).

T: Son un par de horas y además hay un trozo de muchas curvas.

...

T: ¿Y qué hiciste o qué no hiciste? (*Clarificar el Problema: Pregunta cerrada para indagar el problema*).

P: Pues no pensar, no conscientemente, pero no me vino (*APES 2*).]

Un retroceso, en el que una vez más, la actividad terapéutica consiste en Clarificar el Problema.

Retroceso 10 (Sesión 4):

[P: Muy bien (*APES 6*).

(Risas)

T: Dices muy bien qué... Cuéntame un poquito qué diferencias sigues notando, manteniendo lo que ya teníamos alcanzado, ¿ha habido alguna cosa diferente?

...

T: Claro hay dos cosas importantes: una es seguir manteniendo lo de antes, los aspectos positivos y la otra es que vaya añadiendo alguna cosa más. Si están las dos perfecto, si está una, perfecto también, pero era por establecer esa diferencia. Entonces sigues manteniendo y... (*Evolución de los Cambios: Revisión de los cambios – Pregunta abierta para concreción – Evolución de los Cambios*).

P: El sábado me estaba intentando dormir y no me dormía y me puse un poco nerviosa, no por pensar nada en particular, y empecé a utilizar lo de... dejé de ver la TV y empecé a hacer la técnica de la peor fantasía y entonces de “puta madre” (*APES 5*).]

Este es el único de los retrocesos que se han analizado en el que la actividad terapéutica intercalada entre dos valores APES se centró en determinar la Evolución de los Cambios de Olivia, en concreto realizando una revisión de la posible mejoría.

Retroceso 11 (Sesión 9):

P: A ver, cambios, yo creo que dos cambios, uno positivo y uno negativo. +T: Mmm-mm.+ Uno positivo es que... por ejemplo en la situación del coche, cuando voy en el coche +T: Mmm-mm+, pues ya prácticamente yo que sé, superbien, ¿sabes? (*APES 6*)

T: Mmm-mm (*Comprensión del Punto de Vista del Paciente: Sintonía*).

P: Y un cambio negativo es que de vez en cuando pues me acuerdo así de todo el proceso y todo + T: Mmm-mm + lo que me ha pasado y como así un poco de miedo, joder, ¿y si me

volviera a pasar?, ¿sabes? (ríe), bueno pero no me pongo mala ni nada, ni nerviosa pero me acuerdo y... ¿sabes? (*APES 5*)

Este es un retroceso, que ocurre en la sesión 9, en el que la actividad terapéutica consiste en Comprender el Punto de Vista de la Paciente, lo que se puede relacionar con que Olivia dé un paso hacia atrás en su proceso de asimilación, de una *APES 6* a una *APES 5*.

Para concluir con este apartado vamos a presentar un resumen de los principales resultados que hemos obtenido en este trabajo.

En **primer lugar**, hay que decir que Olivia muestra un cambio entre el Pretest y los Postests en todas las pruebas psicométricas que se han utilizado para valorar su mejoría (BDI, SCL-90-R y STAI), tanto si las comparaciones efectuadas son las estándar (comparando las puntuaciones a groso modo), como si utilizamos el ICF (*Índice de Cambio Fiable*). También hay que señalar que Olivia asimiló la experiencia problemática, su miedo a la muerte.

En **segundo lugar**, en cuanto al análisis de los intercambios TERAPEUTA – APES presentamos el Cuadro 3.1, en donde pueden apreciarse los principales resultados.

Cuadro 3.1
**Resumen de los principales resultados en relación con los intercambios
TERAPEUTA - APES.**

1. Para cada nivel APES existen determinadas intervenciones o actividades del terapeuta que presentan una mayor frecuencia. Por ejemplo, para niveles APES 2 el 54% de las intervenciones del terapeuta se focalizaban en Clarificar el Problema y un 25% en la Comprensión del Punto de Vista del Paciente. El resto de intervenciones para dicho valor APES correspondían al Factor Proceso Terapéutico (17%) y un 2% a las actividades para Inducir un Cambio.
2. Las actividades terapéuticas están relacionadas con distintos niveles APES en este estudio de caso. Por ejemplo, las intervenciones del terapeuta centradas en Clarificar el Problema están presentes en todos los niveles APES con la excepción del nivel 7.
3. También hay que señalar que se observa una diferenciación en cuanto a las actividades terapéuticas y el valor APES posterior, en función de la sesión del proceso de terapia en la que nos fijemos. Por ejemplo, en las sesiones 1 y 2 las actividades del terapeuta han favorecido principalmente niveles APES de 2 y 3.

Una cuestión que hay que destacar es que para cada nivel APES hay algunas actividades del terapeuta que son más frecuentes. Por ejemplo, en el nivel APES 2 (Surgimiento) el 54% de las acciones del terapeuta se focalizan en Clarificar el Problema y un 25% en la Comprensión del Punto de Vista del Paciente, y en niveles APES de 5 (Aplicación) siguen estando presentes las actividades terapéuticas que acabamos de mencionar, pero con una frecuencia mucho más baja, y adquieren más trascendencia las actividades terapéuticas

focalizadas en la Evolución de los Cambios (un 70% de las intervenciones en este nivel son de este factor). Para niveles APES 6 (Solución) y 7 (Dominio) se repite lo mismo que para el valor APES 5. Es decir, en el código APES 6 el % en este Factor de Evolución de los Cambios es de un 60%, y en el 7 del 71%.

Un resultado también interesante en relación con el análisis de los intercambios TERAPEUTA – APES es que, en general, las actividades terapéuticas aparecen relacionadas con diferentes niveles APES. Por ejemplo, el Factor Clarificar el Problema está presente en todos los niveles APES con la excepción del nivel 7.

Otro resultado que hay que destacar, en el análisis realizado de los intercambios TERAPEUTA – APES, es que se puede establecer una diferenciación en cuanto a las intervenciones del terapeuta y el nivel APES posterior, en base a la sesión del proceso de terapia en la que nos encontremos. De este modo, el 79% de las intervenciones del terapeuta en las sesiones 1 y 2 se centran en niveles APES 2 (Surgimiento) y 3 (Clarificación), centrándose fundamentalmente en Clarificar el Problema, en Comprender el Punto de Vista del Paciente y en Inducir un Cambio. El Factor Evolución de los Cambios en estas dos primeras sesiones tiene poca o nula relevancia.

En el resto de sesiones (desde la 3ª hasta el final), y en comparación con las sesiones 1 y 2, el mayor número de actividades terapéuticas se focaliza en los niveles 5 y 6, el 77%, estando relacionadas con el Factor Evolución de los Cambios en un porcentaje muy elevado.

En **tercer lugar**, y prestando atención a los resultados obtenidos en los análisis de los intercambios APES – TERAPEUTA – APES (véase Cuadro 3.2) hay que señalar, en cuanto a los datos referidos a las intervenciones del terapeuta en los que los niveles APES previos y posteriores han sido los mismos, que el factor Clarificar el Problema es el que muestra mayor frecuencia para los intercambios APES – TERAPEUTA – APES en los que los valores APES son 2-2 (66%) o 3-3 (25%). También sucede algo parecido para el Factor Comprensión del

Punto de Vista. Si nos fijamos ahora en el Factor Inducir un Cambio hay que remarcar que los porcentajes más altos son los relativos a las interacciones en los que los valores de APES previos a la intervención terapéutica han sido de 3 y los posteriores también de 3 (61%) o de 6-6 (23%). Y en relación con el Factor Evolución de los Cambios la frecuencia o los porcentajes más elevados ocurren en los intercambios 5-5 (26%), 6-6 (53%) y 7-7 (13%).

Cuadro 3.2

Resumen de los principales resultados en relación con los intercambios APES – TERAPEUTA – APES.

1. Los intercambios APES – TERAPEUTA – APES se dividen entre aquellos en los que el nivel APES inicial y posterior es similar (Ej. APES 2 - TERAPEUTA - APES 2), aquellos en los que se produce un avance entre los niveles APES (Ej. APES 3 - TERAPEUTA - APES 4) y aquellos en los que aparece un retroceso (Ej. APES 3 - TERAPEUTA - APES 1).
2. Para cada uno de los intercambios APES – TERAPEUTA – APES (en intercambios con niveles APES similares y en los que se produce un avance) existen determinadas actividades terapéuticas que presentan porcentajes más altos, aunque hay que remarcar que las intervenciones del terapeuta están relacionadas, con mayor o menor frecuencia, con distintos intercambios APES – TERAPEUTA – APES. Por ejemplo, el Factor Clarificar el Problema es el que muestra una mayor frecuencia para aquellos intercambios APES – TERAPEUTA – APES en los que los valores APES son 2-2 (66%) o 3-3 (25%).
3. Sobre un mismo intercambio APES - TERAPEUTA - APES (en intercambios con niveles APES similares y en los que se produce un avance) pueden incidir diferentes actividades terapéuticas. Por ejemplo, el Factor Comprensión del Punto de Vista ha estado presente en diferentes intercambios, en 2-2, en 3-3, en 4-4 y en 6-6.
4. En cuanto a los retrocesos, el Factor Clarificar el Problema, es el que mayor número muestra, un total de 6. El resto de retrocesos hasta 11 se reparten entre el Factor Comprensión del Punto de Vista, el Factor Proceso Terapéutico - Planning y el Factor Evolución de los Cambios.

Si seguimos resumiendo los resultados más relevantes en relación a los triples intercambios APES – TERAPEUTA – APES pero poniendo el foco en aquellos en los que se ha producido un avance en el nivel APES entre valor inicial y el posterior, el Factor Clarificar el Problema, ha sido relevante en los intercambios 1-5 (25 %), en interacciones 2-3 (50%) y en intercambios 3-4 (25 %). En cuanto a las actividades terapéuticas de Comprensión del Punto de Vista del Paciente, éstas han sido muy frecuentes en intercambios 2-3 (66%) y en interacciones 3-4 (33 %). Sin embargo, el Factor Evolución de los Cambios ha sido más

frecuente en intercambios en los que los niveles APES iniciales eran de 5 y los posteriores de 6, concretamente un 33 %.

En **cuarto lugar**, es necesario realizar algunos comentarios sobre los retrocesos que se han analizado (recordemos que sólo se han tomado en consideración aquellos que aparecían en los triples intercambios APES – TERAPEUTA – APES seleccionados). El *Factor Clarificar el Problema* es el que mayor número de retrocesos presenta, seis. Concretamente, cuando el terapeuta Clarifica el Problema, Olivia pasa de un valor APES de 3 a uno de 2 en un 33 % de las ocasiones, de un nivel APES de 4 a 3 en un 16% y de una APES de 5 a una de 2 en un 50 %. Por otro lado, el *Factor Comprensión del Punto de Vista del Paciente* presenta tres retrocesos, la paciente pasa de un nivel APES de 3 a un valor APES de 1 en un 33% de las ocasiones, de un nivel APES de 4 a uno de 2 en un 33 % y de un nivel APES de 6 a un valor APES de 5, también en un 33 % de las ocasiones.

Uno de los dos retrocesos que falta por mencionar aparece relacionado con el *Factor Proceso Terapéutico – Planning*, la paciente retrocede de un valor APES de 3 a uno de 2. El último retroceso aparece ligado al *Factor Evolución de los Cambios*, y Olivia estando en un nivel APES 6 retrocede a un valor APES 5.

Finalmente, un aspecto que hay que remarcar, presente tanto en los intercambios TERAPEUTA – APES como a los referidos a los triples intercambios APES – TERAPEUTA – APES es que el *Factor Técnica* ha estado ausente en todos ellos.

CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN

En esta discusión vamos a prestar atención a tres cuestiones principales. En primer lugar, nos centraremos en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia, focalizándonos en explicar los aspectos más relevantes del proceso de asimilación y de cambio, así como en intentar comprender por qué se ha producido dicha asimilación. En segundo lugar, y muy relacionado con el anterior, centraremos nuestro interés en el papel de las actividades del terapeuta en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia. Y finalmente, expondremos las limitaciones de nuestro trabajo y futuras investigaciones.

El proceso de asimilación de la experiencia problemática

La paciente comienza el proceso de asimilación en niveles APES de 2 (Surgimiento). Tal y como comentan Stiles et al. (1990, 1991), el paciente puede entrar en terapia con unas experiencias problemáticas en cualquier nivel de asimilación, aunque, por lo general, éste será bajo. Esto es, que no necesariamente se va a iniciar la terapia con experiencias problemáticas en niveles APES de 0 (Disociación). Ya en la primera sesión, y a pesar de que el proceso sigue un patrón de oscilaciones, aparecen seis Insights, es decir, ya se establece un diálogo entre la voz dominante y la no dominante. Cuando Olivia experimenta un Insight, asumimos que la experiencia problemática se comprende estableciéndose una cooperación y una comprensión empática entre las voces. Cada una de éstas se aproxima a la otra con la finalidad de que el conflicto se resuelva. El nivel APES de Insight es de una enorme relevancia ya que marca de alguna manera un punto de ruptura en el que la paciente sabe lo que le sucede y por qué le sucede.

La sesión 2 supone un afianzamiento del proceso de asimilación ya que hay que destacar la aparición de tres Insights más. Así, Olivia se da cuenta de que “está intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable” de ese modo, y además afirma que a ella “no se le había ocurrido verlo así”. Así pues, desde el contexto del modelo de

asimilación asumimos que la paciente le está dando a su experiencia problemática un significado diferente y más funcional.

Hay que destacar, por lo tanto, que Olivia en las dos primeras sesiones parece ser consciente de cuál es su problema y de lo que le ocurre, así como que establece un nexo de unión más claro acerca de la causa de su problema. De forma más concreta la voz dominante (control) ha establecido ya un puente de significado con la voz no dominante (miedo a la muerte). Olivia comprende que evitando no controla su miedo a morir.

Asumimos, entonces, que la paciente asimila, en parte, debido a que con este puente de significado la voz no dominante se ha integrado en su sí mismo (Caro, 2007), siendo la voz dominante más flexible.

Olivia, de un modo gradual y paulatino, y produciéndose fluctuaciones en los niveles APES, y como consecuencia, en parte, de los Insights producidos en las dos primeras sesiones, va haciendo y aplicando cursos de acción diferentes para asimilar su experiencia problemática de miedo a la muerte, lo que deriva en ir alcanzando soluciones parciales que le llevan a una asimilación de su voz no dominante, y al éxito terapéutico.

Se puede señalar, a partir de lo que acabamos de comentar, que este estudio de caso va en la dirección de lo que señala Caro (2007, p. 66) en el sentido de que “los pacientes con cambio terapéutico van a mostrar asimilación de experiencias problemáticas”, y refuerza así los datos que se han obtenido con otros pacientes y con diferentes tratamientos psicoterapéuticos (Caro, 2003a, 2003b; Field, Barkham, Shapiro y Stiles, 1994; Honos-Webb, Stiles et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999; Knobloch et al., 2001; Varvin y Stiles, 1999; Stiles, 2002, 2005).

Por lo tanto, y tal y como plantean diversos autores, como Detert et al. (2006) y Caro et al. (2011), se puede establecer una relación entre la asimilación de experiencias problemáticas y el cambio en terapia (en casos de éxito los pacientes alcanzan niveles más

altos de asimilación que en casos donde la psicoterapia no ha sido tan eficaz). O dicho de otro modo, cuando el paciente no progresa en la escala APES en el sentido de asimilar la voz problemática tampoco se produce un éxito o cambio terapéutico. En esta investigación, tal y como ya se ha dicho en apartados anteriores, se ha producido un cambio estadísticamente significativo, tal y como nos señala el *Índice de Cambio Fiable* - ICF (Iraurgi, 2000, 2009, 2010; Jacobson y Truax, 1991), entre las puntuaciones obtenidas por Olivia en el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en el BDI, en el SCL-90-R y en el STAI. Es decir, la mejoría ha sido cuantificada y medida. Tal y como plantea Iraurgi (2010), el *Índice de Cambio Fiable* es un método para valorar los cambios clínicamente significativos, es un procedimiento alternativo a los análisis realizados para comparar medias grupales en la investigación de resultados. Mediante este índice sabemos si el tratamiento es eficaz en el caso concreto que se está analizando (Iraurgi, op.cit.).

El proceso de asimilación de la experiencia problemática de Olivia sigue un proceso claramente *dentado* similar al encontrado en terapias claramente cognitivas (aunque la terapia en este caso no sea en principio de tipo cognitivo) (Caro, 2003a, 2003b, 2005, 2006a, 2007; Osatuke, Glick et al., 2005) en contraste con patrones de asimilación más suaves típicos de psicoterapias humanistas, experienciales (Caro, 2006b; Osatuke, Glick et al., 2005), en donde las fluctuaciones entre niveles son menores.

Hemos hablado en estas páginas de las oscilaciones de los niveles APES y relacionado con ello es necesario explicar el porqué de algunos de los retrocesos que se han producido en la asimilación del miedo a morir de Olivia. Sobre esta cuestión no nos extenderemos mucho en este apartado ya que cuando nos centremos en las actividades terapéuticas y su relación con la asimilación profundizaremos más en ella.

Sin embargo, en este punto sí es necesario remarcar, tal y como ya se ha dicho en páginas anteriores (al hablar del papel del terapeuta), que las explicaciones sobre los

retrocesos son diversas (Caro y Stiles, 2009, 2013; Honos-Webb et al, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Knobloch et al., 2001). Sin haber hecho un estudio específico sobre los retrocesos de Olivia, podemos sugerir que en este caso los datos se ajustan a dos de las explicaciones que se han propuesto: aquella relativa a la *hipótesis de la balanza*, según la cual se produce un retroceso debido a que el paciente sigue al terapeuta en alguna de las actividades terapéuticas que éste le propone (en terapias fundamentalmente cognitivas, lo cual vuelve a ser destacable ya que la terapia realizada con Olivia era una intervención breve estratégica) (Caro y Stiles, 2009). Y a la denominada *zona de desarrollo próximo*, que consiste en que el terapeuta se encuentra en un nivel APES para el que el paciente no está preparado, apareciendo un retroceso (Caro, 2011). Es decir, el paciente no sigue al terapeuta (Caro y Stiles, 2013).

El papel de las actividades terapéuticas en el proceso de asimilación de la experiencia problemática de la paciente

Pasamos en segundo término, y de un modo tentativo, ya que se requieren más estudios de caso, a relacionar nuestros datos con las actividades terapéuticas y su vinculación con el proceso de asimilación de la experiencia problemática de Olivia. Las actividades terapéuticas que hemos analizado sobre lo que hace el terapeuta durante la terapia pueden considerarse “operaciones terapéuticas” cuya influencia se produce durante la sesión de psicoterapia (Orlinsky, 2009).

Señalar que la exposición de este apartado va a centrarse en tres cuestiones:

Primero, hablaremos de las diferentes actividades terapéuticas que se utilizan en los niveles APES del continuo de asimilación.

En segundo lugar, nos detendremos en determinar cómo las actividades terapéuticas se pueden aplicar en función de las necesidades de la paciente en cada momento del proceso de asimilación y cómo ello repercute sobre el cambio terapéutico. Es decir, pondremos el foco en la responsividad del terapeuta.

Finalmente, también merece una atención especial cómo el terapeuta con lo que hace o dice puede provocar en determinados momentos de la terapia un retroceso en el proceso de asimilación de la paciente.

1. Actividades terapéuticas y niveles APES

A. Diferentes actividades terapéuticas previas a los niveles APES

En este subapartado nos detendremos en comentar las actividades realizadas por el terapeuta, previas al nivel APES experimentado por la paciente. De un modo general, podemos afirmar que las actividades terapéuticas anteriores a los diferentes niveles APES de Olivia han sido distintas.

La asimilación (y el cambio paralelamente) se ha construido gradualmente y conjuntamente entre terapeuta y paciente desde el primer encuentro o sesión ya que las

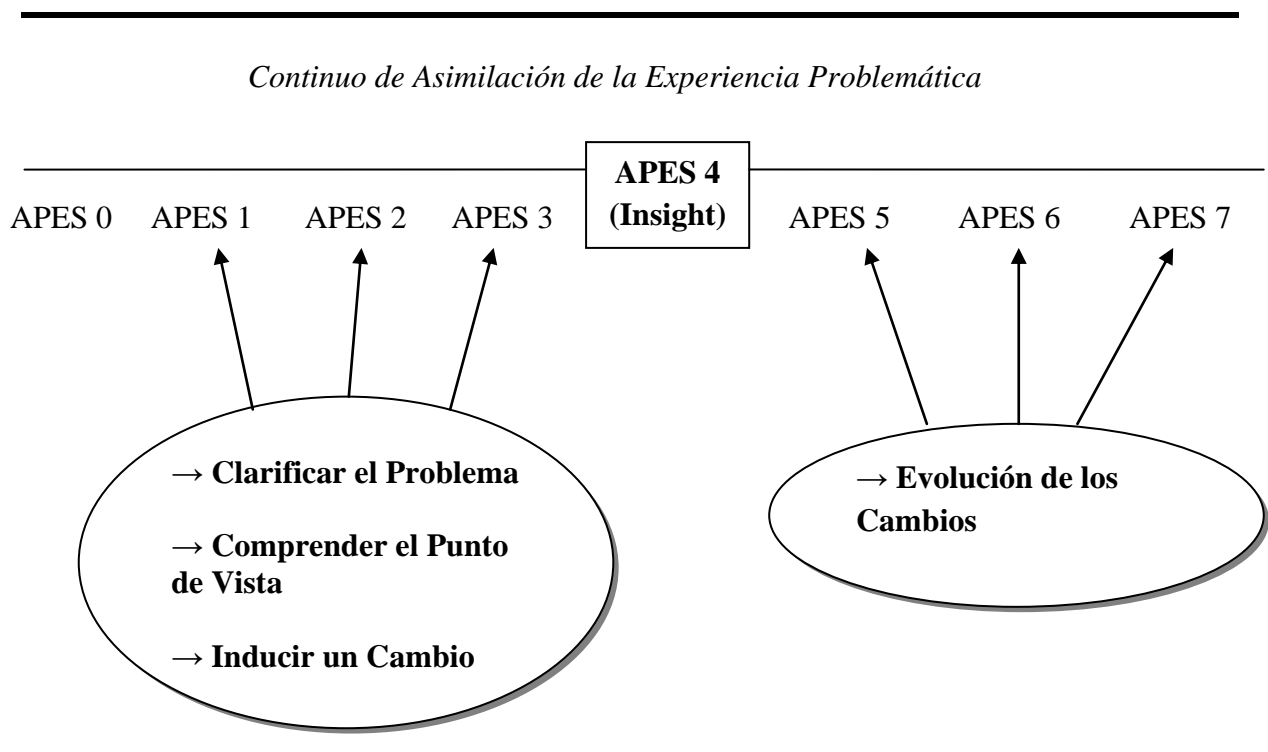
actividades terapéuticas previas a los niveles APES iniciales (1, 2 y 3) se han focalizado principalmente en “Clarificar el Problema” y en “Comprender el Punto de Vista” de Olivia, y en comenzar a “Inducir un Cambio” (véase Figura 4.1).

Podemos asumir que este conjunto de actividades terapéuticas ha favorecido, así mismo, la aparición de los diferentes Insights de esta psicoterapia y el establecimiento de un diálogo entre las voces.

Es necesario también remarcar que las actividades terapéuticas relativas a “Inducir un Cambio” han tenido una frecuencia muy alta en los niveles APES 3, es decir, justo antes de la aparición de los Insights, aspecto que nos podría estar indicando su importancia en la construcción del puente de significado.

Figura 4.1

Actividades terapéuticas para niveles APES inferiores y superiores a valores APES 4.



A partir del nivel 5 (incluido) y hasta el final del continuo de asimilación (niveles 7) las actividades terapéuticas inmediatamente anteriores a las intervenciones de la paciente han estado fundamentalmente centradas en la “Evolución de los Cambios” (véase Figura 4.1). El

terapeuta, al utilizar actividades dirigidas a determinar la evolución de los cambios parece que está favoreciendo dos aspectos. Por un lado, prestar atención a los cambios (aunque sean mínimos) que se han producido desde la última sesión, y por otro, y muy relacionado con el anterior, generar la aparición de emociones positivas en el sentido de proporcionar a la paciente la sensación de que el cambio es posible y, además, de que está iniciándose ya. La facilitación para generar emociones positivas a la paciente es posible, en parte, debido al nivel de asimilación en el que se encuentra la paciente (niveles APES de la parte derecha del continuo) ya que es en dichos valores cuando el modelo de asimilación establece que se van a producir emociones o sentimientos agradables (Stiles et al., 2004).

Por lo tanto, una vez que se inicia el cambio en esta terapia lo que hace el terapeuta es valorar cómo avanza dicho proceso, y poco a poco construir una asimilación mayor, es decir, que aunque el proceso de asimilación es dentado e irregular en nuestro caso (patrón más típico de las psicoterapias cognitivas tal y como plantea Caro, 2005), es necesaria una secuencia de actitudes hacia la experiencia problemática que se mueve desde niveles APES bajos (1, 2) hasta niveles de la parte derecha del continuo (6, 7) (Stiles et al., 1990). Quiere esto decir que el terapeuta favorece con sus actividades relativas a la “*Evolución de los Cambios*” el avance en el proceso de asimilación.

Si las actividades mencionadas anteriormente, tales como “*Clarificar el Problema*” y “*Comprender el Punto de Vista del Paciente*”, suponen que el terapeuta inicie la construcción de la relación con la paciente, podemos asumir, de este modo, que en una primera fase, el terapeuta se centró en transmitirle a la paciente carisma, seguridad y dominio (ser un experto) (estas cuestiones, asumimos que están implícitas en “*Clarificar el Problema*” y en “*Comprender el Punto de Vista*”; véanse Cuadro 2.3 y Apéndice B) con la finalidad de que Olivia confiara en él, para así posteriormente poderle plantear soluciones a su problema desde un punto de vista diferente, así como valorar la evolución de dicho cambio.

Sobre lo que hemos señalado en párrafos anteriores sobre las actividades centradas en la “*Evolución de los Cambios*”, y en relación con lo que dijimos en páginas anteriores sobre las actividades terapéuticas con mayor frecuencia en los niveles APES iniciales (1, 2 y 3), podemos inferir que los niveles 4 o Insight de algún modo marcan una línea divisoria en relación con el proceso de asimilación y de mejoría de la paciente (véase Figura 4.1). Así lo plantean autores como Brinegar et al. (2006), Detert et al. (2006), Honos – Webb et al. (1998) y Stiles y Brinegar (2007), que señalan que el nivel 4 o Insight representa el centro del continuo de asimilación a partir del cual el paciente experimenta una mejoría de sus síntomas diferenciando los casos de éxito terapéutico de los que no lo son. El nivel 4 o Insight también nos permite diferenciar acerca del tipo de actividad terapéutica más aconsejable a utilizar, ya que como vimos en la Figura 4.1, las intervenciones del terapeuta anteriores y posteriores a dicho valor son distintas. Por lo tanto, valores APES inferiores a 4 pueden sugerirle al terapeuta qué actividad terapéutica puede ser más aconsejable, y valores superiores a 4, también. En esta línea Barkham, Stiles, Hardy y Field (1996) y Stiles et al. (1990) señalan que cuando los pacientes acuden a terapia con un problema claro y elaborado la actividad terapéutica debería incidir sobre niveles APES del medio del continuo y las acciones del terapeuta recomendables (técnicas de solución de problemas/ terapias prescriptivas) son diferentes que cuando el paciente no sabe exactamente qué le ocurre (terapias exploratorias).

Por lo tanto, con las actividades terapéuticas que el terapeuta utiliza a lo largo del proceso de terapia construye (junto con la paciente), gradualmente, pequeños cambios “creíbles”, lo que encajaría perfectamente con lo que señala Caro (2007) cuando postula que pasar de un nivel a otro de la APES representa un pequeño cambio necesario, es decir que la asimilación de una experiencia problemática es un conjunto de pequeños cambios, o de “micro-resultados” que gradualmente se van acumulando a lo largo del proceso terapéutico (Orlinsky y Howard, 1987; Orlinsky, 2009). Es decir, las actividades del terapeuta, en función

de nuestros datos (y repetimos de un modo tentativo), juegan un papel relevante en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia. Este resultado coincide con lo que se plantea en otras investigaciones sobre el modelo de asimilación y el papel del terapeuta (Caro et al., 2014; Goldsmith et al., 2008; Meystre et al., 2014; Mosher y Stiles, 2009), aunque no estamos afirmando tal y como también plantean Caro et al. (2014) y Stiles et al. (1995) que el resultado de la terapia esté relacionado directamente de forma causal con lo que hace el terapeuta a nivel de actividades terapéuticas.

B. Actividades terapéuticas y su relación con diferentes niveles APES

Aunque, y tal y como acabamos de señalar en las páginas anteriores, determinadas actividades terapéuticas se relacionan con determinados niveles APES con mayor frecuencia (en este estudio de caso) también es cierto que una actividad terapéutica puede incidir o provocar diferentes niveles APES. Por ejemplo, en el caso de Olivia “Clarificar el Problema” y “Comprensión del Punto de Vista” podía ir seguido de cualquiera de los niveles APES, con la excepción de niveles 7. “Inducir un Cambio” antecedía niveles APES de 2 hasta 7, y “Evolución de los Cambios” se relacionaba con todos los niveles APES menos 1 y 2.

Nuestros datos van en la línea de los trabajos de Caro et al. (2014) y de Meystre et al. (2014a) en los que se plantea que algunas de las intervenciones, en concreto, aquellas dirigidas a facilitar o clarificar la comunicación y aquellas con una función relacional son apropiadas para diferentes niveles de asimilación. El resultado de estos trabajos nos permite dar sentido al hecho de que “Clarificar el Problema” puede “generar” APES de 4, 5, y 6.

Esta cuestión nos lleva a plantearnos que la terapia no es ni mucho menos fija (Stiles, 2003), y por lo tanto las actividades del terapeuta se pueden utilizar a lo largo de todo el continuo dotando a la psicoterapia y al terapeuta de flexibilidad (Kowalik et al., 1997), y de mayor eficacia, puesto que aunque hemos dicho que determinadas actividades terapéuticas

tienen mayor presencia y sentido para determinados niveles APES, ello no implica que no se puedan o no se deban utilizar en diferentes momentos del proceso de cambio y asimilación, siempre y cuando sea oportuno y necesario para dotar a la psicoterapia, y al terapeuta, de mayor capacidad de maniobra terapéutica, así como de recursos para facilitar el cambio del paciente.

C. Relación entre las actividades terapéuticas propuestas en esta investigación con las planteadas por otros autores

Hay que remarcar en este punto que las actividades terapéuticas que se han mencionado, “*Clarificar el Problema*”, “*Comprensión del Punto de Vista*”, “*Inducir un Cambio*” y “*Evolución de los Cambios*”, pueden relacionarse con las planteadas por otros autores (Hill y O’Brien, 1999, Hill, 2004; Ribeiro et al., 2012; Trijsburg et al., 2002, 2004).

Si en el “*Factor Clarificar el Problema*”, nos fijamos en las actividades terapéuticas que hemos definido como “*Pregunta Cerrada para Indagar el Problema*” (pregunta para delimitar el problema que se responderá con un sí o un no) y “*Pregunta Abierta para Indagar el Problema*” (preguntas que no se responden con un sí o un no y cuya finalidad es conocer el problema del paciente), podemos relacionar estas dos intervenciones con las habilidades que Hill y O’Brien (1999) y Hill (2004) denominan “*Preguntas Cerradas*” y “*Preguntas Abiertas*”. También se puede relacionar la actividad terapéutica que hemos denominado “*Pregunta Abierta para Indagar el Problema*” con la subcategoría “*Preguntando Abiertamente*” que pertenece a la categoría de apoyo desarrollada por Ribeiro et al. (2012). La intervención terapéutica que nosotros hemos definido como “*Pregunta abierta concreta para indagar el problema*”, perteneciente también al “*Factor Clarificar el Problema*”, puede relacionarse con la actividad terapéutica “*Pregunta para que el paciente concrete determinada información*” planteada por Trijsburg et al. (2002, 2004) y que forman parte de su “*Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale*” (CPIRS).

Del mismo modo, el factor que nosotros hemos planteado como “*Comprensión del Punto de Vista del Paciente*” guarda mucha similitud con algunas de las categorías generadas por los autores/as anteriores. Así pues, las actividades del terapeuta pertenecientes al “*Factor Comprensión del Punto de Vista*”, tales como “*Paráfrasis*” (resumir lo que ha dicho el paciente pero no necesariamente del mismo modo en como lo ha relatado él) y “*Sintonía*” (favorecer la comprensión y conexión con el paciente a través de comunicación no verbal, por ejemplo asintiendo, o con “Mmm-mm”, fundamentalmente), pueden relacionarse con las que Ribeiro et al. (2012) plantean como “*Resumiendo*” y “*Demostrando Interés*” respectivamente. Igualmente se puede relacionar la actividad terapéutica denominada “*Paráfrasis*”, y que ya hemos definido, con la que Hill y O’Brien (1999) y Hill (2004) denominan “*Re-expresión*”.

Por otro lado, si nos fijamos en las actividades que hemos definido como “*Inducir un Cambio*”, concretamente la que hemos descrito como “*Persuasión del Para Qué de la Tarea*” (se trata de persuadir al paciente para que salga de la sesión con la intención de realizar la tarea que le va a permitir cambiar), podemos remarcar semejanzas con alguna de las categorías de Ribeiro et al. (2012), tal como “*Invitando a Poner en Práctica una Nueva Acción*”. Siguiendo con el “*Factor Inducir un Cambio*”, se puede relacionar la actividad terapéutica “*Reestructuración del Punto de Vista – Significado*” (a través de la reestructuración, el paciente modifica su punto de vista, el significado de la realidad), incluida en dicho factor, con alguna de las intervenciones que se recogen en la “*Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale*” (CPIRS), concretamente con la que se denomina “*Reformulación del Problema*”.

Finalmente, las actividades terapéuticas denominadas “*Evolución de los Cambios*” en este trabajo, concretamente la que se ha calificado como “*Revisión de los Cambios*” (descubrir excepciones al problema, con la finalidad de detectar cambios aunque sean pequeños, para poder construir a partir de ellos cambios más grandes), guarda una estrecha

correspondencia con la que Ribeiro et al. (2012) definen como “*Rastreando Evidencias de Cambio*”, y que forma parte de las categorías que establecen como de *Desafío*. Así mismo, y siguiendo con el “*Factor de Evolución de los Cambios*”, la actividad terapéutica correspondiente a dicha categoría, y que se ha denominado “*Revisión de Tareas*” (determinar cómo ha ejecutado las tareas el paciente) guarda relación con la de “*Revisar Tareas para Casa*” que plantean Trijsburg et al. (2002, 2004).

D. *Actividades terapéuticas, técnica y asimilación de experiencias problemáticas*

Nuestros datos revelan un resultado que no esperábamos. Todas las actividades terapéuticas desarrolladas preceden a niveles APES con mayor o menor frecuencia, con la excepción de aquellas relativas a lo que hemos denominado “*Factor Técnica*” y que tienen vinculación con técnicas procedentes de la *terapia breve estratégica*. Dichas técnicas son “*Cómo Empeorar*”, “*Evita Evitar*”, “*Diario de a bordo*”, “*Concreción de Cambios*” y la “*Técnica de la Peor Fantasía*” (Nardone, 1997, 2007). No es que únicamente no antecedan a un nivel APES, sino que prácticamente están ausentes del proceso de psicoterapia. Sólo aparecen en las dos primeras sesiones como tareas para que la paciente realice en casa, y después se revisan en terapia para determinar cómo se han aplicado, y qué efecto /cambio han podido producir. Es decir, no es que no se utilice ninguna técnica, sino que éstas las utiliza la paciente fuera de la sesión, probablemente como consecuencia del trabajo realizado durante la sesión, aspecto que remarca la importancia de la definición de Greenberg y Pinsof (1986) cuando establecen que la investigación de procesos permite estudiar todas las conductas y experiencias del paciente y del terapeuta tanto dentro como fuera de las sesiones de tratamiento, y que se relacionan con los procesos de cambio. Es necesario para describir y explicar el cambio tomar en consideración tanto lo que ocurre en la sesión de psicoterapia, como lo que sucede fuera de ella. Por ello, hay que remarcar que las técnicas se utilizan tanto por el terapeuta como por la paciente en el marco de la relación terapéutica en línea con lo

que sugiere Norcross (2002). Por lo tanto, parece que podría considerarse que no es que no se utilicen prácticamente técnicas por parte del profesional, sino que éste se encarga (a través de una comunicación persuasiva) de que la paciente decida realizar la tarea fuera de la sesión. Al mismo tiempo, el terapeuta emplea un lenguaje en la sesión posterior que facilita revisar la tarea puesta en práctica con la finalidad de valorar su aplicación, y los posibles efectos o cambios ocurridos en la paciente, con el objetivo de motivarla en la dirección de continuar asimilando la experiencia problemática mediante la aplicación nuevamente de dicha tarea o técnica. De hecho, la paciente, en las entrevistas realizadas en la sesión 7, para conocer su punto de vista sobre diferentes cuestiones del proceso de terapia, reconoce la utilización de diferentes técnicas pertenecientes al enfoque breve estratégico (la técnica del cómo empeorar, el diario de a bordo y la técnica de la peor fantasía). Pero hay que recordar una vez más, que en los intercambios TERAPEUTA – APES y APES – TERAPEUTA – APES, la aparición del Factor Técnica ha sido inexistente.

No obstante, parece evidente, revisando las transcripciones del proceso de terapia, que la utilización de técnicas en este estudio de caso no ha sido lo más relevante para facilitar el proceso de cambio y de asimilación de la paciente, lo cual nos llevaría a formularnos las siguientes preguntas.

En **primer lugar**, si las técnicas terapéuticas, como acabamos de comentar, no están prácticamente presentes, ¿qué otras variables han permitido o han favorecido la asimilación de la experiencia problemática y el cambio terapéutico?

En **segundo lugar** y relacionado con la pregunta anterior, ¿y si la técnica no fuera suficiente para provocar un cambio en psicoterapia, sino que el proceso terapéutico, tal y como señalan diferentes autores (Castonguay y Beutler, 2006; Norcross, 2002; Norcross y Lambert, 2011a, 2011b; Wampold y Budge, 2012) supone tanto la utilización de técnicas como la construcción de una relación terapéutica efectiva, entre otras cuestiones? Esta

segunda cuestión supondría de algún modo lo que Norcross y Lambert (2011a, 2011b) sugieren cuando hablan de que la dicotomía tratamiento (técnica) y relación es falsa, cuestión que ha generado (y continua vigente) que unos se posicionen a favor de tipos específicos de intervenciones y otros en defensa de la relación terapéutica.

Estas dos preguntas, que como ya hemos dicho están en estrecha relación, nos sugieren una serie de ideas tentativas más que conclusiones determinantes. Así pues, es necesario en este trabajo subrayar la importancia de la *relación terapéutica* en el proceso de cambio, ya que tal y como comentan Stiles et al. (1990), las experiencias problemáticas se asimilan gradualmente por los pacientes a través del trabajo conjunto que se produce en la interacción paciente-terapeuta, lo que facilita la elaboración de un puente de significado y de diálogo entre la voz dominante y la no dominante. Por lo tanto, podemos sugerir, a partir de nuestros datos, que se puede confirmar no sólo lo que Stiles (2001) afirma cuando dice que **el modelo de asimilación permite personalizar, adaptar y ajustar la relación terapéutica**, sino que además es necesaria para que el cambio se produzca (Stiles et al., 1990). Este aspecto daría sentido a nuestros datos, es decir, cómo con la escasa presencia de unas pocas técnicas es posible la asimilación por parte de Olivia de su experiencia problemática. La terapia, por lo tanto, supone un proceso relacional, es decir, un diálogo constante entre paciente y terapeuta, en el que la técnica y la parte relacional están en constante interacción e influencia (Gelso, 2014; Norcross y Lambert, 2011a, 2011b).

Siguiendo a Gelso (2014), por ejemplo, cómo se siente el terapeuta hacia el paciente y al contrario tienen un efecto tanto sobre las técnicas que se utilizan, así como sobre el modo cómo éstas se usan.

Al mismo tiempo, y en la línea de lo que estamos planteando sobre la relevancia de la relación terapéutica para el éxito en terapia, Hardy et al. (1998) afirman que los terapeutas plantean intervenciones diferentes en base al estilo interpersonal de los pacientes. Además, en

un trabajo posterior Hardy et al. (1999) señalaron que el cambio se producía cuando el estilo interpersonal del paciente y sus problemas se abordaban adecuadamente por parte del terapeuta.

En relación con lo que venimos proponiendo, Castonguay y Beutler (2006) postularon que los *principios del cambio terapéutico* se pueden dividir en aquellos relativos a los *participantes* (paciente y terapeuta, como mínimo), *a la relación terapéutica* (alianza terapéutica, empatía, ruptura de la alianza y su reparación, metas comunes, feedback...) y los *relacionados con la técnica, con el tratamiento*. Entre los ingredientes esenciales de la relación terapéutica, y que están presentes en este estudio de caso a través de actividades terapéuticas tales como “*Clarificar el Problema*” y “*Comprensión del Punto de Vista del Paciente*”, podemos señalar los siguientes (Bachelor y Horvarth, 1999):

Alianza de trabajo: se enfatiza en este aspecto la colaboración entre paciente y terapeuta en el trabajo a realizar.

Resonancia empática: definida como la comprensión recíproca entre ambos.

Afirmación mutua: es decir, respeto y creación de un vínculo afectivo entre terapeuta y paciente.

“Real relationship”: una relación real.

De las conclusiones que extrajo Bachelor (1995) en su investigación acerca de las percepciones de los clientes sobre lo que consideraban una relación terapéutica positiva, podemos remarcar que en nuestro trabajo, y en base a nuestros datos (por ejemplo, por lo que llevan implícito las categorías “*Clarificar el Problema*” y “*Comprensión del Punto de Vista del Paciente*”), el terapeuta ha invertido esfuerzos en clarificar el problema de la paciente (en dicho trabajo para un 40 % de los clientes la clarificación del material significativo sobre su problema era un ingrediente importante en la relación terapéutica), ha mostrado respeto, comprensión empática, escucha atenta y ha evitado pre-juzgar a Olivia (estos atributos del

terapeuta, según el citado trabajo, eran facilitadores de la relación para un 50 % de los pacientes), y ha fomentado la colaboración con la paciente estableciéndose una relación efectiva (un 10 % aproximadamente de los pacientes en la mencionada investigación comentaron que una relación positiva era aquella que se establecía a partir de una colaboración entre ambas partes). Todas estas cuestiones han podido jugar un papel fundamental en el cambio de la paciente tal y como sugieren diferentes autores que postulan que la relación terapéutica tiene un rol relevante en el proceso de psicoterapia (Bachelor y Horvarth, 1999; Greenberg y Pinsoff, 1986; Norcross, 2002).

No obstante, y tal y como señalan Bachelor y Horvarth (1999), la relación terapéutica es un componente necesario, aunque no suficiente, de todas las psicoterapias efectivas, que permite iniciar el cambio, representando en sí misma una intervención terapéutica, tal y como también ha quedado patente en nuestro trabajo.

En trabajos más actuales se señala que los terapeutas que son eficaces disponen de un conjunto de *habilidades interpersonales*, tales como la empatía, la adaptación emocional, una comunicación verbal fluida, que favorecen el cambio en terapia (Anderson et al., 2009; Wampold, 2007, 2012; Wampold y Budge, 2012).

En sintonía con lo que estamos comentando Lambert y Barley (2002) plantean que la investigación sobre los resultados en psicoterapia se ha centrado en un número considerable de variables tales como factores extraterapéuticos, expectativas, técnicas y factores comunes (entre ellos la relación terapéutica), representando estos últimos un 30 % en la mejora de los pacientes. En dicho trabajo estos investigadores también señalan, a partir de la revisión de los trabajos de los principales autores en esta área, que no se puede hablar de la preeminencia de una escuela de terapia (técnica) sobre el resto en el tratamiento de los pacientes, así como que las medidas de diferentes variables de la relación terapéutica correlacionan de un modo más elevado con el resultado de los pacientes que con las técnicas específicas de cada psicoterapia,

y, finalmente, que algunos terapeutas son mejores que otros desde el punto de vista de su contribución al cambio del paciente.

Por lo tanto, la relación terapéutica es el *sine qua non* de los factores comunes (Norcross y Lambert, 2011a, 2011b; Tracey, Lichtenberg, Goodyear, Claiborn y Wampold, 2003), y tal y como comentan Norcross y Wampold (2011) contribuye de un modo consistente y sustancial al resultado terapéutico independientemente del tipo de tratamiento específico.

Como ya dijo Bordin (1979, p. 252) “la alianza de trabajo entre la persona que busca cambiar, y la persona que se ofrece como agente de cambio es una de las claves, si no la clave, del proceso de cambio”.

Por todo lo dicho, parece evidente que la relación que se establece entre la persona aquejada de algún problema y el psicoterapeuta es determinante para el éxito terapéutico. El terapeuta ha de ser capaz de armonizar y sintonizar con el paciente, favoreciendo que el paciente interactúe adecuadamente con él.

Por otro lado, la persona que manifiesta un trastorno depresivo, un trastorno por ansiedad,..., ha de ser capaz de entablar una buena relación con el terapeuta. De dicha interacción depende, en parte, y como ya hemos dicho, el éxito de la terapia. La terapia ha de entenderse como un proceso en el que dos personas están en interdependencia. Es decir, no interesa cada uno de los elementos por separado sino la relación que se establece entre ellos, ya que de dicha interacción emergen cualidades que no están presentes en las partes.

Para concluir con este subapartado sobre actividades terapéuticas y escasa o nula presencia de técnicas, es oportuno plantear que desde el punto de vista de la terapia “específica” realizada, *terapia breve estratégica*, tres cuestiones son centrales (compartida alguna de ellas por otros enfoques terapéuticos), las cuales han estado presentes en la psicoterapia realizada con Olivia:

-La utilización de la comunicación persuasiva para promover un cambio en la paciente (Watzlawick, 1977).

-No es la paciente la que se adapta a la terapia sino que es el terapeuta el que se adapta a la paciente (Nardone y Watzlawick, 1992, 1999, 2004). Es decir, la solución encaja perfectamente con la dificultad de Olivia.

-El proceso de terapia es sistemático y riguroso, y al mismo tiempo flexible como acabamos de decir (Nardone, 1997, 2007). Lo que se evidencia en este estudio de caso en concreto, es que existe una coherencia de la psicoterapia realizada, desde el punto de vista que el terapeuta utiliza en dicho proceso un conjunto de actividades terapéuticas con finalidades y objetivos diferentes, y lo hace con rigurosidad y flexibilidad para generar un cambio en la paciente.

Estas tres cuestiones nos pueden permitir entender mejor el hecho de que en esta psicoterapia la técnica no haya tenido un papel excesivamente relevante, ya que la relación entre paciente y terapeuta se establece a través del uso de una *comunicación que induce un cambio*, mediante una constante *acomodación* al problema de Olivia y siguiendo una *estructura* de trabajo, y estos aspectos se han convertido en tres piezas clave del proceso psicoterapéutico. En relación con lo que estamos sugiriendo hay una cuestión que no se debe olvidar y es que las actividades terapéuticas se ponen en práctica a través de la relación, y de la comunicación. Por lo tanto, la comunicación y la relación también deberían ser diferentes en función del nivel APES de los pacientes, tal y como señala Stiles (2001).

Lo que acabamos de señalar se puede complementar con los trabajos de Wampold y su *modelo relacional de la psicoterapia* y que sería interesante estudiar en el contexto del modelo de asimilación. El modelo relacional integra todo un conjunto de factores comunes e ingredientes específicos relacionados con el terapeuta, tales como la construcción de la alianza terapéutica, sus habilidades interpersonales y de persuasión, su capacidad de generar

confianza en el paciente y ofrecerle una explicación aceptable en base a sus creencias previas, disponer de un plan de intervención, evaluar constantemente el avance del paciente y adaptarse a él en función de las variaciones detectadas, entre otras (Baldwin et al., 2007; Norcross y Wampold, 2011; Wampold, 2007, 2011, 2012; Wampold y Budge, 2012). Podemos asumir, aunque se debería profundizar en ello, que todas estas cuestiones que acabamos de comentar subyacen, en parte, al comportamiento del terapeuta en el estudio de caso que estamos investigando, dotando a la psicoterapia de *estructura y eficacia*.

Además, hay que remarcar que la capacidad del terapeuta de *escuchar* con atención las verbalizaciones de la paciente y la de utilizar *preguntas* para comprender su problema y facilitar el cambio, como está implícito en las actividades de “*Clarificar el Problema*”, de “*Comprensión del Punto de Vista del Paciente*”, del “*Factor Inducir un Cambio*” y en la categoría de “*Evolución de los Cambios*”, suponen dos “recursos” o “herramientas transversales” a las actividades terapéuticas que permiten el éxito de la terapia. Estas dos habilidades también están presentes en las categorías del terapeuta planteadas por Hill y O’Brien (1999) y Hill (2004), Ribeiro et al. (2012) y Trijsburg et al. (2002, 2004).

Si realizamos un pequeño resumen relativo a este apartado (*actividades terapéuticas y niveles APES*) hay que destacar que las actividades terapéuticas al inicio de la psicoterapia se han dirigido a comprender e indagar el problema de Olivia y a conocer su punto de vista sobre él (actividades para “*Clarificar el Problema*” y “*Comprender Punto de Vista del Paciente*”), y las actividades terapéuticas posteriormente se han dirigido principalmente a que la paciente actúe y aplique soluciones que le permitan avanzar en el proceso de asimilación de la experiencia problemática (actividades para “*Inducir un Cambio*” y “*Evolución de los Cambios*”), de modo que el cambio se produzca a un triple nivel, emocional, cognitivo y conductual (Greenberg y Safran, 1987). Hay que resaltar también que una misma actividad terapéutica puede influir sobre diferentes niveles APES. Además, diferentes actividades

terapéuticas inciden sobre el mismo nivel APES, aunque como ya se ha dicho unas tengan una mayor frecuencia sobre unos niveles que otras. Por ejemplo, todas las categorías de intervención descritas en este trabajo inciden, en mayor o menor proporción, sobre el nivel 4 o Insight (la paciente sabe qué le pasa y le atribuye una causa, es decir, la experiencia problemática es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos). Para concluir este resumen también hay que destacar las correspondencias que existen entre las actividades terapéuticas definidas en esta investigación y las planteadas por otros autores (Hill y O'Brien, 1999; Hill, 2004; Ribeiro et al., 2012; Trijsburg et al., 2002, 2004).

2. Actividades terapéuticas, “responsividad” y asimilación

En segundo lugar, y siguiendo con el estudio del papel de las actividades terapéuticas en la asimilación de la experiencia problemática de Olivia pero ahora de un modo más específico, pasamos a discutir los datos relevantes acerca de la responsividad del terapeuta durante el proceso de terapia a partir del estudio de las actividades terapéuticas en función de la sesión de trabajo en la que se sitúa el proceso de psicoterapia, *en primer lugar*, así como de los intercambios APES – TERAPEUTA – APES, *en segundo lugar*.

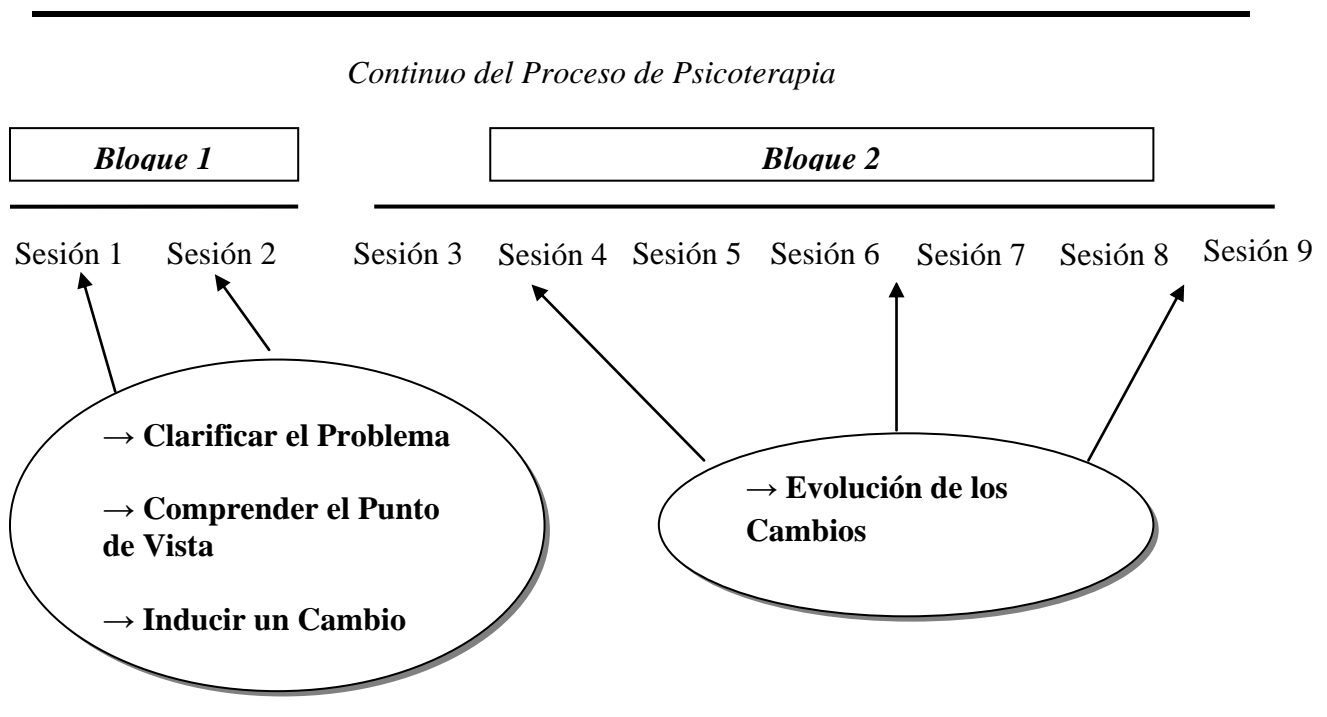
A. Responsividad y sesiones/momento de la psicoterapia

Lo que se asume es que el terapeuta es “sensible”, y responde a la demanda, a las necesidades de la paciente, y que las actividades terapéuticas van a ser diferentes según el momento de la terapia. Como ya hemos comentado podemos asumir que la terapia realizada con Olivia es como si estuviera dividida (y al mismo tiempo unida) en dos grandes bloques, el primer bloque correspondiente a las sesiones 1 y 2, y el segundo bloque integrado por las sesiones desde la tercera hasta el final. ¿Qué es lo que nos lleva a plantear esta afirmación? El hecho de que las actividades terapéuticas y los niveles APES en cada uno de esos bloques sean diferentes, aunque no de una forma totalmente delimitada. Lo que acabamos de plantear

no impide que en cada uno de los bloques aparezcan actividades terapéuticas y niveles APES del otro.

En las *sesiones 1 y 2* (véase Figura 4.2) las actividades terapéuticas más relevantes se han focalizado en “*Clarificar el Problema*”, “*Comprender el Punto de Vista*” de Olivia e “*Inducir un Cambio*”. Estas intervenciones son las que en este momento de la psicoterapia requiere la paciente, ya que el terapeuta intenta construir inicialmente la relación, conocer el problema, hacer sentir segura a Olivia, para poder empezar, en el trabajo conjunto con ella, a promover un cambio.

Figura 4.2
Actividades terapéuticas en función de la sesión de psicoterapia.



Estas dos primeras sesiones de psicoterapia son muy importantes para el resto del proceso de cambio en el sentido de lo que plantean Elkin et al. (2014). Es decir, estos autores hicieron una investigación cuyo objetivo fue estudiar el comportamiento de los terapeutas en las primeras dos sesiones de intervención observando si facilitaba o no el compromiso del paciente con el tratamiento. Así, estos autores señalan que el comportamiento del terapeuta en

los encuentros iniciales con el paciente puede tener un efecto sobre los sentimientos positivos que éste experimenta y sobre la relación terapéutica, así como sobre la decisión del paciente de continuar en terapia. De un modo más específico, un resultado que se deriva de esta investigación de Elkin et al. (2014) es que una atmósfera terapéutica positiva desarrollada por el terapeuta, así como un ítem que evaluaba la responsividad global de éste, predicen una percepción positiva del paciente sobre la relación terapéutica después de la segunda sesión, y la continuidad del paciente en terapia después de cuatro sesiones. Al mismo tiempo un factor que medía los comportamientos negativos del terapeuta predecía una terminación rápida de la psicoterapia.

Por lo tanto, nuestros datos, que indican que la terapia está dividida en dos partes unidas, se pueden explicar, en parte, en base al trabajo que acabamos de mencionar. Es decir, en las dos primeras sesiones se construye la relación terapéutica y la alianza con la paciente con unas actividades terapéuticas focalizadas fundamentalmente, como ya hemos dicho, en *conocer el problema* de Olivia así como su *punto de vista sobre él*, y en comenzar a *desafiar* dicha perspectiva y el *modo de abordar* la dificultad. **Por ello, lo que acabamos de señalar nos indicaría que el terapeuta de algún modo está siendo responsivo a las necesidades de la paciente (de expresar su problema y de ser comprendida por el terapeuta) en estas dos sesiones iniciales de la terapia.**

A partir de la *sesión 3 hasta el final* (véase Figura 4.2), y puesto que asumimos que la paciente confía en el terapeuta y en sus capacidades, y por ello en cierto modo continúa en terapia, el proceso de asimilación puede continuar evolucionando y afianzándose gracias, en parte, a las actividades terapéuticas que utiliza el terapeuta, adaptándose a las necesidades de la paciente. Dicho de otro modo, las actividades terapéuticas más frecuentes son las de “*Evolución de los Cambios*”, que permiten que la paciente continúe construyendo el cambio y la asimilación de la experiencia problemática.

Esta diferenciación en relación con las actividades terapéuticas y con la sesión de terapia en la que se encuentra el proceso terapéutico de Olivia, teniendo en cuenta cada uno de los bloques señalados, puede explicarse a partir de diferentes cuestiones:

1. En los primeros encuentros con la paciente es necesario, a través de las actividades terapéuticas aplicadas, la construcción de la relación terapéutica. De hecho, sin relación terapéutica la asimilación es prácticamente imposible, es decir, sin una alianza terapéutica y sin un vínculo terapéutico apropiado no se establecerá un diálogo flexible entre la voz dominante y la voz no dominante (Stiles et al., 1990). Al mismo tiempo, el modelo de asimilación ofrece una aproximación para personalizar la relación terapéutica (Stiles, 2001).

2. Como ya dijimos anteriormente, cuando la paciente experimenta diferentes *Insights*, facilitados por las actividades efectuadas por el terapeuta, se produce un cambio en las actividades terapéuticas que se emplean a partir de dicho momento, y de este modo la paciente comienza a experimentar niveles APES de 5, 6 y 7.

Como señalan Honos-Webb y Stiles (1998) el puente de significado explica cómo se produce el diálogo entre voces. El terapeuta favorece con sus actividades terapéuticas, utilizadas tomando en consideración el momento de la terapia en el que se encuentra la paciente, el puente de significado (Insight) entre la voz dominante y la no dominante, a partir del cual se continuará construyendo el cambio, y el avance en el proceso de asimilación de la experiencia problemática. Es decir, el terapeuta es sensible, de un modo genérico, a las necesidades de la paciente.

3. Este resultado que estamos comentado también viene explicado por la *responsividad* del terapeuta a las necesidades de Olivia en cada momento del proceso de asimilación (véase Figura 4.2). El terapeuta, tal y como plantean Stiles et al. (1998), está siendo sensible a la situación y al problema de la paciente planteando actividades terapéuticas adaptadas a la capacidad de ésta. Por lo tanto, el terapeuta en la línea de lo que señalan Stiles

et al. (1998) está respondiendo a lo que la paciente hace o dice, reconociendo sus déficits (necesidades, problemas) así como sus recursos, e interviniendo a lo largo de todo el proceso de terapia tomando en consideración estas cuestiones.

Así pues, y tal y como establece Stiles (2009c), podría ser útil para los terapeutas que utilizaran durante las sesiones con los pacientes la información emergente sobre el resultado de sus actividades para modificarlas y optimizar así la asimilación.

También hay que señalar que el terapeuta en esta terapia está siendo eficaz. Es decir, nuestros datos indican que está trabajando, con alguna excepción, dentro de la *zona terapéutica de desarrollo próximo*, en línea con los trabajos de Leiman y Stiles (2001) y Stiles et al. (2006) que señalan que el terapeuta debe establecer un equilibrio dinámico ideal no exigiendo al paciente más de lo que puede o está preparado para ofrecer.

4. Las actividades terapéuticas que con mayor frecuencia aparecen durante las sesiones 1 y 2 (“*Clarificar el Problema*”, “*Comprender el Punto de Vista*” e “*Inducir un Cambio*”), y que constituyen uno de los dos bloques en los que hemos dicho que se divide la terapia realizada con Olivia guardan mucha relación con lo que Ribeiro et al. (2012) afirman en su trabajo. En dicha investigación se comenta que el terapeuta construye un clima en el que los *momentos innovadores*, definidos como aquellas ocasiones en las que la voz no dominante constituye excepciones a la voz dominante desde un punto de vista narrativo (Gonçalves, Matos y Santos, 2009; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus y Greenberg, 2010), puedan tomarse en consideración utilizando fundamentalmente dos estrategias de intervención: *apoyo* y *desafío*. La primera, según estos autores, favorece que el paciente se sienta seguro empleando una comunicación dirigida a comprender y aceptar la experiencia del paciente desde su perspectiva actual. Con las actividades que el terapeuta utiliza en este estudio de caso en lo que hemos delimitado como el primer bloque del proceso de psicoterapia (véase Figura 4.2), en la sesión 1 y 2, y que han sido “*Clarificar el Problema*” y “*Comprender el*

Punto de Vista de la Paciente”, lo que pretende entre otras cosas es proporcionar apoyo a la paciente para que se sienta cómoda y con confianza para avanzar en el proceso de psicoterapia.

La segunda estrategia que proponen Ribeiro et al. (2012) consiste en desafiar la voz dominante desadaptativa y promover la aparición de los *momentos innovadores*. Con las actividades terapéuticas que en esta investigación se han denominado “*Inducir un Cambio*”, y que comienzan a utilizarse cuando la paciente se siente apoyada y segura, el terapeuta comienza a desafiar el habitual modo de entender el problema de Olivia, con la finalidad de facilitar un cambio.

Ribeiro et al. (2012) también plantean en dicha investigación la importancia de un equilibrio a la hora de utilizar la estrategia de apoyo y desafío ya que, por un lado, si el terapeuta invierte muchos esfuerzos y recursos en fomentar la seguridad y la comodidad es posible que disminuyan las opciones para trabajar con las narraciones que generan problemas.

Y, por otro lado, si las actividades del terapeuta se focalizan en exceso en desafiar al paciente se puede fomentar la aparición de reticencias en éste. En nuestro caso, este trabajo dinámico y flexible se ha tomado en consideración por el terapeuta, utilizando actividades terapéuticas diferenciadas en función del contexto terapéutico en el que se encontraba la paciente.

Un trabajo conjunto con Olivia en el que, por un lado, se ha fomentado su confianza, en el primer bloque de la terapia (sesión 1 y 2 principalmente), y por otro, se la ha “retado” fundamentalmente en el segundo bloque del proceso de psicoterapia. Decimos, fundamentalmente, porque en el primer bloque ya se comienza a desafiar a la paciente pero de un modo más “tímido”, utilizando intervenciones para “*Inducir un Cambio*”, pero es en el segundo bloque de la terapia cuando el terapeuta promueve de un modo más evidente, y a través de acciones, el cambio en la paciente mediante actividades terapéuticas centradas en la

“*Evolución de los Cambios*”, cuya finalidad entre otras cuestiones es desafiar y provocar un cambio, concretado en hechos. Lo que acabamos de señalar tiene relación, evidentemente, con las ideas que hemos presentado en los puntos anteriores, es decir, con la *responsividad* y con la *zona de desarrollo próximo*.

No obstante, y aunque exista esa diferenciación que acabamos de comentar entre sesiones, las actividades terapéuticas (en base a nuestros datos) podrían estar provocando un efecto terapéutico conjunto acumulativo, ya que el terapeuta “provoca” un cambio porque previamente se ha preparado a Olivia para ello, a través de actividades terapéuticas, como ya hemos dicho, que promueven la seguridad y la confianza en la paciente (principalmente actividades para “*Clarificar el Problema*” y para “*Comprender su Punto de Vista*”). Es decir, se pueden utilizar actividades centradas en “*Inducir un Cambio*” en un momento avanzado del primer bloque del proceso de psicoterapia y en determinar la “*Evolución de los Cambios*” en el segundo bloque de la terapia (desde la sesión 3 hasta el final), ya que previamente se han utilizado otras actividades que han hecho que la paciente avance en la asimilación de la experiencia problemática. Es como si de algún modo las actividades terapéuticas fueran construyendo *r* parciales (Caro, 1993, 1999) que permiten gradualmente un cambio mayor y un avance y un afianzamiento en el proceso de asimilación en la línea de lo que plantean Stiles et al. (1991) cuando señalan que el *proceso* es la comunicación que se establece entre el paciente y el terapeuta, y el *resultado* la asimilación de la experiencia problemática.

B. Responsividad e intercambios APES-TERAPEUTA-APES

En base a los datos sobre los intercambios APES- TERAPEUTA –APES se puede plantear que el terapeuta, a lo largo del proceso de psicoterapia, está siendo “responsivo” a la paciente, lo que le ha permitido trabajar desde una posición de confianza y de buena relación.

En este punto hay que señalar que la relación terapéutica no sólo se ha construido inicialmente como un requisito para el cambio (Gelso, 2014; Norcross, 2002; Norcross y

Lambert, 2011a), ya que como los datos indican, las actividades terapéuticas posteriores a niveles APES de 2, 3 y 4 de la paciente (en intercambios APES-TERAPEUTA-APES con mismo código APES, es decir, por ejemplo APES 2 – TERAPEUTA – APES 2) se han focalizado principalmente en “*Clarificar el Problema*”, en “*Comprender el Punto de Vista del Paciente*” y en “*Inducir un Cambio*”, sino que el progreso en el continuo de asimilación ha fortalecido dicha relación (Luborsky, 1984). En este caso, si la paciente estaba previamente en un nivel APES 3 el terapeuta ha utilizado, con una mayor frecuencia, actividades terapéuticas para mantener dicho nivel de asimilación, como por ejemplo “*Clarificar el Problema*” o “*Comprender el Punto de Vista del Paciente*”, o actividades para permitir que Olivia avanzara un poco, por ejemplo actividades para “*Inducir un Cambio*”, y generar niveles APES 4 o Insight. Esto nos podría indicar que el terapeuta ha sido eficaz desde el punto de vista que ha estado trabajando dentro de la *zona terapéutica de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001, Stiles et al., 2006).

La actividad terapéutica que mayor frecuencia ha mostrado, en este estudio de caso, en los intercambios de APES 5-TERAPEUTA-APES 5, APES 6-TERAPEUTA-APES 6 y APES 7-TERAPEUTA-APES 7 ha sido el factor “*Evolución de los Cambios*”. Así pues, los datos podrían sugerir que el terapeuta comienza la psicoterapia siendo poco directivo, ya que la asimilación está en niveles APES iniciales, y por lo tanto la paciente no está todavía preparada para determinadas actividades terapéuticas puesto que el problema todavía no está definido con claridad, la emoción que experimenta Olivia es de pánico y de dolor psicológico y la atención a la experiencia problemática debe ir aumentando poco a poco (Stiles et al., 1991, 2004). Una vez que la paciente comienza a experimentar niveles 4 (Insight) las actividades terapéuticas que se utilizan con mayor frecuencia por el terapeuta, a partir de intercambios APES 5- TERAPEUTA – APES 5, son las relativas a la categoría de “*Evolución de los Cambios*”. Por lo tanto, no sólo era necesario alcanzar niveles 4 (Insights), si no que a

partir de esos niveles el cambio se continuara afianzando. Es decir, el terapeuta facilita que Olivia experimente un cambio, y que poco a poco lo vaya interiorizando, dicho con otras palabras, que la paciente posiblemente internalice a su terapeuta a lo largo del proceso de asimilación desde una posición en la que la voz del terapeuta está fuera de la comunidad de voces hasta que se convierte en parte del self de la paciente (Mosher y Stiles, 2009).

Además, todas estas cuestiones nos indican también la relevancia que para el proceso de psicoterapia tiene la relación existente entre la asimilación y otros procesos psicológicos básicos como la *emoción* y la *atención*, ya que son aspectos que han de tomarse en consideración por parte de los terapeutas para aplicar una actividad terapéutica u otra de un modo responsivo. Por ejemplo, si un paciente está experimentado una emoción muy fuerte de miedo es necesario comenzar a trabajar dicho estado con herramientas terapéuticas que permitan disminuir dicho nivel de tensión o de activación, para en un segundo momento poderle plantear la necesidad de que para resolver su problema es inevitable tener que afrontar el miedo. Evidentemente al revés provocaría más miedo todavía. Es decir, si nada más comenzar la terapia, cuando más miedo experimenta el paciente, se le plantea que lo que ha de hacer es afrontar, en lugar de evitar, tenemos muchas probabilidades de que la persona pueda abandonar la terapia.

En relación con los intercambios APES-TERAPEUTA-APES en los que se ha producido un avance en el nivel APES posterior a la actividad terapéutica hay que discutir cuestiones que son muy similares a lo que se ha planteado en relación con los intercambios en los que el nivel APES previo y posterior era igual. Sólo comentar que nuevamente el factor “*Clarificar el Problema*” y “*Comprensión del Punto de Vista del Paciente*” se convierten en las actividades terapéuticas más utilizadas por el terapeuta en intercambios APES 2...APES 3 y APES 3...APES 4, lo cual podría tener sentido desde el punto de vista que el terapeuta estaría siendo responsivo al nivel APES previo de la paciente, aunque el terapeuta en este

caso no haya tenido en cuenta el proceso de asimilación para realizar la terapia. Y, por otro lado, el factor “*Evolución de los Cambios*” es la categoría de actividades terapéuticas más relevante en intercambios APES 5... APES 6, ya que permite fortalecer, como ya hemos dicho en páginas anteriores, el proceso de cambio.

Estos resultados que acabamos de mencionar tienen, según nuestro punto de vista, dos implicaciones:

1. El continuo de asimilación o el nivel APES en el que se encuentra un paciente podría facilitar al terapeuta decidir qué actividad terapéutica es más útil, eficaz y eficiente en cada momento, tal y como plantean Stiles et al. (1995). Es decir, que el terapeuta pueda responder adecuadamente aplicando un tipo de actividad u otra en función del nivel APES del paciente. Si todo ello puede influir en la asimilación y en el cambio, esta cuestión puede ser interesante no sólo para los terapeutas que ya ejercen sino para la formación de los futuros profesionales de la psicoterapia.

2. Derivado de lo anterior, sugerimos además que, en función de nuestros datos, es importante que los terapeutas aprendan a observar casi inmediatamente en qué nivel APES se encuentra el paciente para poder ser sensibles a sus necesidades, cuestión relacionada con el concepto de “responsiveness” (Stiles, 2009c; Stiles et al., 1998). Resaltar que esto puede facilitar que los terapeutas optimicen el proceso de terapia ya que le proporcionan a ésta un orden y un sentido que favorece un trabajo lógico (Kazdin, 2009). Además, lo que acabamos de relatar es relevante para la práctica de la psicoterapia ya que nos podría estar indicando la importancia de que los terapeutas adapten sus intervenciones en función del proceso de asimilación de sus pacientes, personalizando la intervención momento a momento.

Por otro lado, y aunque como ya hemos dicho, algunas actividades terapéuticas tienen mayor frecuencia en determinados intercambios APES-TERAPEUTA-APES, y en algunos de

ellos determinadas actividades terapéuticas no tienen ninguna frecuencia (por ejemplo, en intercambios: APES 4 - Clarificar el Problema - APES 4, APES 7-Clarificar el Problema- APES 7, APES 5-Comprensión del Punto de Vista del Paciente- APES 5, APES 7-Comprensión del Punto de Vista del Paciente- APES 7, APES 4-Inducir un Cambio- APES 4, APES 7-Inducir un Cambio- APES 7, APES 2-Evolución de los Cambios- APES 2, APES 4-Evolución de los Cambios- APES 4), la mayoría de intervenciones terapéuticas, con mayor o menor frecuencia, están presentes en prácticamente todos los intercambios APES-TERAPEUTA-APES y a lo largo de todo el proceso de asimilación. Esto podría indicarnos que cada sesión supone un inicio y un fin, y al mismo tiempo una continuidad entre ellas, ya que, por un lado, en las sesiones se producen lo que Caro (2007), siguiendo a Greenberg y Pinsof (1986), establece como un *r*, frente a la *R* (resultado final), y por otro lado, el hecho de que hayamos clarificado el problema en las primeras sesiones no significa que no sea necesaria, nuevamente, su utilización en un momento concreto más avanzado de la terapia debido, por ejemplo, a que falte especificar alguna cuestión del problema que no había quedado suficientemente clara.

Por lo tanto, a veces, para continuar avanzando hay que retroceder en cuanto a la actividad terapéutica utilizada, y es muy probable que si “*Clarificamos el Problema*” se “generen” valores APES inferiores al nivel actual del paciente. Esta cuestión se relaciona con los retrocesos, sobre los que hablaremos a continuación.

3. Actividades terapéuticas y retrocesos

A lo largo del proceso terapéutico se han producido diversos retrocesos. Nos vamos a centrar en aquellos que han ocurrido a continuación de la actividad planteada por el terapeuta, en los intercambios APES – TERAPEUTA- APES. Este resultado encaja perfectamente con aquellos trabajos que plantean que el proceso de asimilación no es tan regular y progresivo

como Stiles et al. (1990) señalaron inicialmente, sino que se pueden presentar retrocesos (Caro, 2003a, 2003b; Caro y Stiles, 2009, 2013).

Como ya dijimos en apartados anteriores se postulan distintos motivos acerca del porqué de los retrocesos durante la psicoterapia. En relación con nuestros datos, observando, y sin un estudio más detallado, los 11 retrocesos analizados (hay más retrocesos pero como hemos señalado más arriba sólo nos centramos en aquellos que han ocurrido en los intercambios APES-TERAPEUTA-APES), 10 se podrían explicar, de forma tentativa, según la *hipótesis de la balanza* (Caro y Stiles, 2013). Así, la vuelta atrás en el proceso de asimilación se produce cuando, en el tratamiento propio de las psicoterapias cognitivas, el paciente sigue al terapeuta en el trabajo conjunto que están realizando. Por ejemplo, la paciente alcanza un valor APES de 3, a continuación el terapeuta le hace una pregunta para clarificar algún aspecto del problema sobre el que están trabajando, y seguidamente la paciente experimenta un nivel APES 2 debido a que contesta a la pregunta formulada por el terapeuta. Es decir, la respuesta del paciente y su valor APES pueden surgir como consecuencia de la actividad planteada por el terapeuta. La paciente está totalmente involucrada en el proceso terapéutico haciendo caso a lo que le formula su terapeuta. Ambos están mirando en la misma dirección, están colaborando para implementar el contrato terapéutico establecido al inicio de la psicoterapia (Tryon y Winograd, 2011).

En relación con el retroceso que nos faltaría por comentar hay que señalar que se ajusta mejor a la explicación que plantea que los retrocesos están relacionados con la *zona de desarrollo próximo* que proponen Leiman y Stiles (2001). Esta explicación señala que las acciones del terapeuta pueden provocar que el paciente se encuentre incómodo con el nivel APES en el que se está trabajando. La paciente, en este caso, no está preparada todavía para soportar lo que le sugiere el terapeuta, aspecto que va en la línea de lo que establece Stiles (2005) como una explicación a los retrocesos. A partir de lo que comentan Caro y Stiles

(2013) podemos inferir que Olivia no puede seguir al terapeuta en contraposición con lo que ocurre en el resto de retrocesos que hemos comentado, en los que la paciente sí que lo sigue.

Según nuestro punto de vista, y siguiendo a Caro y Stiles (op.cit.), estas dos explicaciones, la de la *zona de desarrollo próximo* y la de la *hipótesis de la balanza*, sobre la aparición de retrocesos en la asimilación de la experiencia problemática guardan una relación muy estrecha, entre otros aspectos, con el terapeuta, y con su habilidad para ser “responsivo” con la paciente, así como con la relación terapéutica.

Para finalizar con los retrocesos, comentar que estos no dificultan el proceso de asimilación, o no necesariamente tienen porqué ser problemáticos, sino que más bien son “imprescindibles” para que se produzca el proceso de asimilación (Caro, Stiles y Pérez, 2014). Es decir, pueden facilitar la asimilación de experiencias problemáticas.

Limitaciones y Futuras investigaciones

Los datos que hemos presentado corresponden a un estudio de caso y por lo tanto son necesarios más estudios con diferentes pacientes y con distintas terapias. No obstante, nos gustaría detallar algunas cuestiones relevantes sobre los estudios de caso con la finalidad de establecer cuáles son sus ventajas.

Tal y como sugieren Dallos y Vetere (2005), los estudios de caso facilitan abordar la complejidad de la psicoterapia. De hecho hay que remarcar también que el modelo de asimilación se ha construido a partir de estudios de caso que construyen una teoría (*theory-building case study research*) (Stiles, 2007, 2009a, 2009b), constituyendo nuestro trabajo una pequeña y modesta aportación. Así pues, siguiendo a Stiles (2003, 2007, 2009a, 2009b), los estudios de caso que construyen una teoría son un tipo de investigación en el que los datos “empapan” las ideas, de modo que una teoría cambia en base a las nuevas observaciones, y además constituyen un procedimiento en el que los datos de diferentes casos, compartidos por distintos investigadores, permiten que avance el paradigma teórico inicial. En definitiva, y tal y como plantea Stiles (2013), la investigación desde este planteamiento es sistemática y rigurosa (Stiles, 2007).

La investigación cualitativa (y los estudios de caso son un ejemplo) nos permite abordar el proceso del cambio en terapia (Caro, 2002). Sin embargo, presenta algunas desventajas (Caro, 2002; y McLeod, 2013): se necesita bastante tiempo para llevarla a cabo, las personas implicadas se deben entrenar y supervisar y los datos son diálogos y por lo tanto hay dificultades acerca de cómo emplear, administrar y transmitir dicha información.

A pesar de todo lo que hemos dicho hay que destacar, tal y como ya hemos planteado anteriormente, que el modelo de asimilación se ha desarrollado fundamentalmente a partir de estudios de caso (Stiles, 2002), y que una serie de estudios de caso nos permiten asumir y defender el modelo de asimilación (Caro, 2007).

Otra limitación de nuestro trabajo es que no se han medido otras variables de proceso como, por ejemplo, la alianza terapéutica, o la relación terapéutica... Esto parece importante a la hora de nuestros resultados y se deben tomar en consideración en trabajos futuros.

A la hora de delimitar y definir las actividades terapéuticas no hemos utilizado una taxonomía estándar, debido fundamentalmente a que lo que hemos intentando es describir lo que sucedía en este estudio de caso concreto en el contexto de dicha terapia, y hemos construido unas categorías adaptadas al proceso de psicoterapia particular.

Finalmente, somos conscientes de que hemos utilizado el ICF (Índice de Cambio Fiable) en un caso cuya gravedad es más bien baja, y por lo tanto, la disfuncionalidad de la paciente no era elevada. No obstante, nos ha permitido corroborar cuantitativamente el cambio experimentado por Olivia, según el modelo de asimilación, ya que dicho índice nos ha indicado que la mejoría es estadísticamente significativa.

A partir del trabajo que acabamos de presentar y como futuras investigaciones se van a plantear las siguientes:

1. Aunque el modelo de asimilación no es prescriptivo, indudablemente orienta al terapeuta en el proceso de toma de decisiones que es la terapia, ya que de un modo general y tentativo, las actividades terapéuticas necesarias en un nivel APES son diferentes a las de otro nivel, aunque una determinada actividad específicamente pueda incidir sobre niveles APES diferentes. Esta cuestión puede permitir que los terapeutas sean más efectivos y más eficientes, pero son necesarias más investigaciones (más estudios de caso) que permitan moldear y generar un modelo pragmático que proporcione indicaciones al terapeuta acerca de lo que puede hacer o no (o sería aconsejable) en cada momento. Por ejemplo, para construir la relación terapéutica inicialmente y saber si ésta se está afianzando o no, para manejar una situación difícil de ruptura de la alianza y mantener la relación inicialmente creada,

para decidir cuándo está preparado el paciente para ser desafiado, para determinar cómo avanza el proceso de cambio y poder decidir también la finalización de la terapia...

2. Continuar estudiando los retrocesos, ya que nos proporcionan mucha información sobre el proceso de cambio y de asimilación. Y relacionándolos con las actividades terapéuticas.
3. Indagar y profundizar acerca del diálogo entre las voces, entre la voz dominante y la voz no dominante, en línea con lo que se postula en el trabajo desarrollado por Caro et al. (2014) y Caro y Pérez (en prensa). Realizar investigaciones en las que se combine una metodología cuantitativa y cualitativa, aunque prime un estudio cualitativo que describa el proceso del cambio, así como una descripción pormenorizada del diálogo entre voces. Por ejemplo, estudios que incluyan un mayor detalle de las actividades terapéuticas y de la interacción paciente - terapeuta, ya que en este trabajo aunque se han incluido los intercambios APES – TERAPEUTA – APES, la descripción ha sido únicamente transversal.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

A continuación resumimos aquellas cuestiones que consideramos son las más relevantes de esta investigación a modo de conclusiones finales.

En **primer término**, hay que remarcar que la paciente muestra un cambio terapéutico estadísticamente significativo (tal y como nos indica el ICF – *Índice de Cambio Fiable*) al final del proceso de psicoterapia. Además Olivia asimiló la experiencia problemática de miedo a la muerte. La voz dominante (“*control que la paciente desea establecer sobre cualquier acontecimiento de su vida*”) y la voz no dominante (“*miedo a morir*”) establecen un diálogo flexible entre ellas, y la voz no dominante es integrada en el sí mismo de Olivia, dicho de otro modo, en la comunidad de voces habitual de la paciente.

En **segundo lugar**, podemos sugerir la vinculación o relación existente entre la asimilación de la experiencia problemática de Olivia y las actividades terapéuticas. Es decir, el papel de las actividades del terapeuta es relevante en el proceso de asimilación de la paciente, tal y como sugieren nuestros datos. El terapeuta facilita, con las intervenciones que utiliza, que la paciente asimile su experiencia problemática de miedo a la muerte. Esta cuestión va en línea con los trabajos de Caro et al. (2014), Goldsmith et al. (2008), Meystre et al. (2014a), Meystre, Pascual – Leone, Roten, Despland y Kramer (2014b) y Mosher et al. (2008). Lo que acabamos de mencionar hay que matizarlo señalando que no podemos manifestar, tal y como también plantean Caro et al. (2014) y Stiles et al. (1995), que el resultado de la terapia esté provocado directa y de forma causal por las actividades terapéuticas puestas en práctica por el terapeuta.

En **tercer lugar**, y siguiendo con las actividades terapéuticas, previas al nivel APES experimentado por Olivia, y de un modo genérico, podemos señalar, en base a nuestros datos, que las actividades del terapeuta anteriores a los diferentes niveles APES de Olivia son diferentes. Por otro lado, hay que destacar que, aunque algunas actividades terapéuticas se relacionan con determinados niveles APES con mayor frecuencia, tal y como acabamos de

plantear, también es patente, y así lo indican los datos, que una misma intervención del terapeuta puede provocar distintos valores APES.

En **cuarto lugar**, nuestros datos también muestran, un resultado que no habíamos previsto, y es el hecho de que todas las intervenciones terapéuticas que se han planteado anteceden a los valores APES con una frecuencia más alta o más baja, con la única excepción de las que hemos definido como “*Factor Técnica*” y que tienen relación con técnicas procedentes de la *terapia breve estratégica*: “*Cómo Empeorar*”, “*Evita Evitar*”, “*Diario de a bordo*”, “*Concreción de Cambios*” y la “*Técnica de la Peor Fantasía*” (Nardone, 1997, 2007).

En **quinto lugar**, es imprescindible, por un lado, comentar que el terapeuta es “sensible” a las necesidades de la paciente, y que las actividades terapéuticas van a ser diferentes si atendemos a las sesiones 1 y 2, o si centramos el interés desde la sesión tres hasta el final. Por otro lado, y analizando los triples intercambios APES- TERAPEUTA –APES, se puede sugerir que el terapeuta, a lo largo de la terapia, está siendo “responsivo” a la paciente, lo que le ha facilitado poder trabajar desde una posición de seguridad y de buena alianza terapéutica. En relación con los intercambios APES – TERAPEUTA – APES también se han analizado los retrocesos que aparecían en estos, focalizándonos en explicarlos desde la *hipótesis de la balanza* (Caro y Stiles, 2013) y desde la *zona de desarrollo próximo* (Leiman y Stiles, 2001; Stiles, 2005).

Finalmente, también hay que reconocer cuáles son las limitaciones de este trabajo, así como destacar posibles investigaciones en un futuro. Los resultados que se han comentado son el fruto de un estudio de caso, y por lo tanto, son necesarias más investigaciones en esta línea, con más pacientes y con otro tipo de terapia. También es cierto que en esta investigación no se han considerado otros aspectos del proceso de terapia tales como, la alianza terapéutica, o la relación terapéutica..., y que las actividades terapéuticas utilizadas no se corresponden con una clasificación estándar. No obstante, cada una de estas limitaciones

supone al mismo tiempo algunas ventajas que también se han comentado en páginas anteriores.

En cuanto a investigaciones a seguir realizando se han planteado el efectuar más estudios de caso para establecer un modelo pragmático que proporcione indicaciones al terapeuta acerca de lo que puede hacer o no (o sería aconsejable) en cada momento de la psicoterapia, indagar más acerca de los retrocesos, estableciendo relaciones con las actividades terapéuticas, y estudiar en detalle el diálogo entre las voces, en línea con lo que se plantea en el trabajo de Caro et al. (2014).

REFERENCIAS

- Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., y Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768.
- Aveline, M. (2005). The person of therapist. *Psychotherapy Research*, 15, 155-164.
- Ávila, A., Caro, I., Orlinsky, D., Rodríguez, S., Coscollá, A., y Alonso, M. (2002). Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 199-218.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Bachelor, A., y Horvath (1999). The Therapeutic relationship. En M.A. Hubble, B.L. Duncan, y S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp.133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldwin, S. A., Wampold, B.E. e Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Baldwin, S.A., e Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: findings and methods. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed.), (pp. 258-297). Nueva York: John Wiley.
- Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E. y Field, S. D. (1996). The assimilation model: theory, research and practical guidelines. En W. Dryden (Ed.), *Research in counselling and psychotherapy*, (pp. 1-24). Londres: Sage Publications.
- Beck, A.T., y Steer, R.A. (1993). *Beck depression inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Bergin, A.E., y Garfield, S.L. (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, (pp. 3-36). Nueva York: JohnWiley.
- Beutler, L.E., Grago, M., y Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed.), (pp. 257-310). Nueva York: John Wiley.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. y Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.), (pp. 229-264). Nueva York: John Wiley.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, Sh., y Wong, E. (2004). Therapist variables. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.), (pp. 227-306). Nueva York: John Wiley.
- Binder, J.L. y Strupp, H.H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Bohart, A.C., y Wade, G. (2013). The client in psychotherapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed.), (pp. 219-257). Nueva York: John Wiley.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O. y Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia. El estado de la cuestión. *Boletín de Psicología*, 69, 19-42.
- Brinegar, M.G., Salvi, L.M., Stiles, W., y Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 165-180.

- Caro, I. (1993). La identidad de la Psicoterapia. En I. Caro (Ed.), *Psicoterapia e investigación de procesos*, (pp.17-40). Valencia: Promolibro.
- Caro, I.(1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas*, (pp.37-53). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. (1999). La investigación de procesos: análisis de tareas y cambio terapéutico en la terapia lingüística de evaluación. *Psicologemas*, 13, 25 – 26.
- Caro, I. (2002). Las investigaciones cualitativas en el contexto de la psicoterapia. *Psicologemas*, 16, 33-68.
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia. *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counseling Psychology Quarterly*, 18, 133-148.
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16, 422-435.
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452.
- 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. (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. (en prensa). The assimilation model: Theoretical and clinical implications from linguistic therapy of evaluation. *Journal of Constructivist Psychology*.
- 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*.
- Caro, I., Pérez, S. (en prensa). La asimilación de experiencias problemáticas: El diálogo entre voces en el nivel de Insight. *Revista de Psicoterapia*.
- Caro, I., Rojo, I., Allepuz, A. y Yera, A. (2011). El estudio del proceso del cambio según el modelo de asimilación: Una introducción teórica y metodológica. *Clínica y Salud*, 22, 223-235.
- Caro, I., y Safran, J.D. (1991). Posibilidades de investigación en psicoterapia: El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, 59-82.
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia lingüística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.
- 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.
- Caro, I., Stiles, W.B., y Pérez, S. (2014). *Therapeutic activities and setbacks in the assimilation process*. Trabajo presentado en el Congreso anual de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia celebrado en Junio en Copenhague (Dinamarca).
- Castonguay, L. (2013). Psychotherapy outcome: An issue worth re-revisiting 50 years later. *Psychotherapy*, 50, 52-67.

- Castonguay, L. G. y Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factor. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631- 638.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S.L., Raue, P.J., y Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S., Fernández, H., Saúl, L.A., García, F., y Botella, L. (2008). Estilo del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*, 26, 281-289.
- Coscollá, A., Caro, I., Ávila, A., Alonso, M., Rodríguez, S., y Orlinsky, D. (2006). Theoretical orientations of spanish psychotherapists: integration and eclecticism as modern and postmodern cultural trends. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 398-416.
- Chamberlain, P., Davis, J.P., Forgatch, M., Frey, J., Patterson, G.R., Ray, J., Rothschild, A., y Trombly, J. (1985). *The therapy process code: A multidimensional system for observing therapist and client interactions*. Oregon: Oregon Social Learning Center, Eugene.
- Dallos, R. y Vetere, A. (2005). *Researching psychotherapy and counselling*. Maidenhead: Open university press.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Londres: Sage Publications.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (2011). The discipline and practice of qualitative research. En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, (pp. 1-19). Londres: Sage Publications.

- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson.
- Deter, 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.
- DSM-5 (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Elkin, I., Falconnier, L., Martinovich, Z., y Mahoney, C. (2006). Therapist effects in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy Research*, 16, 144-160.
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K.E., Henderson, E., Brown, E.R. y Mckay, B.M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 24, 52-66.
- Elkin, I. E., Parloff, M.B., Hadley, S.W., y Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elliot, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: an empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 307 – 322.
- Elliot, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20, 123 – 135.
- Elliot, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., y Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22, 620-630.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

- Field, S., Barkham, M., Shapiro, D.A., y Stiles, W.B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: a quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gelso, J. Ch. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24, 117-131.
- Gergen, K.J. (1992). Toward a postmodern psychology. En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism*. Londres: Sage Publications.
- Gershefski, J.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R. y Elkin, I. (1996). Clients` perceptions of treatment for depression: helpful aspects. *Psychotherapy Research*, 64, 233-247.
- Goldfried, M.R. (1980). Towards the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldsmith, J. Z., Mosher, J. K., Stiles, W. B., y 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.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., y Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 267-294.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., y Greenberg, L. (2010). Innovative moments and change in emotional focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294.
- Greenberg, L.S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.

- Greenberg, L. S. (1994). The investigation of change: its measurement and explanation. En R. L. Russell, *Reassessing psychotherapy research*, (pp. 114-143). Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S.-Pinsoff, W.M. (1986): Process research: Current trends and future perspectives. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process. A Research Handbook*, (pp.3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. y Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Gunter, S. Kowalik, Z.J., Schutz, A., Kohler, M., Richter, K., Strunk, G., Werner, M., y Elbert, Th. (1997). Psychotherapy as a chaotic process I. Coding the client therapist interaction by means of sequential plan analysis and the search for chaos: A Stationary approach. *Psychotherapy Research*, 7, 173-194
- Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., y Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client – identified significant events in psychodynamic – interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 36 – 53.
- Hardy, G., Stiles, W., Barkham, M., y Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to clients interpersonal styles during time – limited treatment for depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 66, 304 – 314.
- Henry, H., Stiles, W.B., y Biran, M.W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 109-119.
- Hermans, H.J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.

- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G., y Van Loon, R.P.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23-33.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., y O'Brien, K.M. (1999). *Helping Skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Washington: 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., y Stiles, W.B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the Assimilation Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 406-420.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B. y Greenberg L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counselling Psychology*, 50, 189-198.
- 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.
- Horvath, A. O., y Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. Nueva York: John Wiley.
- Humphreys, C.L., Rubin, J.S., Knudson, R.M., y Stiles, W.B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 121-132.

- Iraurgi, I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de programas terapéuticos. *Trastornos Adictivos*, 2, 99-113.
- Iraurgi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos I: Entre la significación estadística y la relevancia clínica. *Norte de Salud Mental*, 33, 94-108.
- Iraurgi, I. (2010). Evaluación de resultados clínicos (y III): Índices de Cambio Fiable (ICF) como estimadores del cambio clínicamente significativo. *Norte de Salud Mental*, 8, 105-122.
- Iwakabe, S., y Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19, 601 – 611.
- Jacobson, N.S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación cualitativa. En A. E. Kazdin, *Métodos de investigación en psicología clínica*, (pp. 245 – 262). México: Prentice Hall.
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 418-428.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Kim, D., Wampold, B.E., y Bolt, D.M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: a random-effects modelling of the institute of mental health treatment of depression collaborative research program data. *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Knobloch, L.M., Endres, L.M., Stiles, W. B. y Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: an assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38, 31-39.

- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., y Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21, 267 – 276.
- Kowalik, Z., Schiepek, G., Kumpf, K., Roberts, L., y Elbert, Th. (1997). Psychotherapy as a chaotic process II. The application of nonlinear analysis methods on quasi time series of the client-therapist interaction: A nonstationary approach. *Psychotherapy Research*, 7, 197-218.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*, (pp. 436-462). Nueva York: Brunner – Mazel.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks.
- Lambert, M.J. (2003). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. En J. C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, (pp. 94-129). Nueva York: Oxford University Press.
- Lambert, M.J., y Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, (pp. 17-32). Oxford: Oxford University Press.
- Lambert, M., y Hill, C.E. (1994). Assesing psychotherapy outcomes and change. En A.E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a ed.), (pp. 72-113). Nueva York: JohnWiley.
- Leiman, M. (2012). Dialogical sequence analysis in studying psychotherapeutic discourse. *International Journal for Dialogical Science*, 6, 123-147.

- 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.
- Llewelyn, S., y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. Nueva York: Basic.
- Lutz, W., y Hill, C.E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 19, 369-373.
- Machado, P.P.P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicología Conductual*, 2, 113-120.
- Mahoney, M. (1995). Continuing evolution of cognitive sciences and psychotherapies. En R. Neimeyer y M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Mahoney, M. y Granvold, D. (2005). Constructivism and psychotherapy. *World Psychiatry*, 4, 74-77.
- Mccarthy, K. L., Mergenthaler, E., Schneider, S. y Grenyer, B. F. S. (2011). Psychodynamic change in psychotherapy: Cycles of patient-therapist linguistic interaction and interventions. *Psychotherapy Research*, 21, 722-731.
- McLeod, J. (2001). Qualitative inquiry and the reconstruction of counselling and psychotherapy. En J. McLeod, *Qualitative research in counselling and psychotherapy*, (pp.1-20). Londres: Sage Publications.
- McLeod, J. (2013). Qualitative research. Methods and contributions. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (pp. 49-84), Nueva York: John Wiley and Sons.

- Mearns, D. y Cooper, M. (2005). Preface. En D. Mearns y M. Cooper (Eds.), *Working at relational depth in counselling and psychotherapy*, (pp. 8-15). Londres: Sage Publications.
- Mergenthaler, E., y Stinson, C.H. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142.
- Meystre, C. (2010). Assimilation process in a psychotherapy with a client presenting schizoid personality disorder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 161, 128-134.
- Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014a). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 14, 29-41.
- Meystre, C., Pascual – Leone, A., Roten, Y., Despland, J.N. y Kramer, U. (2014b). What interventions facilitate client progress through the assimilation model? A task analysis of interventions in the psychodynamic treatment of depression. *Psychotherapy Research*, Publicado en línea, 1-19.
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W.B. y 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., y Stiles, W.B. (2009). Clients` assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, 432-447.
- Muran, J. Ch., Castonguay, L. y Strauss, B. (2010). A brief introduction to psychotherapy research. En L.G. Castonguay, J.C. Muran, L. Angus, J.A. Hayes, N. Ladany, y T. Anderson, *Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers*, (pp. 3-13), Washington: American Psychological Association.

- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2007). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*.
Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Psicosoluciones: Seminario de Formación Clínica*. Barcelona: Institut de
Terapia Gestalt.
- Nardone G., Watzlawick P. (2004). *Brief Strategic Therapy*. Lanham: Rowman y Littlefield
Publishers Inc.
- Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of consulting
and clinical psychology*, 61, 221-234.
- Neimeyer, R.A., y Mahoney, M. J. (Eds.). (1995). *Constructivism in psychotherapy*.
Washington: American Psychological Association.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and
responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based
responsiveness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., y Lambert, M. (2011a). Evidence-based therapy relationships. En J. C.
Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based
responsiveness*, (pp. 3-24). Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. y Lamber, M. J. (2011b). Psychotherapy relationships that work II.
Psychotherapy, 48, 4-8.
- Norcross, J.C. y Wampold, B.E. (2011). Evidence-Based therapy relationships: Research
conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- O'Connor, J. y McDermott, I. (1997). *The art of systems thinking*. Londres: Thorsons.

- Okiishi, J., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., y Dayton, D.D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157-1172.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., y Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Orlinsky, D.E. (2009). The "Generic Model of Psychotherapy" After 25 Years: Evolution of a Research – Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 319-339.
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., Aapro, N., Ambühl, H., Avila-Espada, A., Bae, S., Beutler, L., Botermans, J.F., Buchheim, P., Caro, C., Cierpka, M., Davis, J. D., Davis, M. L., Dazord, A., Freni, S., Friis-Jorgensen, E., Gabrielli, A., Gerin, P., Joo, E., Kächele, H., Kalmykova, E., Lippe, A. von der, Meyerberg, J., Norcross, J., Northcut, T., Parks, B., Rosander, M., Rubin, S., Schröder, T. A., Scherb, E., Shefler, G., Silverman, M., Smith, D., Stiwne, D., Stuart, S., Tarragona, M., Vasco, A. B., Willutzki, U., Wiseman, H., y Yagnyk, K. (2005). The psychotherapists. En D.E. Orlinsky y M.H. Ronnestad (Eds.), *How psychotherapists develop: a study of therapeutic work and professional growth*, (pp. 27-37). Washington: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E. y Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research. En R. L. Russell, *Reassessing psychotherapy research*, (pp. 185 – 214). Nueva York: Guilford Press.
- 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*, (pp. 193-210). Londres: Sage Publications.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A. y Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client – centred therapy and cognitive – behaviour therapy. *Conselling Psychology Quarterly*, 18, 95 – 108.
- 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 and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78, 21 – 44.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z. y Stiles, W. B. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 153-164.
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, S. Z., y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, 21, 41-53.
- Osatuke, K. y Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: an elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 287 – 319.
- Osatuke, K., y Stiles, W.B. (2011). Numbers in assimilation research. *Theory and Psychology*, 21, 200 – 219.
- Osatuke, K., Stiles, W.B., Barkham, M., Hardy, G.E., y Shapiro, D.A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, 190, 52-59.
- Pachankis, J. E. y Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27, 760 – 768.

- Parloff, M.B., Waskow, I.E., y Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2ª ed.), (pp. 233-282). Nueva York: John Wiley.
- Penttinen, H. y Wahlström, J. (2012). Progress in Assimilation of Problematic Experience in Group Therapy for Social Phobia: A Subgroup Analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 123-132.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2008). 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 I. Adultos*, (pp. 17 – 34). Madrid: Pirámide.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. En P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology*, (3ª ed.), Vol. 1. Nueva York: John Wiley.
- Poch, J. y Ávila, A. (1998). La investigación en psicoterapia: introducción histórico-conceptual. ¿Es efectiva la psicoterapia? En J. Poch y A. Ávila, *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*, (pp. 17-65). Barcelona: Paidós.
- Polkinghorne, D.E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. En S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism*. Londres: Sage Publications.
- Rasmussen, B. y Angus, L. (1996). Metaphor in psychodynamic psychotherapy with borderline and no-borderline clients: a qualitative analysis. *Psychotherapy*, 33, 521-530.
- Reid, M. y Osatuke, K. (2006). Acknowledging problematic voices: processes occurring at early stages of conflict assimilation in patients with functional somatic disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 539 – 555.

- Rennie, D., y Toukmanian, S. (1992). Explanation in psychotherapy process research. En S. Toukmanian y D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches*, (pp. 234-251). Newbury Park: Sage.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M.M., Horvarth, A.O., y Stiles, W.B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21.
- Rice, L. y Greenberg, L. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford Press.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1961/1972). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., y Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 154 – 165.
- Safran, J. D., y Muran, J. Ch. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447 – 458.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10, 303-318.
- Schielke, H. J., Fishman, J. L., Osatuke, K., y Stiles, W. B. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The ward method. *Psychotherapy Research*, 19, 558 – 565.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. [Versión española en TEA, Madrid, 1983].
- Stiles, W.B.(1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462 - 465.

- Stiles, W.B.(2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works*, (pp. 357-365). Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B.(2003). Qualitative Research: Evaluating the process and the product. En S. Llewelyn y P. Kennedy, *Handbook of clinical health psychology*, (pp. 477-499). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Stiles, W.B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 85-93.
- 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. (2009a). ¿Qué requiere un estudio de caso para ser investigación científica? *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 215-223.
- Stiles, W.B. (2009b). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 5, 9-22.
- Stiles, W. B. (2009c). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *American Psychological Association*.
- Stiles, W.B.(2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50, 33-41.
- 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). Berlin: Pabst Science Publishers.

- Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 2, 112-124.
- Stiles, W.B., Elliot, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., 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 Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *American Psychological Association D12*, 439 - 458.
- Stiles, W.B., y Glick Brinegar, M. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy*, (pp. 101-118). Washington: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N.B. y Llewelyn, S. P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16, 408 – 421.
- 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., y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Stiles, W. B., 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.

- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., y Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165 – 180.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H. y Morrison, L. A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: an alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 1-13.
- Teddle, C. y Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioural sciences. En A.Tashakkori y C. Teddle (Eds.), *Handbook of mixed-methods in social and behavioral research*, (pp.3-50). Londres: Sage Publications.
- Toukmanian, S. y Rennie, D. (Eds.) (1992). *Psychotherapy process research. Paradigmatic and narrative approaches*. Londres: Sage Publications.
- Tracey, T.J.G., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K., Claiborn, Ch. D., y Wampold, B. E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13, 401-413.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C.F.J., Gorlee, M., Klouwer, E., Den Hollander, A. M. y Duivenvoorden, H.J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 287-317.
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M. y Duivenwoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research*, 14, 346-366.
- Tryon, G. S. y Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 48, 50-57.
- Varvin, S. y Stiles, W. B. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: an assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research*, 9, 381-404.

- Voutilainen, L., Peräkylä, A. y Ruusuvuori, J. (2011). Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research*, 21, 348 – 365.
- Wampold, B.E. (2006). The psychotherapist. En J.C. Norcross, L.E. Beutler y R.F. Levant (Eds.), *Evidence-Based practices in mental health*, (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B.E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. *Part of the systems of psychotherapy video series* (pdf). Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2012). Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 49, 445-449.
- Wampold, B.E., y Budge, S.L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40, 601-623.
- Watzlawick, P. (1977). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (2007). *Guardarsi dentro rende ciechi*. Milán: Ponte alle Grazie.

APÉNDICES

APÉNDICE A:

DEFINICIÓN DE LAS INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA DE LA COMPREHENSIVE PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS RATING SCALE (CPRIS) (Meystre et al., 2014a; Trijsburg et al., 2004)

INTERVENCIONES DE FACTORES COMUNES	
Facilitación	
<i>Empatía</i>	Comprensión precisa y sensible de las experiencias y sentimientos del paciente así como del significado que les da.
<i>Aceptación</i>	La aceptación de las experiencias del paciente. Esto implica no hacer un juicio abierto o sutil de éste, incluso cuando se exploran las experiencias o comportamientos de pacientes que parecen ser inaceptables o problemáticas.
<i>Participación, involucración</i>	El terapeuta muestra atención a lo que el paciente dice, y también responde con interés a sus preguntas y observaciones.
<i>Calidez</i>	Atención sincera y simpatía con el paciente.
<i>Rapport</i>	La relación se caracteriza por la armonía y por estar en sintonía.
Apoyo Profesional	
<i>Colaboración</i>	El terapeuta hace un esfuerzo por implicar al paciente y mantener la colaboración en el proceso de la terapia.
<i>Tranquilizar</i>	Un intento directo para disminuir los miedos del paciente, para darle esperanzas de mejora.
<i>Responsabilidad fuera del paciente</i>	El terapeuta trata de apoyar al paciente, explicando que las dificultades experimentadas pueden explicarse por factores situacionales o interpersonales o por causas físicas.
<i>Reformulación del problema</i>	La reformulación de lo que el paciente ha descrito de una manera que hace posible que éste se vea en la situación de un modo diferente (también: reetiquetado, reencuadre, la reestructuración cognitiva). Al mismo contenido se le da un nuevo significado (y por lo general más positivo).

Coaching	
<i>Apoyo y aliento</i>	Para señalar cambios positivos en el paciente que ya se han logrado; o para animar al paciente a continuar de modo que los cambios positivos pueden lograrse.
<i>Terapeuta como experto</i>	Para comunicarle al paciente que el terapeuta comprende sus problemas, que es capaz de apreciarlos, y que tiene suficiente experiencia y conocimientos para ayudarlo. El terapeuta se presenta a sí mismo como un experto en la materia en relación con las quejas del paciente.
<i>Justificación de la terapia</i>	Explicar el método terapéutico y hacer hincapié en la relación entre éste y la disminución o la solución de los problemas del paciente.
<i>Orientación explícita</i>	Guiar la conversación hacia la concreción explícita de determinados contenidos para clarificar o conocer mejor y con más detalle alguna cuestión importante.
<i>Control activo</i>	Regularmente interrumpir al paciente, hacerle preguntas, o añadir algo en la conversación.
<i>Consejo y orientación</i>	Dar un consejo o una sugerencia. El paciente la puede seguir o la puede ignorar. También se le puede sugerir hacer ciertas cosas de manera diferente. Puede ser relativo a cosas fuera de la terapia o durante la sesión.
<i>Enfoque didáctico</i>	La actitud del terapeuta en la interacción con el paciente es la de un maestro en relación con un estudiante.
Proceso Directivo	
<i>Auto-Revelación</i>	Dar información personal. Esto puede relacionarse con los sentimientos, los pensamientos y las intenciones en relación con la terapia o el proceso terapéutico; o sobre sentimientos personales en relación al paciente; o sobre hechos y experiencias personales; o sobre las actitudes y los valores de la vida personal.
<i>Exploración de Actividades</i>	El terapeuta discute una determinada actividad con el paciente que él podría probar fuera de la terapia; o comportarse de una manera diferente de como él lo

	haría normalmente; o la lectura de un libro determinado. O (junto con el paciente) la revisión de diferentes opciones y alternativas durante la búsqueda de una solución práctica a un problema.
<i>Explicar la dirección en la sesión</i>	Explicar al paciente por qué un determinado tema se discute en la sesión.
<i>Resumiendo</i>	El terapeuta resume las cuestiones fundamentales de la sesión actual o de una anterior revisando los aspectos trabajados. También se puede alentar al paciente a que haga este resumen él mismo.
<i>Desafiando</i>	El terapeuta plantea una cuestión en relación con el punto de vista del paciente sobre una experiencia o evento. La forma en que esto se hace puede variar desde formular una pregunta cuidadosamente hasta plantear comentarios desafiantes o de provocación.
Estructurando	
<i>Ajustando y siguiendo la agenda</i>	Establecer una agenda de lo que se va a trabajar en la sesión junto con el paciente y seguir después lo programado.
<i>Asignar tareas para casa</i>	Describir y proponer tareas específicas que tiene que hacer el paciente antes de la próxima sesión (aunque no necesariamente completamente terminadas) o la formulación de estas tareas junto con el paciente.
<i>Revisar tareas para casa</i>	El terapeuta presta atención explícita a las tareas que se asignaron en la sesión anterior.
<i>Programando y estructurando actividades</i>	Hacer una planificación o estructuración de actividades específicas con el fin de ampliar las posibilidades de llevarlas a cabo.
<i>Auto-monitorización</i>	Estimular al paciente para registrar sus sentimientos, pensamientos, actividades o eventos entre dos sesiones, y / o la evaluación de este registro durante la sesión.

INTERVENCIONES DE MODELOS TERAPÉUTICOS ESPECÍFICOS

Comportamentales	
<i>Explorando nuevas maneras de comportarse con los otros</i>	Sugerir formas alternativas de establecer contacto con los demás; o el entrenamiento de la conducta del paciente en la interacción con los demás practicando nuevas formas de comportamiento.
<i>Relación terapéutica como modelo</i>	El terapeuta utiliza el role-playing para explicar al paciente lo que éste hace en las relaciones con los demás. El terapeuta asume el papel del paciente y éste el del terapeuta.
<i>Entrenamiento de habilidades</i>	Enseñar habilidades al paciente; o hacer sugerencias serias y directas de cómo hacer determinadas cosas. Se entrenan habilidades como asertividad, comunicación, relajación, etc.
<i>Procedimiento comportamental</i>	La aplicación de un procedimiento terapéutico conductual reconocido que se basa en un paradigma teórico o experimental-psicológico.
Cognitivas	
<i>Temas cognitivos</i>	Señalar ciertas nociones conscientes, convicciones o construcciones desde donde el paciente ve a los otros, a él mismo, y a su contexto.
<i>Relación entre pensamientos y sentimientos</i>	Alentar al paciente a relacionar los sentimientos que ha experimentado (o experimentará) con los pensamientos que los acompañan. El terapeuta trata de ayudar al paciente a darse cuenta de que hay una relación entre los pensamientos y sentimientos.
<i>Registro e informe de cogniciones</i>	Pedir al paciente que informe sobre los pensamientos específicos (lo más literalmente posible) que él está experimentando en este momento, o ha experimentado previamente en la sesión, o fuera de la sesión.
<i>Explorando el significado personal de los</i>	Buscar las creencias que están conectadas

<i>pensamientos</i>	con un pensamiento automático con el fin de explorar su significado personal (sistema de creencias idiosincrásicas).
<i>Reconociendo errores cognitivos</i>	Ayudar al paciente a identificar errores específicos en su manera de pensar (transformaciones cognitivas o errores), y que están presentes en su razonamiento. Por ejemplo: pensamiento todo o nada o la generalización excesiva.
<i>Identificando supuestos subyacentes</i>	Exploración junto con el paciente de una creencia general que está en la base de muchos pensamientos y convicciones negativas. La atención se centra en las creencias generalizadas que son la base de los pensamientos automáticos negativos.
<i>Distanciándose de los pensamientos</i>	Alentar al paciente a ver sus pensamientos como creencias. Esas creencias pueden o no ser ciertas, pero en cualquier caso no representan hechos "objetivos".
<i>Examinar pruebas disponibles</i>	Ayudar al paciente a utilizar pruebas o información (también a partir de experiencias anteriores) para probar la validez de una creencia.
<i>Experimentos para poner a prueba las creencias</i>	Alentar al paciente a realizar comportamientos específicos para probar la validez de una creencia (irracional).
<i>Buscando explicaciones alternativas</i>	Ayudar al paciente a ver explicaciones alternativas.
<i>Consecuencias realistas</i>	Explorando junto con el paciente la posibilidad de que surjan ciertas consecuencias si la creencia del paciente en realidad llegase a pasar.
<i>Valor adaptativo/funcional de las creencias</i>	Ayudar al paciente a examinar si el mantenimiento de una creencia específica es funcional, es decir, si le ayuda a obtener ciertas metas.
<i>Practicando respuestas racionales</i>	Ayudar al paciente a practicar respuestas racionales como un modo de afrontar las creencias distorsionadas y negativas.

Experienciales	
<i>Enfatizando sentimientos</i>	Hacer hincapié en el contenido emocional de lo que el paciente ha dicho en una conversación con el fin de que experimente dicho afecto.
<i>Guía sutil</i>	Alentar al paciente a elaborar más sobre algo que está implícito en la conversación y que se puede explicitar y concretar.
<i>Relacionando las intervenciones con las señales no verbales del paciente</i>	Basar las intervenciones del terapeuta en las señales no verbales del paciente. Éstas pueden ser la postura, los gestos, las expresiones faciales o el tono de voz.
<i>Centrándose en la experiencia presente</i>	Centrándose en el aquí y ahora de la experiencia del paciente, es decir, animarlo a "estar con su propia emoción." Entrenarlo en habilidades que le permitan ser consciente de su propia emoción (focusing).
<i>Reconociendo sentimientos no expresados</i>	Ayudar al paciente a reconocer una emoción que no había expresado ni de la que era consciente.
<i>Elicitando feedback del paciente</i>	Explorar los sentimientos, pensamientos y fantasías del paciente en relación con el terapeuta.
<i>Promover la evocación de reacciones problemáticas</i>	Conseguir que el paciente re-experimente en el aquí-y-ahora una situación en la que tuvo una reacción problemática o incomprensible, con el fin de fomentar el conocimiento del significado personal y subjetivo de la situación.
<i>Usar la relación terapéutica para explicar las reacciones hacia los demás</i>	Mostrar al paciente cómo se desenvuelve en la interacción con otras personas utilizando como ejemplo el comportamiento actual de la relación terapéutica.
Procedimientos Experienciales	
<i>La doble silla para trabajar conflictos</i>	Ayudar al paciente a conciliar dos aspectos opuestos sobre sí mismo mediante un diálogo. El paciente se identifica primero con

	un aspecto y luego con el otro.
<i>Silla vacía para trabajar asuntos pendientes</i>	Invocación de la presencia de una persona que es muy importante para el paciente en una silla vacía, y dejar que éste exprese sus reacciones a dicha persona.
Psicoanalíticas	
<i>Silencio</i>	Una actitud de escucha receptiva para animar al paciente a continuar hablando. En el uso de los silencios, el terapeuta puede utilizar estímulos mínimos (mm-mm).
<i>Conducir la atención hacia sentimientos inaceptables</i>	Nombrar directamente los sentimientos que parecen importantes para el paciente pero que no comenta debido a que piensa que están equivocados, son inadecuados o peligrosos.
<i>Exploración de experiencias pasadas</i>	Explorando o discutiendo con el paciente sobre recuerdos de su infancia.
<i>Relacionando el presente con el pasado</i>	Mostrando o señalando que existe una relación entre la experiencia emocional actual (o la percepción de un evento) y las cosas del pasado.
<i>Interpretación de los mecanismos de defensa</i>	Discusión sobre el modo en que el paciente evita conscientemente la información o los sentimientos amenazantes.
<i>Interpretación de deseos, sentimientos o ideas reprimidas</i>	Hablar sobre ciertos sentimientos, pensamientos, deseos o impulsos de los que el paciente puede no ser consciente.
<i>Enlazando la relación terapéutica con otro tipo de interacciones</i>	Estableciendo una conexión entre las reacciones del paciente al terapeuta y los sentimientos que experimenta éste con personas importantes en su vida.
Psicodinámicas	
<i>Confrontación</i>	Describir o presentar al paciente los pensamientos o sentimientos dolorosos o problemáticos que evita.
<i>Patrones en el comportamiento o en la</i>	El terapeuta se centra en patrones recurrentes

<i>experiencia</i>	en la experiencia o la conducta del paciente.
<i>Patrones en las relaciones</i>	Observar un paralelismo (un patrón) entre dos o más relaciones del paciente, con la idea de ayudarlo a entender la forma en que actúa en dichas situaciones. Puede ser acerca de las relaciones en el pasado o en el presente.
<i>Relacionando hipótesis</i>	Establecer conexiones y paralelismos a partir de patrones que se observan y repiten en la experiencia y comportamiento del paciente.
Estratégicas	
<i>Intervención paradójica</i>	Intervenciones poco lógicas en relación con la conducta sintomática y/o relacional, o con las cogniciones del paciente.
<i>Aplicando un ritual</i>	Hacer que el paciente realice una determinada acción que confirma una cierta manera de pensar o de comportarse.
<i>Asignación ambigua</i>	Se propone una tarea indirecta y sugestivamente. Al no estar claro lo que el paciente tiene que realizar éste puede elegir si la hace o no. Así pues, asignar una tarea de modo ambiguo puede tener un efecto paradójico.
Dinámicas de grupo	
<i>Profundizar en la experiencia de una persona dentro de un grupo</i>	Invitar a un miembro del grupo para que comente lo que se le puede aplicar a él respecto de las interacciones grupales que se están experimentando; o animar a uno de los participantes para que explique su experiencia en el grupo; o ayudarlo a explorar sus vivencias dentro del conjunto de personas.
<i>Estimulación de la comunicación interpersonal</i>	Invitar a los miembros del grupo para que se comuniquen (o para dar retroalimentación) entre sí.
<i>Feedback personal aquí y ahora</i>	Ofrecer una impresión personal de la forma en que un miembro del grupo se está comportando.
<i>Clarificación de las interacciones y del</i>	Explícitamente hablar acerca de los mensajes

<i>proceso grupal</i>	que se intercambian implícitamente los miembros del grupo.
<i>Proporcionar espacio</i>	Creación de un espacio para la interacción y la comunicación entre los miembros del grupo sin interrumpir en ciertos momentos al líder.
Sistémicas	
<i>Intervenciones focalizadas sobre otros participantes más que sobre el paciente</i>	Trabajo sobre un cambio en el afecto, la conducta y las cogniciones en los demás participantes más que en el paciente.
<i>Prácticas de crianza de los hijos</i>	Centrándose en el comportamiento y las creencias que los padres, en su papel de educadores, consideran funcionales.
<i>Entrenar las múltiples interacciones en sesión</i>	Proporcionar una guía sobre las posibles interacciones entre los miembros del sistema, incluyendo la revisión de dichos intercambios.
<i>Preparación de los participantes a nivel individual para próximas interacciones en las sesiones</i>	Ej. El terapeuta prepara a un paciente para una próxima conversación con su madre.
Otras intervenciones	
<i>Independencia</i>	Alentar al paciente a ser independiente y a que piense en soluciones, en lugar de darle directamente el problema resuelto. Haciendo hincapié en que el paciente piense por él.
<i>Preguntar al paciente para que concrete determinada información o solicitarle una ampliación de algún aspecto</i>	Hacer preguntas de carácter informativo o instar al paciente a dar una descripción más detallada de algo que pasó. El terapeuta quiere tener una mejor idea de lo que el paciente dice.
<i>Clarificar y reformular utilizando palabras distintas</i>	Emplear diferente lenguaje para contar la historia del paciente.
<i>Reformular el comportamiento del paciente</i>	Hablar de la conducta del cliente desde un punto de vista distinto.
<i>Uso de metáforas</i>	Una forma no literal, figurada, a partir de una comparación, que arroja nueva luz sobre la cuestión que ocupa a paciente y terapeuta.

APÉNDICE B:

DEFINICIÓN Y EJEMPLOS DE LAS INTERVENCIONES DEL TERAPEUTA

1. FACTOR CLARIFICAR EL PROBLEMA

Pregunta abierta para indagar el problema

Definición. Hablamos de una pregunta abierta, que no se responde con un SI o un NO, para indagar y empezar a conocer el problema del paciente.

Ejemplo:

T: Bueno María cuéntame que te pasa.

Pregunta abierta concreta para indagar el problema

Definición. Hablamos de una pregunta abierta, que no se responde con un SI o un NO, para indagar y empezar a conocer el problema del paciente pero en cuestiones más específicas, las anteriores eran mucho más genéricas.

Ejemplo:

P: Pues que me preocupa todo en general en la vida.

T: ¿Qué te preocupa todo en la vida qué es, qué significa?

Pregunta cerrada para indagar el problema

Definición. Esta es una pregunta también para delimitar el problema pero que se responderá con un SI o un NO.

Ejemplo:

P: Pues que algo pueda pasar.

T: ¿Quieres decir en este momento?

Pregunta con dos alternativas

Definición. En este tipo de preguntas al paciente se le presentan dos alternativas para que elija y matice su respuesta.

Ejemplo:

T: ¿Ha habido alguna mejoría o todo se ha mantenido igual?

Pregunta abierta para indagar las soluciones

Definición. Hablamos de una pregunta abierta, que no se responde con un SI o un NO, para indagar y empezar a conocer las soluciones que el paciente utiliza y mantienen el problema.

Ejemplo:

T: ¿Y desde que comenzó el problema que cosas has estado haciendo para resolver el problema?

Pregunta cerrada para indagar las soluciones

Definición. Esta es una pregunta también para delimitar las soluciones pero que se responderá con un SI o un NO.

Ejemplo:

T: Esa solución que comentas, ¿la has utilizado más de una vez?, ¿es así?

2. FACTOR COMPRENSIÓN DEL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE

Escucha activa

Definición. Plantear y comunicar lo que ha dicho el paciente con sus mismas palabras.

Ejemplo:

P: Pues me preocupa el estado de ánimo en el que me encuentro.

T: Te preocupa tu estado de ánimo.

Sintonía

Definición. Favorecer la comprensión y conexión con el paciente a través de comunicación no verbal (asentimiento) o con Mmm-mm fundamentalmente.

Ejemplo:

T: Mmm-mm.

Paráfrasis

Definición. Resumir lo que ha dicho el paciente pero no necesariamente del mismo modo en como lo ha relatado él. Su función es demostrar que hemos comprendido lo que nos ha querido decir y dar la posibilidad al paciente de ampliar o modificar lo que se le ha comunicado.

Ejemplo:

P: Normalmente este estado de ánimo en el que me encuentro hace que por las mañanas me levante muy tarde y ya no tengo ganas de hacer nada durante todo el día.

T: Entonces si no lo he entendido mal lo que quieres decir es que si te levantas tarde por la mañana, cosa que es bastante frecuente en este momento, luego por la tarde ya no tienes muchas ganas de hacer nada.

Superparáfrasis (igual que la paráfrasis pero más extensa).

Facilitación de la explicación del paciente

Definición. En muchas ocasiones el paciente se bloquea en un intento de explicar del mejor modo posible lo que quiere decir. La mejor manera de provocar un avance en lo que nos está comentando es eliminar la tensión, el nerviosismo o la exigencia de quererlo hacer mejor mediante frases similares a las del ejemplo.

Ejemplo:

T: Tú explícalo mal y ya lo iremos viendo, no te preocupes.

3. FACTOR PROCESO TERAPÉUTICO - PLANNING

Metas terapéuticas - realistas

Definición. Establecer conjuntamente con el paciente objetivos realistas y alcanzables.

Ejemplo:

T: Los pensamientos molestos pueden venir una y otra vez, y además pueden seguir viniéndote durante toda la vida. El problema es lo que yo hago que hace que el pensamiento se instale en mi cabeza. Nos vienen a todos, el problema no está en que venga o no venga sino qué hago yo con ellos cuando vienen, es decir, es como si le dijéramos a una pareja vamos a trabajar los conflictos que tenéis y nunca más vais a discutir: ¿eso es posible?

Psicoexplicación - Aprendizaje

Definición. Intercalar junto con el proceso de cambio aspectos de aprendizaje, de modo que el paciente no sólo mejore sino que aprenda como lo ha hecho.

Ejemplo:

T: Los pensamientos molestos pueden venir una y otra vez, y además pueden seguir viniéndote durante toda la vida. El problema es lo que yo hago que hace que el pensamiento se instale en mi cabeza. Nos vienen a todos, el problema no está en que venga o no venga sino qué hago yo con ellos cuando vienen, es decir, es como si le dijéramos a una pareja vamos a trabajar los conflictos que tenéis y nunca más vais a discutir: ¿eso es posible?

Clarificación del proceso de terapia

Definición. Explicación de las cuestiones importantes de la terapia, número sesiones, frecuencia...

Ejemplo:

T: Nos veremos cada dos semanas, y cuando nos volvamos a sentar revisaremos las tareas que hoy hemos marcado.

Clarificación de tareas

Definición. Clarificar de manera concreta y específica una tarea para que el paciente sepa realizarla correctamente.

Ejemplo:

T: Respecto a la tarea del cómo empeorar tú pon todo lo que pienses, opines o creas que puede ser relevante.

Resumen de tareas

Definición. Resumen al final de la sesión de la terapia de las tareas a realizar fuera de la sesión para las dos próximas semanas.

Ejemplo:

T: Por lo tanto, y resumiendo las tareas, actividades para esta semana son el diario de a bordo, el cómo empeorar y la técnica de la peor fantasía.

Feedback

Definición. El terapeuta intenta estar seguro de que el paciente ha entendido todo correctamente.

Ejemplo:

T: Alguna duda, alguna pregunta, ¿tienes claro lo que te estoy explicando?

4. FACTOR INDUCIR UN CAMBIO

Pregunta de reflexión para bloquear la solución intentada (S.I.)

Definición. Se refiere a una pregunta que provoca un bloqueo de la solución intentada que utiliza el paciente una y otra vez y que no le está funcionando. Fundamentalmente la pregunta favorece una reestructuración del significado o del punto de vista del paciente acerca de lo que le ayuda y de lo que no le ayuda a mejorar.

Ejemplo:

T: Y por ello, cuando evitas, ¿la situación mejora o empeora?

Pregunta en forma de afirmación

Definición. Aquella pregunta que realmente es una afirmación en forma de pregunta, puesto que ya sabemos la respuesta.

Ejemplo:

P: Cuando evito pues no sé, a corto plazo mejora.

T: Claro, claro, pero a largo plazo, ¿empeora?

Reestructuración del punto de vista - significado (paráfrasis, pregunta)

Definición. A través de la reestructuración el paciente modifica su punto de vista, el significado de la realidad, que realmente sigue siendo en esencia la misma.

Ejemplo:

T: Así pues, a lo que tenemos que tenerle miedo no es a afrontar la situación sino a evitarla, ya que cada vez que evito el problema no se hace más pequeño sino más grande.

Pregunta de ilusión de alternativas - intervención

Definición. Es una pregunta donde aparentemente al paciente le estamos dejando elegir, pero también de algún modo sabemos la alternativa que con una alta probabilidad va a elegir.

Ejemplo:

T: Entonces, ¿a qué hay que tenerle miedo a la evitación o al afrontamiento?

Lenguaje evocativo

Definición. Es un lenguaje persuasivo, sugestivo, que provoca emociones que inducen al cambio.

Ejemplo:

T: Es como si fueras una marioneta rota que está mirando continuamente hacia dentro, y al final de tanto mirar algo encontramos.

Paráfrasis reestructurante

Definición. Es una paráfrasis con la finalidad de cambiar el marco, el prisma desde el que la persona interpreta la realidad.

Ejemplo:

T: Así pues, a lo que tenemos que tenerle miedo no es a afrontar la situación sino a evitarla, ya que cada vez que evito el problema no se hace más pequeño sino más grande.

Persuasión del para qué de la tarea

Definición. Se trata de persuadir al paciente para que salga de la sesión con la intención de realizar la tarea que le va a hacer experimentar, le va a permitir cambiar.

Ejemplo:

T: Poco a poco tenemos que acercarnos al miedo y acariciarlo para que comience a diluirse porque si no lo hacemos el miedo no se hace más pequeño sino que se incrementa.

Lenguaje paradójico

Definición. En la misma frase, en la misma sentencia está lo que decimos y su contrario.

Ejemplo:

T: Cada vez que evitas hablar en público es como si estuvieras dándole un fertilizante a una planta y por lo tanto el miedo crece y aumenta. Evita evitar durante estas dos semanas.

Provocar emociones positivas

Definición. Fomentar un clima agradable en el que el paciente se sienta cómodo, pero sobre todo tiene que ver con la revisión de tareas y con el reconocimiento de los cambios introducidos durante las dos semanas anteriores. El más mínimo cambio debe ser valorado positivamente.

Ejemplo:

T: Muy bien, ese pequeño cambio que has introducido durante estas dos semanas es muy importante por la relevancia que tiene de cara a continuar avanzando.

5. FACTOR TÉCNICA

Cómo empeorar

Definición. El paciente se tiene que hacer la siguiente pregunta, ¿si yo quisiera empeorar este problema, esta dificultad que me aparece, yo qué tendría que seguir haciendo o dejar de hacer, yo qué tendría que pensar o dejar de pensar?, y las respuestas las va apuntando.

Ejemplo:

T: Entonces, hoy para dentro de dos semanas te voy a mandar una técnica o un pequeño ejercicio que es un poco raro y además te voy a plantear otra cosa, un ejercicio y otra cosa para que reflexiones acerca de ello. El ejercicio se llama, ya te digo que es un poco particular, la técnica del cómo empeorar. Esta técnica consiste en que te vas a poner delante de un papel, de un folio, de una libretita y te vas a hacer la siguiente pregunta, ¿si yo quisiera empeorar este problema, esta dificultad, este miedo que me aparece de manera imprevisible en muchas situaciones diferentes yo qué tendría que seguir haciendo o dejar de hacer, yo qué tendría que pensar o dejar de pensar?, y las respuestas las vas apuntando. Esto es para empezar a conocer tú y yo cómo funciona esa dificultad o ese problema, para conocerlo todavía mejor. Si yo quisiera empeorar...

Evita evitar

Definición. Durante las próximas dos semanas se le dice al paciente que puede seguir evitando cosas pero algunas pequeñas cositas por pequeñas que parezcan se puede empezar a plantear si evita evitarlas.

Ejemplo:

T: Vale. Entonces tienes que empezar a plantearte durante estas dos semanas que puedes seguir evitando cosas pero algunas pequeñas cositas por pequeñas que parezcan te puedes empezar a plantear si evitas evitarlas. Evitar evitar.

Diario de a bordo

Definición. El paciente tiene que registrar en forma de columnas información sobre las situaciones problemáticas para él/ella: dónde estoy, con quién, qué pensamientos tengo, qué emoción estoy sintiendo, cuál es la intensidad de la emoción, cuál es la frecuencia con la que va y viene, qué hago...

Ejemplo:

T: En el preciso momento, ni antes ni después, antes no nos ayudaría y después tampoco, antes sería el pasado, después sería el futuro, entonces en el preciso momento en el que aparece ese dolor de cabeza por ejemplo y se empieza a desencadenar tatatata, en ese preciso momento tienes que apuntar toda una serie de cosas que te voy a decir. En el preciso momento en que una idea o un pensamiento empiece a desencadenar toda una serie de cosas te pones a escribir pero ni antes ni después, en el preciso momento, me da igual que estés en clase, me da igual que estés con amigos, me da igual que estés con tú pareja, me da igual, ni antes ni después invéntate lo que quieras, invéntate pues mira si no me apunto esto se me va a olvidar, dos segundos que tengo que salir para no sé qué cosa, da igual lo que quieras para poder escribir en el preciso momento ni antes ni después porque si no antes sería un algo del pasado y sería una fotografía y después sería el futuro y todavía no lo conocemos. ¿Vale? ¿Claro? Tienes que apuntar cuál es la situación si es que es una situación, ahora apúntatelo, luego en forma de columna, dónde estoy, con quién, qué pensamientos tengo, qué emoción estoy sintiendo, cuál es la intensidad de la emoción, cuál es la frecuencia con la que va y viene, qué hago...

Concreción de los cambios a realizar en un futuro (gradación del miedo)

Definición. Poco a poco el paciente tiene que ir afrontando aquellas cuestiones que le dan miedo y que evita.

Ejemplo:

T: Poco a poco tenemos que ir afrontando aquellas cuestiones que nos dan miedo y que evitamos. Tenemos que salir por la noche, ir a clase, etc...

Técnica de la peor fantasía

Definición. Consiste en que durante 30 minutos varios días a la semana el paciente se ponga una pequeña alarma para que le avise de que ha pasado media hora, y durante ese tiempo, en un sitio cómodo, donde nadie le moleste, se tiene que generar el peor de sus miedos. Es decir, no evitarlo sino hacerlo venir, generarse durante media hora el peor de sus miedos, pasada esa media hora seguirá con su vida cotidiana.

Ejemplo:

T: La técnica de la peor fantasía consiste en que durante 30 minutos varios días a la semana te pongas una pequeña alarma para que te avise de que ha pasado media hora, y en esa media hora, en un sitio cómodo, donde nadie te moleste, te tienes que generar el peor de tus miedos relacionado con la posibilidad o la probabilidad de que aparezca ese dolor de cabeza, las reacciones fisiológicas. Es decir, no evitarlo sino hacerlo venir, generarte durante media hora el peor de tus miedos, pasada esa media hora seguirás con tu vida cotidiana, luego revisaremos aquí esas medias horas como las has hecho, que ha pasado, qué se ha producido, qué no se ha producido, pero durante media hora yo me genero el peor de mis miedos en este caso relacionado con la probabilidad de que aparezca un pequeño dolor, me dirija hacia él, me pueda pasar algo, te tienes que generar esos síntomas, esa ansiedad a ti misma.

6. FACTOR EVOLUCIÓN DE LOS CAMBIOS

Revisión de los cambios - Pregunta abierta para concreción – Evolución de los cambios

Definición. Después de la primera sesión en todas ellas es de vital importancia obtener información concreta de cómo han discurrido las dos semanas anteriores, con ánimo de detectar excepciones al problema, con ánimo de detectar cambios aunque sean pequeños para poder construir a partir de ellos cambios más grandes.

Ejemplo:

T: ¿Cómo han ido estas dos semanas?

Pregunta abierta sobre el funcionamiento de la tarea

Definición. Se trata de una pregunta enfocada al proceso de aprendizaje que también se produce en la terapia, de manera que poco a poco el paciente descubra el para qué de la tarea y su funcionamiento real. Es decir, el diario de a bordo no es para lo que realmente le hemos dicho al paciente, para conocer mejor su problema, sino para desviar su atención del problema y que empiece a verse un poco liberado de él.

Ejemplo:

T: ¿Por qué algo has descubierto con la realización de la tarea, verdad?

Pregunta cerrada para concretar la realización de las tareas

Definición. Perfilar muy bien cómo, cuándo, dónde ha utilizado una determinada tarea el paciente. Y poder valorar si tiene que seguir utilizándola del mismo modo o de una manera diferente.

Ejemplo:

T: Y la tarea, ¿la has practicado todos los días?

Revisión de tareas

Definición. Determinar qué es lo que el paciente ha anotado respecto de una tarea, ver cómo la ha ejecutado.

Ejemplo:

T: Vamos a revisar la técnica del cómo empeorar, ¿Si yo quisiera empeorar qué tendría que hacer o no hacer? ¿Qué has puesto, qué has pensado?

Explicación del funcionamiento ilógico de la tarea

Definición. Se le explica al paciente la finalidad real de una determinada tarea pero una vez que ya la ha realizado. Se intenta que comprenda su funcionamiento poco lógico en ocasiones de la actividad.

Ejemplo:

T: Fíjate bien, que cuanto más intentas generarte el miedo menos lo consigues, que extraño, ¿verdad? El miedo es como un fantasma que cuando te acercas desaparece y cuando lo evitas se hace más grande.

Indagar las excepciones

Definición. Indagar excepciones al problema, cambios, determinados aspectos que está realizando de un modo diferente al habitual.

Ejemplo:

T: ¿Y tu pareja ha notado cambios, algo diferente?

Escala de 0-10 para valorar los cambios

Definición. Concreción de cambios con una puntuación subjetiva.

Ejemplo:

T: Y haciendo una pequeña valoración de 0 a 10, 0 cuando viniste que estabas mal por decirlo de algún modo a 10 que el problema haya desaparecido por completo, ¿dónde te situarías actualmente recordando 0 cuando viniste que estabas mal a 10 todo totalmente solucionado? Es tú percepción, eh...