



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

3054 PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

SUJETO X: APLICACIÓN DEL MODELO DE
ASIMILACIÓN EN UN SUJETO CON
ESQUIZOFRENIA

Presentada por:
D. Restituto Vañó Monllor

Dirigida por:
Dra. Dña. Isabel Caro Gabalda

Valencia, abril de 2017

Agradecimientos

Cuando pienso en este trabajo doctoral hay 4 personas que han sido los pilares del mismo, cada una de ellas desde una posición diferente; pero sin cuya participación y presencia este trabajo nunca hubiera existido.

En un primer lugar, quiero agradecer al Sujeto X su generosidad al volcar en las narraciones su experiencia interna de vivir con una enfermedad mental, así como su generosidad por hacerme entrega de las mismas para ser utilizadas en este trabajo. El sujeto X y yo mantuvimos un primer contacto en el año 2010, con el fin de tutorizarle en algunas asignaturas de la titulación de Psicología que había reiniciado. Después de esa experiencia hemos mantenido el contacto a lo largo de los años, con altibajos, habiéndome aportado el ejemplo de la tenacidad en la defensa de sus ideas, la búsqueda de un sentido de la vida y la esperanza de demostrar la integridad que defiende.

La doctora Isabel Caro Gabalda es otro pilar fundamental de este trabajo. La conocí como profesora en la asignatura de “Evaluación Psicológica” en la licenciatura de Psicología, destacando por sus amplios conocimientos, seriedad y profesionalidad. Posteriormente, ya en los estudios del Máster Universitario en Avances en Investigaciones y Tratamientos en Psicopatología y Salud, me mostró otras facetas de su personalidad como la rigurosidad, la sistematicidad y la constancia, que explican parte del gran trabajo que ha logrado realizar a lo largo de los años, y que conformaban la figura de gran profesora que se vislumbraba durante los estudios. A lo largo de estos años, y este trabajo, me ha aportado todavía una visión más completa donde se incluyen, entre otros aspectos, su gran compromiso, implicación en el trabajo, exigencia, y dedicación. Debo agradecer el gran esfuerzo que ella ha realizado en este trabajo, revisándolo y aportándome referencias, correcciones, sugerencias, etc.; y, sobre todo, teniendo paciencia y aceptando las limitaciones que, en diferentes momentos, y por distintos motivos, condicionaban la evolución del mismo. Sin todo ello este trabajo no habría llegado a ser, pero sin ella ni siquiera se habría llegado a plantear.

El siguiente pilar de este trabajo, sin el cual no hubiera existido ni en un difuminado sueño, es mi mujer Sara García Medina. Durante los años que llevamos juntos ha sido un ejemplo a seguir por su esfuerzo, dedicación, implicación, no sólo en nosotros sino en todas las personas que nos rodean. Aunque quizá quede breve, sin ella yo simplemente

no habría llegado a ser la persona capaz de plantearse los desafíos que hemos superado juntos.

Otro pilar importante, que ha sustentado este trabajo es mi hija Celia, que ha invertido parte su tiempo y paciencia en estos primeros años de vida que ha compartido con el desarrollo de este trabajo, mirando con esos ojitos que decían “¿Quieres jugar conmigo?”. Espero poder dedicarle el mismo tiempo y dedicación que ella me ha permitido dedicarle a este trabajo.

También, quiero agradecer a mis padres, mi abuela y hermana, por haber estado ahí y haberse interesado por el progreso de la investigación en cada ocasión en que nos reuníamos.

Finalmente, no quiero dejar de agradecer al Dr. Sergio Pérez Ruiz (en su labor de juez) el tiempo y esfuerzo dedicado al análisis y evaluación de las narraciones. Sin él, este trabajo de investigación no hubiera podido llevarse a cabo.

Y a mis compañeros de la UPD (Unitat para la Integració de Persones amb Discapacitat), por su paciencia y comprensión, cuando las cosas no salían bien y tenía la cabeza en dos mundos diferentes.

Índice.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. El estudio del cambio en psicoterapia.....	8
1.2. La investigación de resultados.	13
1.2.1. ¿Es efectiva la psicoterapia?	14
1.2.2. ¿Y ahora qué? Los tratamientos empíricamente validados.....	17
1.2.3. Ventajas e inconvenientes.	25
1.3. La investigación de procesos.	27
1.3.1. Orígenes de la investigación de procesos.....	27
1.3.2. Definiciones de la investigación de procesos.....	28
1.3.3. Características de la investigación de procesos.	31
1.3.4. Tipos de investigaciones de procesos.	32
1.3.5. Ventajas e inconvenientes de la investigación de procesos.	41
1.4. La investigación cualitativa.....	45
1.4.1. Orígenes de la investigación cualitativa.....	46
1.4.2. Definición de la investigación cualitativa.	50
1.4.3. Características.	54
1.4.4. Diferencias entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa.	57
1.4.5 Tipos de investigación cualitativa.....	59
1.4.6. El estudio de caso.....	63
1.4.7. Ventajas e inconvenientes de la investigación cualitativa.	64
1.5. Esquizofrenia.....	69
1.5.1. La esquizofrenia.	69
1.5.1.1. Clasificaciones.	70
1.5.1.1.1. La CIE - 10.....	71

1.5.1.1.2. El DSM-5.	73
1.6. El modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	79
1.6.1. Orígenes del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	80
1.6.1.1. Antecedentes del modelo de la asimilación.	80
1.6.1.2. Primeras comunicaciones.	81
1.6.1.3. El modelo como alternativa a la metáfora del fármaco.	81
1.6.1.4. Principios que guían el modelo de la asimilación.	84
1.6.1.5. El modelo de la asimilación como aproximación cualitativa.	85
1.6.2. Principales conceptos del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	86
1.6.3. El proceso del cambio en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	91
1.6.3.1. Versión original del modelo de asimilación.	91
1.6.3.2. Reformulación del modelo de la asimilación.	95
1.6.3.3. Construcción del self y asimilación.	100
1.6.3.4. Escala de Asimilación de las Experiencias Problemáticas (APES).	101
1.6.4. El análisis de la asimilación.	104
1.6.5. El proceso dentado de la asimilación de experiencias problemáticas.	106
1.6.6. Principales resultados obtenidos con el modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	111
1.6.7. Limitaciones del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.	119
Objetivos.	121
CAPÍTULO 2. MÉTODO.	123
2.1. Participante.	125
2.2. Evaluación.	131
2.2.1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD.	132
2.2.2. BDI: Inventario de Depresión de Beck.	133

2.2.3. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.	133
2.2.4. SCL—90—R: Cuestionario de 90 síntomas.	133
2.2.5. PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.	135
2.2.6. Counselling a lo largo del periodo de escritura de las narraciones.	135
2.3. Procedimiento.	139
2.3.1. Resultados del procedimiento.	146
2.3.2. Los temas.	146
2.3.3. Las voces.	151
CAPÍTULO 3. RESULTADOS.	161
3.1. Cambio entre el Pretest–Posttest del Sujeto X.	163
3.2. Describir el proceso de asimilación en las distintas narraciones.	169
3.3. El proceso de intercambio entre las voces.	173
3.2.1. Tema: El amor.	177
3.2.2. Tema: Mis relaciones.	187
3.2.3. Tema: El centro del mundo.	197
3.2.4. Tema: Enfermedad mental.	221
3.2.5. Tema: Yo en el mundo.	258
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN.	301
4.1. Cambio entre el Pretest – Posttest del Sujeto X.	304
4.2. El modelo de asimilación de experiencias problemáticas y su aplicación a un caso de esquizofrenia.	309
4.2.1. Un estudio sobre un proceso fallido de asimilación.	310
4.2.2. Un proceso dentado, sin intervención terapéutica.	312
4.2.3. La dominancia entre voces.	314
4.2.3.1. Voces Dominantes y no Dominantes.	314
4.2.4. El Insight.	317
4.3. Déficits presentados por el sujeto a través de las narraciones.	321

4.3.1. Delirios de grandeza.....	321
4.3.2. Metacognición.....	331
4.4. Limitaciones, problemas principales y futuras investigaciones.....	343
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	349
BIBLIOGRAFÍA.....	353
ANEXO.....	385
Anexo I. Marcadores de la APES.	387
Nivel 0. Evitación.....	387
Nivel 1. Pensamientos no deseados.	387
Nivel 2. Reconocimiento vago.....	388
Nivel 3. Enunciar el problema/ Clarificación	390
Nivel 4. Comprensión/ Insight	391
Nivel 5. Aplicación/ Elaboración (Working Through)	392
Nivel 6. Solución del problema.....	393
Nivel 7. Dominio/ Maestría.....	393

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN.

En el inicio de esta introducción, y de forma previa a desarrollar sus distintos apartados, conviene señalar que este trabajo tiene su origen en un TFM (Vañó, 2012), en el que se recogieron diferentes narraciones de un Sujeto con esquizofrenia. Estas narraciones se estudiaron con el modelo de asimilación de experiencias problemáticas desarrollado por Stiles y colaboradores (Stiles et al., 1990, 1991). Los resultados principales fueron la baja asimilación del sujeto que, aunque presentó en determinados momentos, niveles de Insight; éstos no derivaron en una asimilación de sus experiencias problemáticas, ya que el sujeto retrocedió en su proceso de asimilación a niveles más bajos.

Estos resultados nos sugirieron seguir estudiando al mismo sujeto, haciendo un análisis más pormenorizado de su proceso de asimilación, con una nueva serie de narraciones, y ofreciéndole, además, sesiones de Counselling.

El modelo de asimilación se presenta como un modelo de cambio terapéutico, dentro del enfoque de la investigación de procesos. Y, para situarnos en un contexto que nos permita profundizar en los diferentes temas, vamos a hacer una pequeña introducción sobre la investigación en psicoterapia, que nos sirva de base para describir lo que es la investigación de resultados y la investigación de procesos. Pasaremos a ver después, con algo más de detalle, la metodología cuantitativa y cualitativa sobre la que se sustenta buena parte de la investigación, en general, y el modelo de asimilación en particular. Posteriormente daremos un salto para centrarnos en la esquizofrenia.

Finalizaremos la introducción teórica con la exposición del modelo de asimilación de experiencias problemáticas, que será el marco de referencia a partir del cual analizaremos las narraciones aportadas por el sujeto.

1.1. El estudio del cambio en psicoterapia.

En este apartado vamos a realizar una breve revisión de la historia de la investigación del cambio en psicoterapia.

Muran, Castonguay y Strauss, (2010, p. 2), en su breve introducción a la investigación en psicoterapia, señalan que se han elaborado diferentes historias acerca de la investigación en psicoterapia, la mayoría de las cuales sitúan sus inicios cuando varios institutos psicoanalíticos se plantearon si el tratamiento era efectivo.

Nosotros vamos a centrarnos, inicialmente, en la clasificación propuesta por Orlinsky y Russell (1994). Aunque otras clasificaciones (Leahey, 1998; Schröder, Orlinsky, Rønnestad y Willutzki, 2015) consideran un periodo anterior, a los propuestos por Orlinsky y Russell (1994), que abarcaría los 50 primeros años de psicoterapia. En este periodo nos encontramos *historias escritas por los propios terapeutas*, motivadas por la búsqueda de validación del procedimiento terapéutico del propio escritor. En este periodo se observaba una mezcla de datos observacionales (seleccionados más que recogidos de forma sistemática) y métodos de análisis aplicados e informados de forma implícita.

Volviendo a Orlinsky y Russell (1994), estos autores propusieron cuatro grandes fases, en relación con la evolución de la psicoterapia:

1. Primera fase (1927 – 1954), de *establecimiento del papel de la investigación científica*. Los inicios de esta fase se pueden encontrar en las primeras exposiciones estadísticas de los resultados terapéuticos publicadas a finales de la década de 1920. Estas primeras, y elementales, publicaciones sobre investigaciones de resultados, continuaron publicándose a un ritmo lento que se detuvo por la aparición de la II Guerra Mundial, volviendo a resurgir en la década de 1950 tras el desafío planteado por Eysenck (1952) acerca de

la efectividad de la psicoterapia.

En esta primera fase, con la aparición de las primeras grabaciones de sonido, se dio inicio a la moderna investigación de los procesos en psicoterapia (Schröder et al., 2015) eliminándose una parte de los sesgos presentes en las *historias escritas por los propios terapeutas* del periodo anterior, en el que no existía la posibilidad de grabar las sesiones. Bajo la inspiración de Carl Rogers, investigadores de la Ohio State University (1940), y la University of Chicago (1945) recogieron una gran cantidad de material que dio lugar a una edición especial del *Journal of Consulting Psychology*. Todo ello derivó también en el primer gran programa a largo plazo de investigación de resultados y procesos.

Por su parte, en la John Hopkins Medical School, Jerome Frank y sus colaboradores crearon la Unidad de Investigación en Psicoterapia, en base a un anterior proyecto sobre grupos de psicoterapia apoyado por la U.S Veterans Administration.

El principal logro de esta etapa fue demostrar cómo el complejo fenómeno personal de la psicoterapia podía ser estudiado científicamente, más allá de la consulta privada.

2. Segunda fase (1955 – 1969), de *búsqueda de rigor científico*. A partir de 1955, la publicación de investigación de procesos y resultados en psicoterapia estaba firmemente asentada, creciendo hasta 1969, reflejando el desarrollo de los esfuerzos iniciales de los pioneros de la Fase I (p.ej. Bordin, Frank, Rogers) y la aparición de una nueva generación de investigadores agrupados en equipos de investigación (p.ej. Gendlin, Goldstein, Rice). Su principal objetivo fue desarrollar un campo de estudio

con rigor científico. En la *investigación de procesos* implicó el desarrollo de métodos objetivos para puntuar los sucesos grabados en las sesiones terapéuticas, ya que éstas conllevaban una gran acumulación de información recogida para analizar, se impulsaron estrategias de muestreo de tiempo y se amplió el objeto de estudio incluyendo aspectos propios de la conducta entre el cliente y el terapeuta (“alianza terapéutica”), analizada a un nivel microscópico. En la *investigación de resultados*, influida más profundamente por el positivismo que la investigación de procesos, se estableció la eficacia de la psicoterapia a través de la demostración de su efectividad en estudios controlados. Para ello se centraron en la demostración del cambio a través de diseños experimentales con medidas pre y post.

3. Tercera fase (1970 – 1983), de *expansión, diferenciación y organización*. En esta fase se inicia la publicación de manuales (p.ej. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*) donde se recogen los logros alcanzados en las dos fases anteriores, que de alguna manera habían empezado a comunicarse a través de conferencias en la década de los años 60. En esta fase, la búsqueda de rigor y refinamiento metodológico pudo derivar en una tendencia de la separación de la investigación de procesos y la de resultados como especialidades diferentes. Los mayores logros alcanzados fueron resumidos por Garfield y Bergin (1978, 1986; citados en Orlinsky y Russell, 1994, p. 196) en la 2ª y 3ª edición del *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*: la recogida de una mayor evidencia acerca de la efectividad del tratamiento que ratificase su utilidad, y que derivó en una focalización en la búsqueda de los componentes específicos

de los tratamientos, y la comparativa de tratamientos alternativos para los trastornos específicos. En la investigación de procesos conviene destacar la reformulación de la relación terapeuta-cliente, de Bordin, como una “alianza de trabajo” que derivó en la creación de nuevos instrumentos de medida y el desarrollo de sistemas de observación sofisticados. Esta reformulación conllevó aceptar que tanto los clientes como los terapeutas, como observadores de la interacción, pueden aportar informes fiables de sus experiencias en terapia que pueden ser recogidos de forma sistemática por ellos, y analizados de forma independiente por los investigadores; evitando las limitaciones presentes en los iniciales estudios de caso. Mientras que los observadores externos sólo pueden informar desde una tercera posición sobre lo que los otros hicieron o dijeron, la observación de los participantes en la terapia permite obtener información en primera persona (sus experiencias), en segunda persona (acerca del interlocutor), y de sus percepciones sobre la interacción (primera y segunda persona).

4. Cuarta fase (1984 – 1994), de *consolidación, insatisfacción y reformulación*. Destaca por una insatisfacción generalizada por la tradición metodológica que investigadores como Shapiro, Rice, Stiles, Elliott, etc., habían heredado, ya que los principios originales desde la época de Rogers se habían erosionado por la comprensible, aunque ciega, adopción del positivismo. Ejemplo de ello es la falta de conocimientos precisos sobre los procesos terapéuticos y sobre la relación entre los procesos y los resultados, los problemas derivados de la metáfora del fármaco, etc. Esta situación lleva a los autores citados a plantear estudios de carácter más cualitativo con el fin de descubrir cómo se produce el proceso del cambio terapéutico,

utilizando para ello tanto la investigación de procesos como la de resultados.

Más adelante, actualizaremos estas fases atendiendo a las características y derivaciones actuales de la investigación de resultados y de procesos.

1.2. La investigación de resultados.

Como señala Caro (1993), la *investigación de resultados* se centra fundamentalmente en la demostración de la eficacia de la psicoterapia. Esta focalización viene explicada por el desafío realizado a finales de la primera fase del desarrollo de la psicoterapia, propuesta por Orlinsky y Russell (1994), por Eysenck (1952) acerca de la efectividad de la psicoterapia que derivó en la *búsqueda de rigor científico* en la segunda fase.

Las características de este tipo de investigación, según Caro (1993, 1999) serían:

1. Se centra en el estudio del cambio que se produce fuera de la sesión terapéutica, y no dentro de ella.
2. No atiende a la interacción que se produce entre el cliente y el terapeuta.

Es así que Greenberg y Pinsoff (1986) indican que con ella se pretende determinar la mejoría significativa del cliente, a través de herramientas estadísticas, producida entre el periodo de inicio y final del tratamiento terapéutico.

El estudio de la eficacia de la psicoterapia, para Botella y Feixas (1994), es importante por tres razones:

1. Un compromiso ético con la mejora y optimización de la salud mental de los clientes que requiere de la disposición de evidencias contrastadas sobre los efectos de los tratamientos psicológicos.
2. El compromiso de justificación social que conlleva la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en los sistemas de salud públicos y privados.
3. El propio avance de la psicoterapia como disciplina científica, que requiere el contraste empírico de los formatos de intervención propuestos desde las diferentes perspectivas teóricas.

No obstante, y como señala Lambert (2013a, p. 45), hay que tener claro que

“durante muchas décadas, e incluso hasta nuestros días, la investigación de resultados de psicoterapia [...] se ha basado en gran medida en los diseños de estudio que miden el resultado del cliente en el pre-tratamiento y post-tratamiento, habiendo demostrado ser beneficiosos para establecer la eficacia y efectividad general de los tratamientos bajo investigación”, suponiendo para Caro (1993, 1999) un paso más en la explicación del cambio, pero sin adentrarse en conocer cómo y por qué se alcanzan determinados resultados en un proceso terapéutico.

1.2.1. ¿Es efectiva la psicoterapia?

Si la investigación de resultados estudia la efectividad de la psicoterapia, es lógico que nos planteemos qué conclusiones se han extraído de todo el esfuerzo invertido a lo largo de los años para resolver el desafío de Eysenck. En este sentido, las preguntas que surgen en respuesta a la negativa evaluación global de Eysenck sobre los efectos del psicoanálisis, y otros tratamientos eclécticos, son principalmente dos:

1. ¿Es eficaz la psicoterapia?
2. ¿Qué psicoterapia es más eficaz?

Si nos adentramos en los resultados obtenidos en relación a la primera pregunta, hemos de indicar que los estudios parecen confirmar que la psicoterapia sí es eficaz de forma independiente de la aproximación teórica con la que se realice (Lambert, 2013a; Cuijpers et al., 2013; Abbass, Town y Driessen, 2012).

De hecho, Corbella y Botella (2004) señalan:

1. El consenso acerca de que la intervención psicoterapéutica es significativamente superior a la remisión instantánea.
2. La estabilidad relativa de los cambios obtenidos en las intervenciones terapéuticas.
3. La existencia de un porcentaje de intervenciones que no experimentan

cambios, o estos son negativos.

En cuanto al grado de eficacia encontramos resultados más ambiguos y dispares, en tanto que hay autores que redondean y señalan que la eficacia es de un 80%. En este sentido, Lambert (2013a, p. 43) nos indica que un 67% de las personas tratadas con psicoterapia se recupera frente al 33% de las personas que no reciben tratamiento (en un mismo periodo de tiempo). Pero esto es así porque en la actualidad hay una mayor discriminación de los efectos de los tratamientos en clientes con trastornos específicos. Así, Lambert señala, basándose en análisis de Cuijpers, van Straten, van Oppen y Andersson (2008), que la mayoría de tratamientos psicológicos estudiados muestran una reducción sustancial de la sintomatología negativa en la depresión, así como un aumento del bienestar. Un ejemplo de ello es la afirmación acerca de la *remisión* total de los síntomas en los *trastornos del estado de ánimo*, que oscilaría entre el 35 y el 70%.

Pero claro, todo esto es de forma general. Si atendemos de forma más concreta a diferentes propuestas terapéuticas y diferentes muestras de trastornos clínicos, la efectividad se matiza todavía más. Así, según Abbass et al. (2012), la terapia psicodinámica breve (a corto plazo) sería efectiva en un 35% de clientes ambulatorios.

También hay elementos que generan cierta confusión como, por ejemplo, las recuperaciones repentinas que experimentan algunos clientes a las pocas sesiones de inicio del tratamiento, en diversos tipos de tratamiento terapéutico, y que pueden ser más o menos duraderos en el tiempo; o los abandonos de participantes en las muestras clínicas una vez iniciado el tratamiento, estimadas entre un 5 a un 10% (Lambert, 2013a).

Claro que, si entramos a matizar la efectividad entre un tratamiento y otro, y en distintas poblaciones, nos estamos adentrando en la siguiente cuestión a investigar

sobre qué tratamientos son más eficaces y para qué población. En este sentido, la respuesta no acaba de estar clara.

Si bien hay un claro convencimiento en la comunidad científica sobre la igualdad de efectividad de los tratamientos (Lambert y Hill, 1994; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). En este sentido, y a modo de resumen, podemos referenciar a Botella y Feixas (1994, p. 100) que resumen las conclusiones que se han obtenido de la investigación sobre este tema:

- a) *La psicoterapia es efectiva.*
- b) *La psicoterapia es más efectiva que los tratamientos placebo.*
- c) *La mayoría de clientes que mejoran en psicoterapia mantienen la mejoría durante periodos extensos de tiempo.*
- d) *Algunas intervenciones del psicoterapeuta tienen efectos negativos sobre determinados clientes.*
- e) *Ninguna orientación psicoterapéutica ha demostrado, de forma clara, ser más eficaz que las demás.*
- f) *De entre los factores que contribuyen al éxito de la psicoterapia, las técnicas son sólo una pequeña proporción, superada por las variables del cliente, las del terapeuta y, especialmente, las de la relación terapéutica.*

Si bien tanto el cambio positivo de un cliente, como el negativo, pueden verse afectados por las acciones o inacciones del terapeuta (Lambert, 2013a), el deterioro del cliente durante el tratamiento no puede vincularse de forma causal a las actividades del terapeuta, lo que no quita que éstos tengan un sesgo positivo hacia los resultados de sus actividades.

En cualquier caso, Cuijpers et al. (2012) señalan que, mucho más que el tipo de intervención específica que se ofrezca a un cliente son ciertos elementos compartidos

por las diversas aproximaciones terapéuticas (p.ej. la relación confidencial caracterizada por altos niveles de comprensión y respeto, al igual que una exposición a situaciones que provocan ansiedad) los que tienen un mayor impacto en la facilitación de la mejora (al menos en la depresión), lo que de alguna manera coincide con Botella, Pacheco, Herrero y Corbella (2000) que hacen referencia a estos factores comunes como los principales responsables de la eficacia terapéutica.

No obstante, y en un sentido más cauteloso, Marcus, O'Connell, Norris y Sawaqdeh (2014) plantean que, de forma contraria a lo que plantea la hipótesis del pájaro Dodo (o paradoja del resultado), los tratamientos cognitivo-comportamentales pueden ser un poco más efectivos, a la conclusión del tratamiento, que otras aproximaciones terapéuticas. Aunque esta diferencia no sería significativa si se evalúa la efectividad a largo plazo como se hizo en el meta-análisis de Wampold et al. (1997).

1.2.2. ¿Y ahora qué? Los tratamientos empíricamente validados.

Como se ha podido apreciar, la investigación ha conseguido demostrar la efectividad de la intervención psicoterapéutica y ha llegado a ciertas conclusiones en relación a la efectividad de diferentes aproximaciones. De alguna manera parece que el desafío lanzado por Eysenck (1952) se encuentra alcanzado y superado, por lo que presumiblemente la investigación debería focalizarse en encontrar aquellos elementos que crean las principales diferencias en la intervención.

En la actualidad, en estos momentos nos encontramos con que la investigación de resultados se encuentra muy centrada en los *Tratamientos Empíricamente Validados*.

Quizás, antes de entrar directamente en ellos sea interesante buscar su origen, y para ello lo mejor es leer el inicio de la publicación de la división 12 (“TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES”) de la APA (1993), donde se define este tipo de investigación. En

esta publicación podemos leer que:

1. Se busca la supervivencia de la psicología clínica frente el apogeo de la psiquiatría biológica.
2. Se pretende ofrecer una variedad de psicoterapias de *eficacia* demostrada.
3. Hay que poner de relieve, con datos, los éxitos de las intervenciones psicoterapéuticas.
4. Compromiso por promover todas las psicoterapias con un valor demostrado.

Un poco más adelante se hace mención a la replicación de los estudios, la formación adecuada de los terapeutas, la importancia de la existencia de un manual de tratamiento para un enfoque de intervención, etc.

Hay que poner de relieve, siguiendo a Morejón (2004), que no entra en discusión sobre la importancia de este tipo de estudios y lo mucho que pueden aportar, que es importante no perder de vista el entorno en el que se produce la aparición de este tipo de estudios, y las asunciones implícitas que acarrear. El contexto de la investigación que lo precede ya ha sido mencionado, pero hay que considerar que este esfuerzo surge en EEUU dentro de un contexto social donde la salud se encuentra en manos de aseguradoras privadas que pueden preferir un tratamiento médico-biológico por su brevedad, frente a un tratamiento más extenso en el tiempo. Los tratamientos empíricamente validados, en este sentido, priorizan la técnica en su búsqueda de ofrecer un producto claro que permita garantizar los resultados, relegando las variables terapeuta y cliente a un segundo plano en el que sólo son interesantes en cuanto a aspectos como la personalidad.

Si tenemos en cuenta la frase: “la búsqueda de la *supervivencia* de la psicología clínica frente al apogeo de la psiquiatría biológica” (APA, 1993), incluida en la

descripción del porqué de la necesidad de este tipo de tratamientos, se puede considerar, como expresa Lampropoulos (2000) que la psicología ha aceptado el reto de demostrar su eficacia frente a la terapia biológica o bioquímica. Esto conlleva asumir una visión médica sobre (Morejón, 2004):

- a) los problemas psicológicos y su tratamiento,
- b) la técnica como elemento principal sobre el que basar la comprensión del cambio,
- c) la metodología a utilizar para investigar,
- d) asumir el contexto norteamericano de salud como equiparable al español.

En este sentido, es interesante plantearse qué nos lleva a asumir estos presupuestos propios del modelo médico, y en este sentido podemos señalar lo expresado por Pérez, Fernández, Fernández y Amigo (2008, p 17-18) acerca de los factores que predisponen a los profesionales a las guías de tratamiento:

1. La preocupación por constituirse como una disciplina científica. Preocupación que sigue acompañando a la psicología desde los primeros movimientos de consolidación y definición como ciencia (Leahey, 1998).
2. La gran cantidad de tratamientos psicofarmacológicos, que compiten por el mismo lecho de clientes que la psicoterapia y ha forzado a ésta a investigar sobre su eficacia y efectividad. Con el aumento de presión ejercida por los médicos de cabecera que ya disponen de guías de atención primaria con pautas de tratamiento para todo tipo de trastorno mental.
3. El ya mencionado aspecto económico, influido por la facilidad de acceso a los servicios sanitarios por parte de los clientes que disponen de seguros que buscan rentabilizar la inversión con intervenciones más eficaces que proporcionen un máximo beneficio con un mínimo gasto.

De alguna manera, estamos asumiendo la *metáfora del fármaco* como la referencia para validar la intervención terapéutica, siendo esto ya cuestionado como modelo a seguir en la investigación psicológica (Stiles, 1994; Stiles y Shapiro, 1994, 1989; Stiles, Shapiro, Harper y Morrison, 1995).

Pero sirva todo lo anterior para situar en contexto los tratamientos empíricamente validados. Para Budge et al. (2013, p.1058), el tratamiento basado en la evidencia (TEV) –considerado el modelo de referencia para determinar la viabilidad de los tratamientos– se enfoca en criterios específicos que los ensayos de psicoterapia deben cumplir para establecer la eficacia del tratamiento. Para que un tratamiento se considere bien establecido, debe haber demostrado que sus beneficios exceden los de algún tratamiento alternativo o condición de placebo (Chambless y Hollon, 1998). Además, estas normas también se aplican a estudios de efectividad (por ejemplo, estudios que determinan la transferibilidad de tratamientos eficaces a entornos naturales). Con mayor frecuencia de lo deseado, el tratamiento habitual (treatment-as-usual, TAU) es considerado la alternativa a la comparación de grupos de elección para determinar si un TEV será eficaz en la comunidad, siendo los TAU importantes en tanto que son los que se ofrecen en situaciones naturales, e incluyen tratamientos integrativos que no están establecidos a través de un manual proporcionados por clínicos de formación doctoral o máster.

La publicación de la división 12, de la APA (1993), donde se definían los TEV, encontramos también los criterios para los TEV bien establecidos y los probablemente eficaces, que podemos ver en el Cuadro 1.1 de forma más específica.

Para terminar con la exposición de los tratamientos empíricamente validados

 TRATAMIENTOS BIEN ESTABLECIDOS

I. Existencia de al menos dos estudios de grupo, dirigidos por dos investigadores diferentes, que demuestren la eficacia en, al menos, una de las siguientes formas:

- A. Es superior a los fármacos, a un placebo, o a otro tipo de tratamiento.
- B. Es equivalente a otro tratamiento de eficacia probada, con una adecuada potencia estadística (unos 30 sujetos por grupo).

O bien

II. Un amplio número de diseños de caso único que demuestren la eficacia. Estos estudios deberán haber:

- A. empleado buenos diseños experimentales y
- B. comparado la intervención con otro tratamiento, como en I.A.

Más criterios, tanto para I y II:

III. Los experimentos deben ser dirigidos con tratamientos manualizados.

IV. Las características de las muestras de clientes han de estar claramente especificadas.

 TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE EFICACES

I. Dos estudios que demuestren que el tratamiento es más efectivo que un grupo control de lista de espera.

O bien

II. Dos estudios que cumplan los criterios de tratamientos bien establecidos, criterios I, III y IV, aunque hayan sido dirigidos por el mismo investigador. O un buen estudio que demuestre la efectividad a través de estos mismos criterios.

O,

III. Al menos dos pequeños estudios que demuestren la efectividad aunque tengan carencias en cuanto a la heterogeneidad de la muestra de clientes. O,

IV. Una pequeña serie de estudios de caso único que cumplan los criterios de tratamientos bien establecidos, criterios I, III y IV.

Cuadro 1.1 Criterios de los tratamientos eficazmente validados y probablemente eficaces (APA, 1993)

conviene centrarse en sus limitaciones, y las implicaciones que pueden tener para el futuro. Para ello, vamos a basarnos en Rodríguez (2004) quien señala que el contexto en que nacen estos tratamientos empíricamente validados impone unas condiciones que conllevan asumir la visión de los tratamientos biológicos sobre:

1. Los problemas psicológicos y su tratamiento. Es una visión centrada en el problema como trastorno, patología, sintomatología, con sistemas de

clasificación para llegar a diagnósticos y localizar variables para determinar la adecuación de las personas a los tratamientos. Así, se olvida de las *personas* que sufren los trastornos, y sólo se atiende a las mismas como “buenos candidatos” para un tratamiento concreto (Stiles, Honos-Web y Knobloch, 1999). Esta visión no es compartida por algunos modelos terapéuticos, y su aceptación implicaría traicionar aspectos esenciales de los mismos.

2. La técnica como aspecto central para entender el cambio implica relegar a un segundo plano variables como las del terapeuta y el cliente, que sólo se atenderían para representar aspectos estáticos (p.ej. la personalidad) y no interaccionales.
3. La metodología a usar para investigar el proceso. Conlleva asumir una visión polarizada del positivismo que únicamente validaría diseños con asignación de sujetos al azar, y habría que valorar si la base de evidencias se puede aplicar al mundo real de la psicoterapia. Los diseños que se plantean son impecables, pero la validez de los datos para su generalización a la práctica clínica generaría dudas. Esto conlleva ciertos problemas:
 - a. Se podría dar el caso de que un tratamiento demostrase ser superior a otro, pero que en la práctica real no fuera de ayuda.
 - b. No ofrecer ninguna información sobre los mecanismos de cambio que subyacen a las intervenciones, sobre por qué y cómo funciona la terapia.
 - c. La atención a los manuales olvida que hay aspectos que sí se pueden incluir en ellos (p.ej., las técnicas) y otros que no (p.ej., los procedimientos y criterios usados para tomar decisiones, las

repercusiones prácticas y asunciones teóricas en detalle, etc.). Lo que también genera dudas acerca de si:

- i. es posible reflejar en un manual los aspectos esenciales de lo que significa hacer psicoterapia.
- ii. el resultado lo determina el manual o el terapeuta.
- iii. seguir el manual afecta al éxito final del tratamiento.

4. Aceptar que el contexto norteamericano es transferible a nuestro país y a Europa.

Uno de los riesgos que podríamos encontrarnos es que los profesionales tuviesen que asumir que, para trabajar, sólo pueden utilizar esta gama de tratamientos (en base a las presiones institucionales), que la formación que se dispensase únicamente se centrara en estos tratamientos, y que el estado y las instituciones únicamente financiaran a estos tratamientos. Con todo ello, se corre el riesgo de que en un futuro sólo se realice investigación, de procesos y resultados, con aquellos tratamientos que cumplan los criterios establecidos por la APA; perdiéndose la riqueza que muchos terapeutas han generado a través de sus diferentes modelos.

En cierta forma es una paradoja biológica y genética que podemos encontrar en la naturaleza: una gran diversidad genética permite una mayor adaptación al entorno y nos protege frente a posibles epidemias y desastres, pero al mismo tiempo en la investigación intentamos centrarnos en encontrar al individuo perfecto, que por definición tendrá menos capacidad de adaptación al entorno y protección por su pobreza cromosómica. Así, disponer de una amplia variedad de técnicas nos permiten poder responder mejor a las necesidades de un cliente, mientras que disponer de unas pocas para problemas concretos puede conllevar que no podamos adaptarnos al cliente porque ninguna refleja sus necesidades de forma adecuada.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que, en cuanto a los resultados de la psicoterapia, en los últimos años se está revisando el efecto de la relación entre terapeuta y cliente. En este sentido, Norcross y Lambert (2011), dentro de la línea de investigación conocida como de *factores comunes*, desarrollada a partir de los estudios metanalíticos de Lambert (1992), extraen algunas conclusiones de los resultados de más de 20 meta-análisis:

1. Las relaciones establecidas en la terapia tienen una aportación consistente e importante en el resultado, en cualquier tipo de psicoterapia estudiada (p.ej. psicodinámica, humanística, cognitiva, conductual, sistémica).
2. Las relaciones terapéuticas explican el porqué de la mejoría (o el fracaso en la mejora) en mayor cantidad que el método de tratamiento.
3. Las guías de tratamiento deberían indicar las cualidades y conductas del terapeuta que promueven la relación terapéutica.
4. Los clínicos deberían monitorear de forma rutinaria las respuestas de los clientes a la relación terapéutica del tratamiento. Esta supervisión permitiría incrementar las oportunidades de reparar las rupturas en la alianza, mejorar la relación, modificar las estrategias técnicas, y evitar la finalización prematura (Lambert, 2010).
5. Los esfuerzos para establecer una práctica mejor o basada en la evidencia sin incluir la relación terapéutica son incompletos y potencialmente engañosos.
6. La relación actúa de acuerdo con los métodos de tratamiento, las características del cliente y las cualidades del profesional en la determinación de la efectividad. Una comprensión más completa de la eficacia de la psicoterapia (y de su ineficacia) tendrá en cuenta estos

determinantes y sus combinaciones.

7. Adaptar o ajustar la relación a varias características del cliente (además del diagnóstico) mejora la efectividad.

Tras exponer el modelo de investigación de resultados sobre el que se está trabajando de forma más importante, vamos a pasar a señalar algunas de las ventajas e inconvenientes de la investigación de resultados.

1.2.3. Ventajas e inconvenientes.

Para Caro y Safran (1991), la principal ventaja consiste en que permite evidenciar la eficacia de una terapia, bien por comparación con un grupo control o con otro tipo de intervención.

El mismo Lambert (2013a, p. 45) nos indica un inconveniente de la investigación de resultados en psicoterapia: “Estos estudios son limitados en tanto que los datos de los resultados de estos estudios no pueden ser usados para influir positivamente en el proceso de tratamiento de los clientes bajo investigación. Es por ello que las evaluaciones pre y post tratamiento son esencialmente un análisis ‘postmortem’ del resultado, en tanto los clientes ya han terminado el tratamiento y no se puede hacer nada para mejorar sus resultados, incluso en los casos en que no experimentan ningún cambio o incluso se deterioran a lo largo del mismo”.

Botella y Feixas (1994) señalan algunas limitaciones que aparecen en la investigación de resultados:

1. Las muestras de la mayoría de estudios carecen de homogeneidad y representatividad, lo que dificulta la generalización de los resultados.
2. Los instrumentos de evaluación empleados son sumamente dispersos y con poca base psicométrica (p.ej., señalan la existencia de decenas de instrumentos de evaluación del resultado de la psicoterapia o de variables

de la relación terapéutica).

3. La orientación teórica del experimentador influye en los resultados del experimento.
4. La caótica dispersión en cuanto a las medidas empleadas para evaluar el cambio terapéutico hace difícil comparar modelos distintos.

De forma general, hemos podido constatar que la investigación de resultados dio respuesta al principal desafío de la psicoterapia, su eficacia y efectividad. Posteriormente intentó aclarar cuáles de los diferentes tratamientos eran más efectivos para, finalmente concluir que no había una diferencia importante entre ellos, lo que llevó a plantear que el estudio que más podía aportar al desarrollo de la psicoterapia era focalizarse en los *factores comunes* (Lambert, 1992). No obstante, frente al desafío de la psiquiatría biológica que plantea disponer de una panacea económica y efectiva, la investigación en psicoterapia ha intentado defender ‘a capa y espada’ su estatus, asumiendo un posicionamiento más propio de otras disciplinas médicas. Más allá de este desafío, es importante quedarnos con la idea de que, una vez demostrada la efectividad y eficacia de los tratamientos, el siguiente paso es obtener más información acerca del cambio, para lo cual atenderemos a la investigación de procesos, cuyo foco de atención se centra en lo que sucede desde el inicio al final de la terapia, con el objetivo de conocer qué está sucediendo e influyendo en todo, y no tanto en el resultado final.

1.3. La investigación de procesos.

En este apartado vamos a explorar otra aproximación a través de la cual la investigación científica se acerca a la terapia. Como hemos comentado en los puntos anteriores, la investigación de resultados se ha centrado en demostrar que la psicoterapia es eficaz. Para la investigación de procesos el interés se encuentra en averiguar el *por qué* funciona la psicoterapia, *qué* elementos hacen que esta sea efectiva. Para ello, su foco de atención se encuentra, como señala Caro (1999), en intentar descubrir *cómo* se producen los cambios en la psicoterapia, en *cómo* y *por qué* es eficaz.

Quedarnos únicamente con el conocimiento de que una psicoterapia es eficaz nos permite saber qué psicoterapia emplear ante un problema, pero no nos permite conocer qué es lo que la hace eficaz y el por qué. Por todo ello, el conocimiento que aporta la investigación de procesos es fundamental para el avance científico y la mejora de la psicoterapia.

1.3.1. Orígenes de la investigación de procesos.

Orlinsky y Russell (1994) sitúan el inicio de la investigación de procesos en la primera fase de la psicoterapia, al albor de las grabaciones de las sesiones terapéuticas realizadas bajo el enfoque de terapia centrada en el cliente, de Carl Rogers. No obstante, encontramos autores que detallan un periodo anterior de la investigación de procesos. Así, Schröder et al. (2015), al igual que Leahey (1998), consideran que los diarios de sesiones en los que los terapeutas escribían sus impresiones de las sesiones y tratamientos con sus clientes, sus dificultades, etc., serían los primeros estudios a tener en cuenta. Es cierto, como ya se ha señalado, que dichos *diarios*, o *historias escritas por los propios terapeutas*, adolecen de grandes sesgos que impiden ser considerados como un material de estudio en estos momentos; pero pese a no cumplir

con los mínimos estándares actuales, sí supusieron en su momento un acicate para la investigación y para su evolución, al menos por cuanto se tendió a evitar los grandes sesgos observacionales, de recogida de datos, etc. Todo esto llevó al estudio de la conducta entre el cliente y el terapeuta (“alianza terapéutica”), a través de métodos objetivos de puntuación, reformulada posteriormente como una “alianza de trabajo” e incorporando las observaciones realizadas por los participantes, etc.

Como ya se ha comentado, la investigación de procesos y la de resultados se fueron separando de manera más clara en la fase de *expansión, diferenciación y organización* de la investigación en psicoterapia (Orlinsky y Russell, 1994), y el enfoque en la investigación de procesos se fundamenta más en *aumentar* la efectividad que en la demostración de la eficacia de la psicoterapia (objetivo de la investigación de resultados).

En 1986, Greenberg y Pinsoff (1986) realizan el primer planteamiento del estudio del cambio en terapia a lo largo del tiempo que dura el tratamiento. Anteriormente a ellos, el estudio del cambio se centraba únicamente en lo que ocurría dentro de cada sesión, sin tener una visión más amplia de lo que ocurría entre las sesiones. Con esta aportación, se facilitaría tener una visión más amplia del cambio que llegara a abarcar tanto el cambio intra-sesión como el que se produce fuera de la misma.

Por su parte, Greenberg (1994) hace un llamamiento para focalizarse en investigar los episodios de cambio en terapia y desarrollar “micro-teorías” que expliquen cómo se produce el cambio, con el fin de obtener explicaciones causales del cambio terapéutico e ir elaborando una explicación del mismo, en lugar de simples predicciones.

1.3.2. Definiciones de la investigación de procesos.

En 1983, Greenberg definía la investigación de procesos como la investigación que

se preocupa de *describir, explicar y predecir los cambios de la psicoterapia* (citado en Caro, 1993).

Posteriormente, Greenberg y Pinsoft (1986, p. 18) elaboraron una definición más detallada que supone que la investigación de procesos es el “estudio de la interacción entre los sistemas del cliente y del terapeuta. La meta de la investigación de procesos radica en identificar los procesos de cambio en la interacción entre esos sistemas. La investigación de procesos cubre todas las conductas y experiencias en esos sistemas – dentro y fuera de las sesiones de tratamiento– que pertenecen a los procesos de cambio”. De este modo, el foco de atención se centra en las conductas y experiencias de estos sistemas, dentro y fuera de las sesiones terapéuticas.

Para Lambert y Hill (1994, p. 72), por su parte, “atiende a qué sucede en las sesiones de psicoterapia, examinando variables tales como las conductas del terapeuta, las conductas del cliente, y las interacciones entre el cliente y el terapeuta durante el tratamiento”.

Por su parte, para Llewelyn y Hardy (2001, p.2) la investigación de procesos incluye “el contenido de las sesiones de psicoterapia y los mecanismos a través de los cuales el cliente alcanza el cambio, tanto dentro de una sesión como a lo largo del tiempo”.

Como ya se ha comentado, todas estas definiciones focalizan la atención en lo que ocurre en las sesiones de psicoterapia, individuales y en conjunto. No obstante, no es tan fácil operativizar este estudio en tanto que los procesos de cambio del cliente se pueden concretar dentro de la sesión de terapia o fuera de ésta, pueden ser fácilmente descriptibles o no, etc. Incluso, puede darse el caso de que los sucesos que se produzcan en terapia sean útiles, inútiles o neutrales, en cuanto al cambio del cliente.

Por todo ello, Hardy y Llewelyn (2015, p. 184) señalan la importancia de

“proporcionar evidencia, tanto teórica como empírica, de la forma en la que los procesos terapéuticos o las actividades están vinculadas a los procesos de cambio del cliente”. En este sentido Kazdin (2009, p. 426) señala que el estudio científico de los mecanismos de cambio no es ciertamente un camino de rosas, ya que un tratamiento concreto podría funcionar por múltiples razones. La importancia de entender por qué un tratamiento funciona mejor en un cliente que en otro, podría aportar garantías que aseguraran la aplicación de la variación del tratamiento más óptima. Por todo ello, es importante comprender los mecanismos del tratamiento, desarrollar “explicaciones basadas en la evidencia sobre por qué funciona un tratamiento y cómo se producen los cambios”, para poder ajustarlo.

Para Hardy y Llewelyn (2015) el modelo de las cinco dimensiones del proceso de terapia, de Elliott, puede ayudar a los investigadores a pensar acerca del proceso que van a explorar. Las dimensiones del modelo son:

1. *Perspectiva de observación*. Responde a la pregunta de “¿Quién observa?”, pudiendo ser tanto el cliente, el terapeuta, un supervisor o un observador.
2. *Persona/foco*. Responde a la cuestión de “¿Quién está siendo estudiado?”
3. *Aspecto del proceso*. En respuesta a “¿qué aspecto del proceso está siendo atendido?” ofrece respuestas como las conductas, las intenciones, el estilo, el contenido o las interacciones entre cliente–terapeuta.
4. *Nivel de unidad*. Ayuda a definir los límites del análisis, p.ej., focalizándose en las palabras, las interacciones en la sesión, una sola sesión, la totalidad de la terapia, etc.
5. *Fase secuencial*. Se atiende a los procesos activos como parte de secuencias temporales o causales.

1.3.3. Características de la investigación de procesos.

La investigación de procesos tiene, por definición, una serie de características. Así, basándonos en Caro (1993) y en Greenberg y Pinsoff (1986), podemos señalar las siguientes:

1. Se centra en los procesos que se dan en las interacciones cliente–terapeuta en las sesiones, tanto en los que se producen fuera de la terapia como en los que se dan dentro de ella, y la interacción de ambos. El cliente adquiere todavía más importancia al valorarse sus perspectivas acerca del resultado, su implicación y responsabilidad, la relevancia de las tareas, etc., todo ello en cuanto a su vinculación con el cambio y su predicción.
2. Diferencia las ejecuciones de los clientes y los terapeutas en las sesiones haciendo las tareas terapéuticas.
3. Trata de integrar las tradiciones de estudio de procesos y resultado, relacionando el proceso de lo que ocurre en la sesión con el cambio *pre-post-seguimiento* o con los resultados durante el seguimiento. Para Orlinsky y Howard (1978) y Stiles (1988), esta perspectiva ha aportado datos que se deben complementar y mejorar. Se pretende anular la dicotomía *proceso –resultado*, al plantear múltiples resultados que de alguna forma darían lugar al resultado final.
4. Haciéndose eco de *lo pequeño es mejor* se focaliza en los resultados pequeños seleccionando las unidades de estudio en función de su relevancia teórica, su utilidad y su viabilidad metodológica.
5. Relacionado con el punto anterior, el desarrollo de *microteorías* sobre la terapia que tienen una conexión muy cercana con lo que ocurre en la terapia. Permiten la revisión y reformulación de las teorías

psicoterapéuticas, a la vez que intentan explicar el cambio dentro de un contexto delimitado por los episodios de estudio, con el objetivo de generar explicaciones de cómo se produce el cambio.

6. Ha hecho del estudio de la “alianza terapéutica” un campo importante de estudio, con una gran cantidad de investigación, pese a que la validez del constructo del concepto no está totalmente establecida.
7. Lucha contra el *mito de la uniformidad* (Kiesler, 1966) que llevaba a considerar, de forma errónea, que todos los procesos psicológicos en las sesiones, entre las mismas, y a lo largo de ellas, eran iguales. Así, se buscan las interacciones entre distintos componentes terapéuticos con el fin de identificar cuales derivan en el cambio, si siempre son activos, o cuándo lo son (Greenberg, 1994). Las hipótesis principales planteadas han sido:
 - Que los resultados son debidos a factores comunes entre los tratamientos.
 - Que los resultados se deben a la aplicación de factores específicos.
8. Hay una preocupación por parte de los investigadores de procesos, por el desarrollo de buenos métodos de investigación, desarrollando autoinformes, escalas cuantitativas, cualitativas, etc. Como resultado de todo ello, los tipos de análisis que se realizan son los *análisis de secuencias*, de *tareas*, de *contextos*, y de *frecuencias* (de los que inicialmente se abusaba).

1.3.4. Tipos de investigaciones de procesos.

A modo de resumen, en el cuadro 1.2. podemos ver diferentes tipos de investigaciones de procesos planteados de forma cronológica por diferentes autores.

Bastide, Fiedler y Komer (1989)*	Rennie y Toukmanian (1992)	Greenberg (1994)	Dallos y Vetere (2005)
<p>Parten de una perspectiva descriptiva, y desde ella plantean dos tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Investigación transversal</i> (atiende el estudio de la acción terapéutica en base a indicadores representativos y duraderos). Son estudios centrados en: <ul style="list-style-type: none"> o Características personales y de personalidad de los sujetos. o Empatía, relación terapéutica, etc. o Normas terapéuticas. - <i>Investigación longitudinal</i> (atiende al estudio de la secuencia y evolución del tratamiento). Son estudios centrados en: <ul style="list-style-type: none"> o El cambio, que depende de condiciones que correlacionan entre sí. o Hipótesis, que cada fase ofrece. 	<p>Partiendo de Bruner, plantean dos tipos de investigaciones en función del enfoque que se sigue al preguntar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La <i>investigación paradigmática</i>, trabaja en base a hipótesis que se establecen sobre las causas de las relaciones entre fenómenos, siendo la verificación de una de estas hipótesis base suficiente para establecer evidencia sobre la existencia de leyes generales. Es un planteamiento de carácter top-down, en el que se parte de la existencia de un mundo externo que puede ser estudiado de forma objetiva en base al método hipotético deductivo. 2. La <i>investigación narrativa</i>, Enfoque inductivo, hermenéutico y cualitativo que plantea que las personas tienen intenciones que sirven de guía para sus conductas. La exploración de la conducta del paciente y terapéutica se lleva a cabo durante la psicoterapia, sobre la base de sus procesos internos y la relación que se establece entre ellos. 	<p>Propone 4 grandes tipos de investigación, que parten del estudio del sujeto hasta la explicación causal, ampliando el marco de estudio.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Estudios sobre el proceso de cambio</i>. Pretende describir lo que ocurre en terapia y para intentar comprender cómo tiene lugar el cambio centrándose en el estudio del cliente o en sus procesos de interacción. Utiliza medidas procesuales y auto-informes del terapeuta y el cliente. 2. <i>Estudios del proceso de cambio en un contexto</i>. Definen los episodios terapéuticos sobre la base de cuatro niveles contextuales: relacional, episodio, actos de habla y contenido verbal. 3. <i>Investigación orientada hacia el descubrimiento</i>. Desde una aproximación orientada a la verificación, se focaliza en la identificación de patrones regulares y la construcción de medidas de los fenómenos que puedan ser contrastados. 4. <i>Explicación causal</i>. Se centra en la construcción de micro-teorías con leyes causales, procesos e interacciones que integren las diferentes visiones planteadas anteriormente. 	<p>Exponen las principales áreas de la investigación de procesos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>La alianza terapéutica</i>. Se ha centrado en explorar la naturaleza de la relación terapéutica, sus cambios y rupturas, y en cómo la naturaleza inicial de la alianza predice los resultados. 2. <i>Análisis de los cambios en el significado</i>. Con estudios exploratorios y estructurados. 3. <i>El significado de los sucesos</i>. Parte de la premisa de que el cambio terapéutico se produce en instantes concretos. 4. <i>Estudios sistémicos / procesuales</i>. Centrados en estudiar lo que hacen los terapeutas en las sesiones, en contraposición a lo que creen hacer. 5. <i>Las variables del cliente y el terapeuta</i>. Pretenden señalar algunas de las características fundamentales de lo que conforma una "buena" terapia. 6. <i>Modelos interpersonales de cambio</i>. Exploran el ajuste entre los factores del cliente y los del terapeuta. 7. <i>El ciclo del cambio</i>. Parten de la idea de la necesidad de las diferentes aproximaciones terapéuticas en tanto que los clientes muestran diferencias en su capacidad de involucrarse en el proceso de cambio.

* Citado en Caro (1999)

Cuadro 1.2. Tipos de investigación de procesos.

Estos distintos planteamientos sugieren diferentes enfoques desde los cuáles se plantea qué es una investigación de procesos. De alguna manera, los planteamientos de Bastide, Fiedler y Komer (1989, citados en Caro, 1999), de Rennie y Tourkmanian (1992), y de Greenberg (1994) muestran un mayor compromiso con su ideal de investigación de procesos, sus fines y metas, que la propuesta de Davos y Vetere (2005), más aséptica y centrada en la descripción de áreas donde esta se ha aplicado.

Por nuestra parte, hemos preferido expresar de una forma más desarrollada la clasificación propuesta por Llewelyn y Hardy (2001), y revisada posteriormente en Hardy y Llewelyn (2015), siendo pues más actual. Esta clasificación tiene un enfoque más categorial en función del objetivo que persiguen los estudios de proceso, y considera 3 tipos principales de investigaciones de procesos:

1. *Estudios descriptivos*. Son estudios que describen las conductas, el lenguaje, los pensamientos y las emociones de los clientes y terapeutas durante las sesiones terapéuticas. En este grupo encontramos métodos de clasificación de conducta verbal y no verbal en términos de contenido y forma, escalas que miden la dimensión afectiva de las sesiones, o la adherencia de los terapeutas a los protocolos terapéuticos. Centrar la atención en la observación es una etapa crucial de la investigación (Hardy y Lewellyn, 2015, p. 186), donde se pueden examinar los fenómenos de la interacción terapéutica o del pensamiento y detectar patrones clave. Este enfoque puede hacer uso de las habilidades clínicas y la experiencia de los terapeutas que pueden haber desarrollado una rica comprensión de lo que está sucediendo y quieren empezar a sistematizar sus percepciones. Estos estudios están relacionados con los *estudios sobre el proceso del cambio*, y los *estudios del proceso del cambio en un contexto*, propuestos por

Greenberg (1994).

Como ejemplos podemos citar la evaluación de tipos de interacciones lingüísticas que se producen en las sesiones (Stiles, 1979, 1985), el análisis comprensivo del proceso (Elliott et al, 1994) que rastrea un suceso específico de la terapia para ver cómo se alcanzó, el cuestionario de evaluación de la sesión (Stiles, 1980) que consiste en una escala de adjetivos bipolares en un formato de diferencial semántico entre dos polos (superficial vs. profundo, y suave vs. rudo), o el estudio acerca de los métodos sutiles de influenciar a los terapeutas, por parte de los clientes (Rennie, 1994).

2. *Comprobación de hipótesis – Estudios que intentan predecir los resultados del tratamiento.* Esta categoría estaría relacionada con la paradigmática de Rennie y Toukmanian (1992). Con estos estudios se intenta predecir cuál será el resultado de una serie de variables, que corresponden con diferentes aspectos del encuentro terapéutico, que se consideran cruciales para determinar la efectividad de la terapia. Las variables de estudio que se estudian tienen siempre un planteamiento basado en una teoría.

En esta categoría de estudios se pueden incluir la mayoría de los estudios de procesos que se han publicado, aunque han sido pocas las variables encontradas con una consistente capacidad predictiva en cuanto a los resultados.

Llewelyn y Hardy (2015) proponen encuadrar la investigación realizada sobre las comprobaciones de hipótesis en cuatro grupos:

- a. *Estudios que examinan el impacto de técnicas específicas (y no específicas) dentro de tipos concretos de terapia.* Estos estudios se

erigen sobre la base de la amplia preocupación acerca del impacto de los diferentes tipos de intervenciones. En ella se trata pues de examinar la eficacia de una técnica, teóricamente importante, sobre la base de una teoría. P.ej., los estudios sobre la calidad de la relación terapéutica y la calidad de la participación del cliente (Castonguay y Beutler, 2006; Lambert, 2013b), estudios que muestran el impacto de las técnicas cognitivas y la relación terapéutica en los síntomas (Andrusyna, Luborsky, Pham y Tang, 2006; Kelly, Roberts y Ciesla, 2006; Tang y DeRubeis, 1999).

- b. *Estudios que examinan las características del cliente y del terapeuta, y consideran cómo éstas influyen en el proceso y los resultados.* Aquí se encuadran los estudios que tratan de analizar aquellas variables del cliente o del terapeuta que se consideran pueden influir en el proceso de la terapia, en base a la experiencia clínica, la teoría que guía la intervención, u otros trabajos empíricos. En este apartado podemos señalar, por ejemplo, los estudios sobre cómo disponer de un diagnóstico repercute en la terapia (Benjamin y Karpiak, 2002), estudios sobre cómo variables como la pertenencia étnica, edad, y género del terapeuta no tienen un impacto en la terapia, aunque sí pueden vincularse con una prematura finalización y abandono de la misma (Cooper, 2008) o los estudios de Hilliard, Henry y Strupp (2000), que vincularon a índices de proceso y resultado la historia del desarrollo de los terapeutas y los clientes.
- c. *Estudios que consideran cómo el 'timing' y el contexto pueden afectar a los resultados.* Estos estudios parten de la búsqueda de distinciones

temporales o contextuales que permitan vincular los resultados con variables de proceso. Los hallazgos que reflejan de manera directa el proceso con el resultado son limitados, en tanto no parece existir una relación directa y cuantitativa entre las variables y el resultado (Este punto refleja una de las limitaciones de la *metáfora del fármaco*). Ejemplos de este tipo de trabajos son los estudios de Silberschatz, Fetter y Curtis (1986) que demostraron que el impacto de las interpretaciones puede variar dependiendo del momento de administración, o los estudios de Meyer y Pilkonis (2002), que mostraron cómo clientes con apego ansioso ambivalente experimentan un periodo inicial de cautela antes de desarrollar su capacidad de relacionarse con el terapeuta, lo que podría significar que el enfoque terapéutico podría requerir cierta adaptación temporal.

d. *Estudios que han estudiado los factores procesuales cuando se obtiene un pobre resultado terapéutico o una intervención terapéutica ineficaz.* Son estudios que se centran en lo que ocurre cuando la terapia obtiene unos pobres resultados. Un ejemplo de este tipo de investigaciones lo tenemos en Safran y Muran (2002, citado en Hardy y Llewelyn, 2015), que sugieren que la ruptura de la alianza terapéutica puede ser la clave para una terapia eficaz, mientras que trabajar en su reparación permite mejoras significativas y reducir el abandono.

3. *Investigaciones que estudian la relación entre los procesos terapéuticos y las teorías sobre el cambio.* Estudian los vínculos entre los procesos psicoterapéuticos y las teorías del cambio, estudiándose el cambio

psicológico desde una perspectiva multi-teórica en gran parte de ellos. Muchos estudios hacen referencia a conceptos o modelos cuya teoría se encuentra en una etapa de desarrollo. Dentro de este grupo de investigaciones se encuentra el modelo de asimilación (Stiles et al., 1990) que veremos más adelante.

Desde estos modelos se asume que el cambio es multidimensional, y está influenciado por sucesos tanto internos como externos, y además se trata de un cambio psicológico técnicamente caótico en el que es difícil predecir cadenas causales fiables, ya que algunos factores clave pueden interactuar entre sí de maneras únicas y relativamente impredecibles. Podemos citar trabajos publicados por Duncan, Miller, Wampold y Hubble (2010) o Norcross y Lambert (2011), que resaltan la atención sistemática prestada hacia las características terapéuticas del encuentro terapéutico, con una atención especial sobre aquellos aspectos del proceso sobre el que se tiene un mayor control (variables del terapeuta y la técnica empleada).

Por otra parte, queremos destacar el problema de la *responsividad* (“*responsiveness*”) o *respuesta del terapeuta*, tema que ha merecido atención especial por parte de algunos investigadores (Stiles, Honos-Webb y Surko, 1998; Hardy, Shapiro, Stiles y Barkham, 1998; Hardy, Stiles, Barkham y Startup, 1998) dentro de la investigación de procesos. En la investigación de resultados en psicoterapia no se ha atendido a algunos aspectos importantes para la clínica (las *interpretaciones*, las *auto-revelaciones*, la *focalización*, la *imagen de uno mismo*, la *orientación teórica*, el *nivel de formación*, los *años de experiencia*, etc.), a causa de la aparente ausencia de correlaciones estadísticas con los resultados, pese a que las teorías contextuales e intersubjetivas de psicoterapia demostraron que las intervenciones del terapeuta se

veían afectadas por este contexto emergente (Stolorow, Atwood y Branchaft, 1994; Hoffmann, 1999; citados en Auletta, 2012). El problema de la responsividad implica la existencia de una relación dinámica entre variables que conllevan una causalidad y retroalimentación bidireccionales (Stiles et al., 1998; Kramer y Stiles, 2015), siendo un problema que supera los diseños de investigación psicoterapéutica que dependen del razonamiento causa-efecto, pudiendo afectar los ensayos de muestras aleatorias (Stiles, 2009, 2013; Stiles et al., 1998; Kramer y Stiles, 2015).

Desde la investigación de procesos se han planteado seis tipos de aproximación al problema de la responsividad:

- a. *Demostrar empíricamente los efectos de la responsividad.* Destacan estudios como los de Hardy, Shapiro et al. (1998) que analizaron la implicación del cliente en diferentes tipos de terapia, y vieron que tanto en las terapias psicodinámicas, como en las cognitivo-comportamentales, el terapeuta ofrecía intervenciones más afectivas para los clientes relacionamente más implicados (en comparación con el resto), o los estudios de Meyer y Pilkonis (2001) que señalan que el terapeuta, en pro de facilitar la conexión ante clientes con estilo de apego inseguro, llevan a cabo reacciones específicas diferentes a las que utilizan con clientes con estilos de apego seguros; aunque la fuerza de la alianza terapéutica seguiría siendo el predictor más fuerte del proceso de cambio.
- b. *Medir cuantitativamente la capacidad de respuesta.* En este sentido, Elkin et al. (2014) demostraron que se podía evaluar la capacidad de respuesta utilizando las calificaciones de los observadores, aunque los principales predictores del temprano compromiso y finalización se basaron en puntuaciones globales, en lugar de en comportamientos específicos dentro

del diálogo cliente-terapeuta.

- c. *Describir cualitativamente la capacidad de respuesta.* En esta dirección, Dilks, Tasker y Wren (2012) demostraron que el proceso dialogal del terapeuta proporcionando apoyo al cliente fomentaba el proceso terapéutico positivo. Stiles et al. (2006), aplicando el Análisis de Secuencias Dialogales (DSA) al intercambio psicoterapéutico con un cliente, mostraron cómo un terapeuta receptivo facilitaba la transición del cliente a través de las etapas.
- d. *Utilizando medidas de evaluación que incorporan la responsividad.* Las evaluaciones del proceso terapéutico reflejan una apropiada respuesta de los participantes, lo que indica que incorporan implícitamente la capacidad de respuesta. Un ejemplo de estos estudios es la conclusión de que habrá una fuerte alianza terapéutica si los terapeutas y los clientes hacen lo correcto en el momento adecuado, y en el caso contrario la alianza tiende a ser débil (Newman y Stiles, 2006; Stiles y Wolfe, 2006).
- e. *Desarrollo de intervenciones clínicas que respondan explícitamente.* Entre otros estudios, se han encontrado vínculos entre una variable de intervención individualizada motivada por el terapeuta, teniendo en cuenta las características del cliente, y el cambio de sintomatología en clientes con trastornos de la personalidad (Kramer, Berger et al., 2011; Kramer, Rosciano et al., 2011).
- f. *Ampliando el concepto de la responsividad a otros dominios relacionados.* Se ha demostrado que la respuesta del terapeuta es posible dentro del contexto de terapia on-line (Richards y Timulak, 2012; Richards, Timulak y Hevey, 2013).

En definitiva, los principales tipos de investigación de procesos (resumidos en su

mayor parte en el cuadro 1.2) muestran cierto solapamiento derivado de los diferentes puntos de partida. En Hardy y Llewelyn (2015) podemos observar cómo esta investigación se centra en tres tipos principales de estudios: *descriptivos*, *de comprobación de hipótesis* e investigaciones *que estudian la relación entre los procesos terapéuticos y las teorías sobre el cambio*. Además, también se ha resaltado cómo, desde la investigación de procesos, se ha atendido a un tema tan importante como la responsividad.

Una vez descrito el campo de la investigación de procesos, podemos enmarcar este estudio como un estudio longitudinal, narrativo, acerca del proceso del cambio, concretamente centrado en el estudio de la relación entre los procesos terapéuticos y las teorías sobre el cambio.

1.3.5. Ventajas e inconvenientes de la investigación de procesos.

Como punto final a la revisión de la investigación de procesos, queremos señalar algunas de las ventajas e inconvenientes que este tipo de investigación nos aporta, en relación con la investigación de resultados. Sobre la base expuesta por Caro (1999, 1993), entre las ventajas encontramos:

- Nos permite desarrollar métodos mejores y más adecuados para manejar y ajustarse a las necesidades de los clientes, lo que permitiría describir, explicar y potenciar el cambio terapéutico.
- Nos permite mejorar el *juicio clínico*. Permite conocer en base a qué procesos el terapeuta toma sus decisiones ante un cliente y una situación concreta.
- Puede ofrecer investigación con un alto *sentido clínico* que responda y sirva de guías de acción, reduciendo la distancia entre la investigación y la práctica clínica, que es la que parece tomarse de referencia a la hora de

tomar decisiones por parte de los profesionales.

- Al aislar variables del cambio permite mejorar la precisión de la implantación de los procedimientos clínicos, además de determinar qué criterios seguir para emplear las técnicas terapéuticas. Esto tendría también su influencia en la formación de profesionales con el fin de maximizar los cambios al plantearse el tipo de intervención y el contexto en el que aplicar diferentes tipos de intervención.
- Permitiría evaluar el grado en el que un terapeuta asume y emplea, de forma adecuada, un determinado enfoque terapéutico. Esto se podría reflejar en la elaboración de *manuales* de terapia que garantizaran una adecuada intervención, siempre teniendo en cuenta las limitaciones existentes al intentar reflejar todos los posibles aspectos y variables que pueden darse en un contexto de intervención.
- Permite la comparación entre diferentes perspectivas teóricas (p.ej., los programas de investigación Sheffield I y II), lo que facilita una aproximación a la técnica a emplear con un cliente concreto en un determinado momento de la terapia.
- Al atender a cualquier resultado de la terapia, la investigación de procesos ofrece también una visión descriptiva y explicativa de los resultados negativos de la terapia, lo que puede permitir conocer las razones del mal funcionamiento de una intervención y prevenir futuros resultados similares.
- Por otro lado, puede ser el eslabón que permita la integración entre diferentes planteamientos terapéuticos. Por ejemplo, a través del modelo de la asimilación se ha podido estudiar el nivel de impacto en el proceso del cambio que desde él se plantea, de diferentes perspectivas

psicoterapéuticas: conductuales, cognitivas y experienciales, esto ha permitido observar que el rango de intervención de diferentes psicoterapias se centra en diferentes áreas del modelo (Shapiro et al., 1992; Stiles, Barkham, Shapiro y Firth-Cozens, 1992).

En cuanto a las limitaciones que Caro (1999) señala en la investigación de procesos, hemos de destacar las siguientes:

- En la investigación de procesos, y de forma más concreta en el estudio de frecuencias, puede llegar a descartarse el contexto en el que se dan las variables de estudio, en tanto que los investigadores han sido entrenados para evaluar la aparición o no de una situación. Esto puede conllevar sesgos que deriven en un abordaje parcial y aislado del problema.
- Se presta poca atención al terapeuta, frente a la que se presta al cliente, pasando por alto un gran número de variables que se ponen en juego en la intervención.
- Junto con todo lo anterior, el terapeuta suele ser el investigador, pudiendo aportar su propio sesgo al plantear las hipótesis.
- Si bien tiene cierta base racional intentar relacionar el proceso con el resultado, este último puede adquirir un énfasis demasiado alto. Además, si este estudio se lleva a cabo con diseños correlacionales, la presencia o ausencia de resultados puede ser engañosa (Stiles, 1988).
- Se hace un amplio uso de cuestionarios, donde el sujeto asume una actitud pasiva que puede dificultar el captar la experiencia intersubjetiva. En este apartado cobra especial importancia el marco de trabajo elegido y la amplitud de perspectivas del mismo (cliente, cliente–terapeuta, cliente–terapeuta–observador).

Ya de forma más reciente, y volviéndonos a apoyar en Hardy y Llewelyn (2015), podemos describir las siguientes limitaciones:

- Ciertas características (el alcance, la diversidad de las medidas utilizadas, la diversidad de bases utilizadas para seleccionar las unidades y categorías, el repetido uso de nuevos, y potencialmente poco fiables, análisis de contenido o sistemas de categorización), presentes en una gran cantidad de investigación de procesos, han limitado la comparación que se puede realizar a través de los estudios; lo que ha derivado en una mayor dificultad para lograr acumular conocimiento y pudiendo afectar a la falta de consistencia en los hallazgos.
- También encontramos problemas metodológicos como el uso de muestras pequeñas no representativas, el uso de definiciones diferentes de un mismo constructo y una excesiva confianza en los datos correlacionales.
- Se ha descuidado, por parte de los investigadores, el uso de grupos de control, o de contraste, y en muchas ocasiones no se han especificado los supuestos teóricos que sustentan la investigación.
- Finalmente, es preocupante la limitada validez ecológica de algunas investigaciones, la limitada atención al contexto interpersonal y el énfasis en las acciones del terapeuta.

1.4. La investigación cualitativa.

La investigación de procesos se lleva a cabo tanto a través de enfoques cuantitativos como cualitativos, habiendo éstos últimos ganado relevancia en las últimas décadas (Gelo, Pritz y Rieken, 2015). En este apartado vamos a intentar desglosar de dónde surge y qué es una investigación cualitativa, cuáles son sus características y sus diferencias con respecto a la investigación cuantitativa, así como un repaso a diferentes tipos de investigación cualitativa.

Aunque posteriormente tenemos un punto denominado “Definición de la investigación cualitativa”, creemos importante señalar desde un inicio dos definiciones de este tipo de investigación.

En un primer lugar, conviene citar a Kazdin (2001, p.248), para quien 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”.

En segundo lugar, vamos a señalar a Rieken (2015, p. 52), en base a ser una definición más actual, “la investigación cualitativa en general apunta a una comprensión profunda de la conducta humana, planteando por qué las personas se comportan de cierta manera”, lo que define como su objetivo principal el

descubrimiento y no tanto la verificación y generalización. De este modo, la investigación cualitativa conlleva:

- a. una visión crítica sobre los diseños tradicionales de investigación cuantitativa y
- b. el avance de nuevos paradigmas de investigación.

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que todavía se puede observar un desequilibrio a favor de los enfoques cuantitativos, pese a la permanente presencia y cada vez mayor relevancia de los paradigmas cualitativos en la investigación psicoterapéutica. Pese a ello, todo apunta hacia un pluralismo metodológico en el sentido de enfoques complementarios que deben hacer posible su coexistencia para satisfacer el grado de complejidad de los fenómenos que se tratan (Lambert, 2013a).

1.4.1. Orígenes de la investigación cualitativa.

Pero, si nos planteamos la cuestión de cuál es el origen de este tipo de investigación, cabe decir que los investigadores utilizan enfoques cualitativos para explorar el comportamiento, las perspectivas, los sentimientos y las experiencias de las personas, y todo aquello que es central en sus vidas (Holloway y Wheller, 2002). De forma más específica, los etnógrafos se centran en la cultura y las costumbres, los teóricos fundamentados investigan los procesos sociales y la interacción, mientras que los fenomenólogos consideran los significados de la experiencia y describen el mundo de la vida. La metodología cualitativa también es útil en la exploración del cambio o conflicto. La base de la investigación cualitativa reside en el enfoque interpretativo de la realidad social y en la descripción de la vivencia de los seres humanos.

Mientras que la investigación cuantitativa tiene su base en el positivismo e inicial paradigma de las ciencias naturales, la investigación cualitativa surge como respuesta a la insatisfacción creada por esta postura. Así, la crisis que se produjo en los años 60,

del siglo XX, donde se criticaron los objetivos y metodologías de la visión tradicional de la ciencia, desde un nuevo posicionamiento evolutivo que se sitúa más allá de una visión *simplista* positivista (Holloway y Wheller, 2002), hizo que algún investigador (p.ej. Lincoln y Guba, 1990, citados en Stiles, W.B., 2015) cualitativo plantease la presencia de un cambio de paradigma.

Aunque en breve vamos a ver un planteamiento histórico detallado de la investigación cualitativa, puede ser útil comenzar con un esquema simplificado y focalizado en la investigación cualitativa en psicoterapia que defina los distintos periodos de forma más amplia para, después, entrar con más detalle en la aportación de otros autores y atendiendo a una visión más completa de la ciencia. Así, en Caro (2002) nos encontramos con un planteamiento de 3 periodos o fases diferenciadas:

1. *Fase de origen*. Los métodos cualitativos comenzaron con la Escuela de Chicago (años 20 y 30 del siglo XX) y con los trabajos antropológicos de Boas, Mead, Bateson o Malinowski, por ejemplo. Su origen se encuentra en la búsqueda de la descripción, el significado, las intenciones, los propósitos y el contexto de la conducta.
2. *Fase de revitalización*. La revitalización de las investigaciones cualitativas se produjo a finales de los 60 y comienzos de los 70 a consecuencia de un interés creciente en el pluralismo metodológico, cultural y epistemológico, y a consecuencia del malestar con las investigaciones realizadas en las ciencias sociales.
3. *Fase actual*. Destaca un florecimiento de los métodos cualitativos en el campo de la educación, la enfermería, el trabajo social, aunque menos en psicología. Además, revistas importantes empiezan a publicar artículos con esta base metodológica.

Para Rodríguez, Gil y García (1999), la historia de la investigación cualitativa, y sus fases, dependen de los autores que utilizemos como referencia. Así, en la Figura (1.1) vemos plasmados tres planteamientos diferentes.

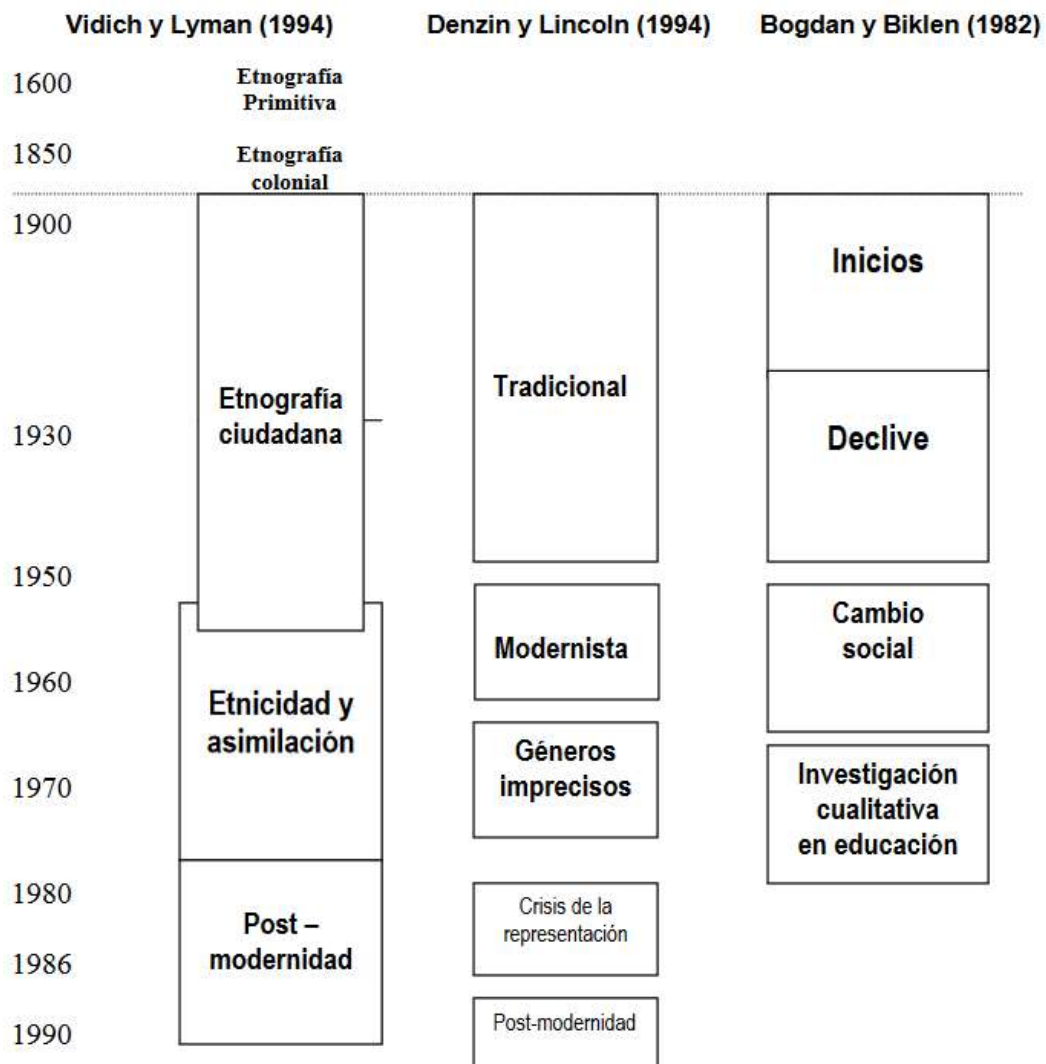


Figura 1.1.- Eje cronológico de la investigación cualitativa (Rodríguez, Gil y García, 1999)

Por nuestra parte, aunque vamos a centrarnos principalmente en la clasificación realizada por Denzin y Lincoln (1994), y la ampliaremos con lo añadido en Denzin y Lincoln (2011), sí podemos decir que se observa cierta similitud en las clasificaciones en cuanto a las influencias de la disciplina de origen y aspectos sobre los que se pone el énfasis en la investigación.

Los inicios de la investigación cualitativa se encuentran, según Bogdan y Biklen (1982) en el interés sobre los problemas de asistencia social, salud, educación y sanidad que surgieron en los Estados Unidos de América en la época colonial.

Entre las primeras herramientas que nos encontramos en esta época tenemos las encuestas sociales, que recogían informaciones muy diversas acerca de hechos o situaciones (accidentes de trabajo, localización de servicios higiénicos, asistencia a las escuelas) e incluso descripciones detalladas, entrevistas, retratos y fotografías. La gran parte de información utilizada en la época era estudiada por los antropólogos, aunque no recogida por ellos.

A principios del siglo XX, nos encontramos que los antropólogos se desplazan personalmente para recoger por sí mismos los datos. Así, destaca Malinowsky (1884-1942) que es considerado el refundador de la etnología británica, y Margaret Mead (1901-1978). Estos autores estarían principalmente centrados en los procesos de enculturación, y se centraron en comunidades pequeñas no industrializadas.

En la fase modernista (Denzin y Lincoln, 1994) se intentan formalizar métodos cualitativos desde una perspectiva de interaccionismo simbólico, el desarrollo de la Grounded Theory (Glaser y Strauss, 1967), etc. La investigación se centra en importantes procesos sociales, y se vuelve rigurosa.

En la etapa de los géneros imprecisos, en la figura 1.1, las humanidades se convirtieron en recursos centrales para la teoría crítica interpretativa y el proyecto de investigación cualitativo fue concebido en términos generales, apareciendo teorías interpretativas como la *etnometodología*, *fenomenología*, *teoría crítica*, y *feminismo*, entre otros, dentro de un entorno post-positivista. De alguna forma, los límites entre las ciencias sociales y las humanidades fueron diluyéndose.

La siguiente fase a considerar es la de *crisis de representación*, que se produjo en

la segunda mitad de los años 80, con textos más reflexivos que introducen cuestiones de género, clase y raza (Rodríguez et al., 1999).

La crisis es doble, pues es tanto de legitimación como de representación. La revolución lingüística cuestiona que los investigadores cualitativos puedan capturar *directamente* la experiencia vivida, en tanto que ésta es creada en el texto elaborado por el investigador. Por otra parte, la crisis de legitimación conlleva replantearse conceptos como la validez, generalizabilidad y fiabilidad, evaluación, interpretación.

A partir de ese momento, cualquier representación deberá legitimarse en base a una serie de criterios que permitan al autor realizar conexiones entre el texto y el mundo descrito.

Tras esta crisis de representatividad, Denzin y Lincoln (2011) señalan dos momentos de crisis o enfrentamiento más: el del *post-positivismo, constructivismo y crítica* (1990-2005) y el actual entre la *metodología basada en la evidencia y las escuelas mixtas de métodos interpretativos y de teoría crítica* (de 2005 hasta la actualidad).

Para Rieken (2015, p. 52), en cambio, el periodo que abarca desde en la última fase planteada por Orlinsky y Russell (1994) hasta hoy, puede describirse principalmente como un de cambio desde la verificación hacia un contexto del descubrimiento, siendo éste ilustrado por un uso creciente de la investigación cualitativa.

1.4.2. Definición de la investigación cualitativa.

Aunque no necesariamente incompatibles o independientes, la investigación cualitativa suele presentarse como contrapuesta a la investigación cuantitativa. Por ello, al tratar de definirla muchos autores hacen referencia a la investigación cuantitativa como marco de referencia a partir del cual ir definiéndola.

No obstante, la primera definición que vamos a tomar en consideración es la de

Taylor y Bogdan (1986, p. 20), para quienes la investigación cualitativa es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”.

No obstante, y como señala McLeod (2001), hay que decir que una gran cantidad de investigadores son socializados, que no formados, en el método científico y dentro del método científico la socialización se suele focalizar en la metodología cuantitativa. Ésta podría ser una de las razones por las que la investigación cualitativa suele definirse en contraposición a la investigación cuantitativa. Para Caro (2002) esta contraposición tendría sus orígenes en la diferenciación establecida por Allport (1937, citado en Caro 2002) entre lo *nomotético* (atomista, abstracto, experimental, mecanicista, cuantitativo y reductivo) vs. lo *idiográfico* (holístico, concreto, clínico, dinámico, cualitativo y fenomenológico), es decir, el estudio de las leyes generales frente al estudio de la persona individual.

Dallos y Vetere (2005, p. 8), al hablar de datos y medidas plantean dos tipos de evidencias: las cuantitativas y las cualitativas. (Cuadro 1.3.).

Cualitativo	Cuantitativo
Idiográfico	Nomotético
Subjetivo	Objetivo
Estados internos (pensamientos, sentimientos, habla interna).	Estados externos (conductas, declaraciones)

Cuadro 1.3. Tipos de datos (extraído de Dallos y Vetere, 2005).

Como señalan los autores, la aproximación cuantitativa emplea medidas estandarizadas (BDI, GHQ, etc.) para evaluar el cambio producido en un grupo de clientes durante la duración de una terapia o parte de ella. También puede emplear datos más subjetivos acerca de este cambio como cuánto mejor se sienten, etc.

La aproximación cualitativa, por su parte, se focaliza más en los significados que las personas adquieren al ir a terapia, en cómo les ayuda a ver las cosas diferentes o les refuerza sus esperanzas en su capacidad para gestionarlo. Además, se centra en elaborar estudios en profundidad de una única persona o un pequeño grupo de personas.

Rodríguez et al. (1996) nos señalan unos *niveles de análisis* que permiten establecer unas características comunes de la diversidad de enfoques y tendencias propios de la investigación cualitativa. Éstos son:

- *Ontológico*: especifica cuál es la forma y naturaleza de la realidad social y natural. La investigación cualitativa considera la realidad como *dinámica, global y construida* en un proceso de interacción con la misma.
- *Epistemológico*: referencia al establecimiento de los *criterios* a través de los cuales se determinan la validez y bondad del conocimiento. La investigación cualitativa asume una vía *inductiva*.
- *Metodológico*: atañe a las cuestiones que hacen referencia a las distintas vías o formas de investigación de la realidad. En la investigación cualitativa, los diseños de investigación, tendrán un carácter *emergente*, construyéndose a medida que se avanza en la investigación.
- *Técnico*: centrado en las técnicas, instrumentos y estrategias de recogida de información. La investigación cualitativa utiliza *técnicas* que permiten recabar datos que *informen de la particularidad* de las situaciones, permitiendo describir extensa y exhaustivamente la realidad objeto de investigación.
- *Contenido*: la investigación cualitativa abarca todas las ciencias, desarrollándose y aplicándose en *educación, sociología, psicología,*

antropología, etc.

Para Stake (1995, p. 37) y también basándonos en Rodríguez et al. (1996), los aspectos fundamentales diferentes entre la investigación cualitativa y cuantitativa son:

1. La distinción entre la explicación y la comprensión: esta distinción se asienta en el aspecto epistemológico. Así, la investigación cualitativa tiene como objetivo la comprensión, en base a los hechos, mientras que el objetivo de la investigación cuantitativa es la búsqueda de las causas, a través del control y explicación.
2. La distinción entre el papel personal e impersonal que puede adoptar el investigador. En la investigación cualitativa el investigador tiene un papel personal desde el inicio, interpretando sucesos y acontecimientos, mientras que en la investigación cuantitativa el investigador debe estar en una posición objetiva, sin valores que le influyan, e interpretando los datos recogidos y analizados estadísticamente.
3. La distinción entre el conocimiento descubierto y el construido. En la investigación cualitativa el conocimiento es construido como una síntesis de la perspectiva del investigador, frente a la investigación cuantitativa que describe lo que estudia.

Así, Stake (1995, p. 47) plantea 4 aspectos diferenciales del estudio cualitativo (ver cuadro 1.4.)

Finalmente, y para cerrar este punto, vamos a incluir la expresión utilizada por Denzin y Lincoln (2005, p.3) para definir este tipo de investigación:

“La investigación cualitativa es una actividad que sitúa en el mundo al observador. Consiste en un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que logran hacer visible el mundo. Estas prácticas

transforman el mundo. Ellas convierten el mundo en un conjunto de representaciones que incluyen notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones, y notas sobre uno mismo. La investigación cualitativa conlleva una aproximación naturalista e interpretativa al mundo. Esto implica que los investigadores cualitativos llevan a cabo su estudio en su entorno natural, tratando de darle sentido, o interpretar, los fenómenos en los términos en que las personas le dan su significado”.

HOLÍSTICO	EMPÍRICO	INTERPRETATIVO	EMPÁTICO
<ul style="list-style-type: none"> • Bien contextualizado. • Orientado al caso (entendido el caso como un sistema acotado). • Resistente al reduccionismo y al elementalismo. • Relativamente no comparativo, buscando comprenderlo más que entender en qué se diferencia de otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado al campo. • Énfasis en lo observable, incluyendo las observaciones de los informantes. • Se afana por ser naturalista, no intervencionista. • Preferencia por las descripciones en lenguaje natural, incluso no valorando grandes constructos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los investigadores se basan más en la intuición, sin especificar muchos criterios importantes. • Los observadores ponen la atención en el reconocimiento de sucesos relevantes. • Se entiende que el investigador está sujeto a la interacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atiende al actor intencionalmente. • Busca el marco de referencia del actor. • Aunque planificado el diseño es emergente, sensible. • Sus temas son émicos, focalizados progresivamente. • Sus informes aportan experiencia vicaria.

Cuadro 1.4. Aspectos diferenciales del estudio cualitativo (extraído de Stake (1995, p. 47).

1.4.3. Características.

Hay diversas descripciones de los aspectos que caracterizan una investigación cualitativa. Y, para no extendernos en exceso, hemos agrupado tres de ellas en el cuadro 1.5, de forma tal que podamos obtener una perspectiva de diferentes formas de atender a la misma. De alguna forma, podemos percibir como tanto Stake (1995) como Rodríguez et al. (1999) intentan ser más exhaustivos en la enumeración de las

características propias de la investigación cualitativa. Por su parte, Stiles (2003) es mucho más conciso y se centra en aspectos más concretos que la caracterizan.

Stake (1995)	Rodríguez, Gil y García (1996)	Stiles (2003)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Trata de comprender el objeto de estudio de forma completa atendiendo al contexto. 2. Pone el énfasis en lo observable, utilizando todos los medios disponibles para observar. 3. Trata de ser natural y no intervenir con el objeto que investiga, 4. Busca el marco de referencia del objeto de estudio, o sujetos del mismo 5. Utiliza de forma preferente descripciones a través del lenguaje. 6. Trata de validar las observaciones e interpretaciones a través de la triangulación. 7. Es consciente de los riesgos de investigar con personas, y de que el investigador está sujeto a la interacción. 8. La metodología, aunque importante, no es considerada la formación más relevante por parte de los investigadores, y la intuición juega un papel importante 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es inductiva. 2. El investigador ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. 3. Se es sensible a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio. 4. Trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. 5. Todas las perspectivas se consideran igualmente valiosas. 6. El investigador trata de mantener aparte sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. 7. Utiliza metodología humanista. 8. Se enfatiza la validez de la investigación. 9. Considera digno de estudio cualquier escenario y persona. 10. Es un arte. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ofrecer sus resultados en palabras más que en números, 2. Observar las cosas en sus contextos en lugar de a través de muestras representativas, 3. Utilizar la empatía y la comprensión en lugar de la observación individual, y 4. La búsqueda de una capacitación de los participantes en vez de simplemente observarlos.

Cuadro 1.5. Características de la investigación cualitativa.

De cualquier modo, vamos a acogernos a las características propuestas por Flick (2012):

- *La adecuación de los métodos y las teorías.* En la investigación cualitativa se diseñan métodos tan abiertos que hagan justicia a la complejidad del objeto en estudio, siendo éste el factor determinante para escoger un método. Los objetos no se reducen a variables individuales, sino que se estudian en su complejidad y totalidad en su contexto cotidiano.
- *Las perspectivas de los participantes y su diversidad.* En la investigación cualitativa se recogen las variadas perspectivas sobre el objeto (las del cliente, de sus familiares, de los profesionales) y parte de los significados

subjetivos y sociales relacionados con ella.

- *El poder de reflexión del investigador y la investigación.* Los métodos cualitativos toman la comunicación del investigador con el campo y sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento, en lugar de excluirla lo más posible como una variable parcialmente responsable. Las subjetividades del investigador y de aquellos a los que se estudia son parte del proceso de investigación.
- *La variedad de enfoques y métodos en la investigación cualitativa.* La investigación cualitativa no se basa en un concepto teórico y metodológico unificado, sino que diversos enfoques teóricos y sus métodos caracterizan los debates y la práctica de la investigación.
- *La Verstehen como principio epistemológico.* La investigación cualitativa trata de comprender el fenómeno o acontecimiento en estudio desde el interior. Lo que se ha de comprender es la visión de un sujeto o de sujetos diferentes, el curso de las situaciones sociales (conversaciones, discurso, procesos de trabajo) o las reglas culturales o sociales pertinentes a una situación.
- *La reconstrucción de casos como punto de partida.* El caso individual se analiza de manera más o menos uniforme antes de establecer declaraciones comparativas o generales.
- *La construcción de la realidad como base.* La realidad estudiada por la investigación cualitativa no es una realidad dada, sino que diferentes “actores” la construyen.
- *El texto como material empírico.* En el proceso de reconstruir casos, se producen textos en los que se hacen los análisis empíricos reales: se

reconstruye la visión del sujeto como su teoría subjetiva o se formula de esta manera. Los textos son la base de la reconstrucción y la interpretación.

De todo lo expuesto a través de estos autores, podríamos concluir que la investigación cualitativa es inductiva y trata de comprender el objeto de estudio de la forma más completa posible. Para ello, utiliza cualquier medio de observación disponible e incluye a todos los elementos que componen el objeto de estudio. La empatía es un elemento más en la búsqueda de la perspectiva del objeto de estudio, o de cada uno de sus elementos. Además, si bien trata de ser natural y no intervenir, se es sensible a los efectos que la propia investigación causa en el objeto de estudio. Finalmente, aunque la metodología no es el punto más importante, sí se enfatiza la validez de la investigación buscando diferentes formas de validación (Stiles, 2003).

1.4.4. Diferencias entre la investigación cualitativa y la investigación cuantitativa.

En estos momentos, podemos plantear cuáles son las diferencias entre la investigación cualitativa y la cuantitativa. La investigación cuantitativa nos posibilita elaborar teorías e hipótesis que nos permitan establecer relaciones causales entre las diferentes variables objeto de estudio, de tal forma que así obtenemos una mayor capacidad de predicción acerca de unos posibles resultados, en base a sus antecedentes de origen. La investigación cualitativa, atendiendo a la revisión bibliográfica realizada, nos permitiría estudiar el proceso a través del cual se produce un cambio en la vida de un sujeto, atendiendo a aspectos que van más allá de una simple valoración de la efectividad de un tratamiento, y atendiendo incluso a la propia visión del sujeto sobre el mismo.

En el siguiente cuadro 1.6 podemos ver las diferencias entre el enfoque cuantitativo y cualitativo, en base a Kazdin (2001, 2003) y Rennie, (1999), extraído de Caro (2002).

<i>Característica</i>	<i>Cuantitativo</i>	<i>Cualitativo</i>
Modo de descripción	Numérico	Lingüística/ Palabras
Contexto científico	Verificación	Descubrimiento
Papel de la teoría	Ideal tradicional: origen en la investigación.	Minimizada: Una meta de la investigación.
Preguntas de investigación	Preguntas delimitadas, hipótesis.	Preguntas abiertas, exploratorias
Determinación de las opciones descriptivas	Limitadas. Preestablecidas y fijas.	Sin límite. Emergente y cambiante
Estrategias de control/credibilidad del diseño	Estrategias de azar “ciegos”	Manifestación y prudencia en los supuestos
Modo de evaluación/credibilidad del análisis	Estadística descriptiva e inferencial	Base en ejemplos. Resonancia en el lector. Comprobaciones de credibilidad
Condición de éxito	Confirmar hipótesis, rechazo de la hipótesis nula	Aprender algo nuevo e inesperado.
Metas	Comprobar una teoría o una hipótesis; Identificar relaciones causales, Buscar patrones o diferencias grupales.	Describir e interpretar la experiencia; Ofrecer nuevos insights, Describir y explicar con pocas o ninguna hipótesis inicial, Generar una teoría.
Resultado	Se ofrece una nueva teoría o hipótesis que incrementará nuestra comprensión del fenómeno. Resultados medibles	Se ofrece nuestra comprensión de la experiencia y se elabora en profundidad de forma que amplíe nuestra comprensión. Una historia, etnografía, teoría.
Estatus del sujeto	Considerado objeto de estudio.	No es un objeto, se funde como un participante con el investigador.
Estatus del investigador	Su presencia es mínima, no contemplándose en la metodología ni en la interpretación de los datos.	El investigador es relevante, aportando su interpretación de los datos.

Cuadro 1.6 *Algunas características básicas que diferencian la investigación cualitativa de la cuantitativa (en Kazdin, 2003, p. 334-335; Rennie, 1999, citado en Caro 2002).*

1.4.5 Tipos de investigación cualitativa.

Hasta el momento hemos visto en qué consiste la investigación cualitativa y en qué difiere de la investigación cuantitativa. También hemos visto su origen, que algunos sitúan a mediados del siglo XIX, con autores tan importantes como Wilhelm Dilthey. Ahora, vamos ver algunos de los tipos de investigación que se han llevado a cabo.

A lo largo del trabajo, en este apartado de la investigación cualitativa, se ha hablado de diferentes tipos de investigación. Así, podemos hablar de etnografía, estudios antropológicos, encuestas, *grounded theory*, etc. Y estos estudios se han llevado a cabo en disciplinas como la antropología, educación, trabajo social, psicología, etc.

En cualquier caso, es muy difícil establecer una tipología de tipos de investigación, ya que según que autores utilicemos como referencia el listado obtenido puede sufrir modificaciones. A modo de ejemplo, Rodríguez et al. (1996) nos proponen los siguientes: fenomenología, etnografía, teoría fundamentada, análisis del discurso, biográficos, etnometodología, investigación-acción; mientras que Stiles (2003, p. 481) cita estos otros: estudios de caso, análisis de conversaciones, análisis de discursos, etnografía, teoría fundamentada, análisis narrativo, análisis fenomenológico y otras variedades de aproximaciones que comparten la finalidad de analizar y comprender las entrevistas, conversaciones y los textos.

Consideramos que el cuadro 1.7, tomado de Dallos y Vetere (2005), resume de forma general, adecuadamente, los tipos de investigaciones cualitativas realizadas. Por ello, vamos a entrar ahora en clasificaciones más pormenorizadas que nos permitan enmarcar este estudio.

Tipos de investigación	Descripción
Análisis interpretativo de conversaciones	Parte de la premisa de que las personas tienen puntos de vista relativamente estables acerca de sus experiencias, y la tarea de investigación consiste en conocer, en la medida de lo posible, estas creencias, esquemas, pensamientos, ideas. Para lograrlo se requiere del investigador un proceso interpretativo, en base al planteamiento de que sólo podemos conocer las construcciones externas en base a conocerlas a partir de nuestra propia subjetividad.
Análisis del discurso	Se inicia con la premisa de que la experiencia de un ser humano es construida a partir de interacciones, preferentemente en forma de conversaciones, con otras personas. La comprensión de las personas, sus explicaciones, ideas y demás no han de verse como necesariamente duraderas sino como construidas inmediatamente en diferentes situaciones según con quien están interactuando. En este tipo de construcciones el lenguaje es fundamental.
Análisis de narraciones	Se centra en explorar las historias que tienen las personas sobre sí mismas, y en como nuestro sentido del self y nuestra identidad se conforma a través de estas historias. Se enfatiza en sucesos que ocurren a lo largo del tiempo, en tanto que estas historias conectan pasado, presente y futuro. El énfasis se pone en las expresiones personales que la gente hace. Además, las historias y narrativas son exploradas en términos de su fuerza para evocar emociones y como les ofrecen una coherencia o sentido de propósito a su vida.
Observación participada	Se interesa en explorar los fenómenos observables surgidos en actos donde el terapeuta interviene. Pueden considerarse diferentes niveles de participación, pero se reconoce que la observación es un proceso interpretativo. Así, utilizan las reflexiones del investigador sobre sus sentimientos, creencias y expectativas en las situaciones bajo estudio.
Estudio de caso	Atienden a un análisis detallado y holístico con el fin de intentar capturar el fenómeno clínico en su complejidad global. Hay un gran parecido entre el estudio de caso clínico y la investigación del estudio de caso. La investigación puede emplear una amplia variedad de datos: observación, entrevistas, análisis de sesiones clínicas, historias de vida, notas del caso, y puede intervenir una gran variedad de personas: miembros de la familia, terapeuta, el cliente, etc. Suelen extenderse en el tiempo, permitiendo un análisis longitudinal de cómo se desarrollan los sucesos y ocurre el cambio.

Cuadro 1.7. Tipos de investigaciones cualitativas (extraído de Dallos y Vetere, 2005).

Mörtrl y Gelo (2014), consideran que al atender a los diferentes tipos de investigación cualitativos hay que tener en cuenta su *diseño de investigación*, el *muestreo*, la *colección de datos*, y el *análisis de los datos*:

1. *El diseño investigación*. Los diseños de investigación están planteados en virtud de 3 dimensiones diferentes.
 - *Naturalista vs. Experimental.*
 - *Estudio de caso vs. Grupo.*
 - *Transversal vs. Longitudinal.*
2. *Muestreo*. Las estrategias de muestreo atienden a la selección de los participantes. En la investigación cualitativa, el muestreo no probabilístico requiere que el investigador utilice criterios adicionales a la casualidad para la selección de sujetos de estudio. Esta estrategia maximiza la recopilación de datos de gran valor, y produce una comprensión más profunda del fenómeno a investigar.
3. *Colección de datos*. En la investigación cualitativa, los datos se caracterizan por tener la forma de palabras. Como señala Polkinghorne (2005, p. 138), “los datos lingüísticos no son simples palabras sueltas sino palabras interrelacionadas combinadas en frases y frases combinadas en discursos”. Pero los investigadores cualitativos podrían estar interesados en información en formato dibujo, imagen o vídeo. La forma de recogida de los datos puede tener también diferentes formas: observacional, auto-informes, entrevistas, grabaciones de audio o video.
4. *Análisis de datos*. Finalmente, en el análisis de los datos hay que tener en cuenta que éste es de carácter más interpretativo, habiendo variaciones en el análisis: fenomenológico, botton-up, top-down (con la ayuda de sistemas

de codificación), hermenéuticos, análisis del discurso, análisis conversacional, etc.

McLeod (2013), el cual señala la publicación de Mörtz y Gelo (2014), en aquellos momentos pendiente de publicar, propone una clasificación alternativa en base a 3 unidades diferentes:

1. *Estudios macro-nivel*: Exploran el contexto social, cultural e histórico dentro del cual tiene lugar la terapia. Parte de la base de que los investigadores cualitativos tienen la capacidad de documentar y describir los factores contextuales, e interpretar su significado e implicaciones con la práctica terapéutica. Un ejemplo de este tipo de investigación, más allá de un contexto terapéutico son los estudios *etnográficos*.
2. *Estudios de rango medio*: Examinan la experiencia terapéutica de las personas que intervienen. Suponen la mayor parte de investigación cualitativa realizada en psicoterapia y Counselling, e incorporan tanto la experiencia del cliente como la de terapeuta sobre los aspectos de la terapia.
3. *Estudios de micro-nivel*: Examinan los procesos momento a momento. La investigación, adquiere la imagen de una fotografía de lo que el participante puede ver con sus ojos desnudos. Es como usar un telescopio o cámara de satélite para representar una imagen panorámica. Estos estudios están centrados en los patrones que se vuelven visibles a través del uso de herramientas de observación. Un ejemplo de este tipo de investigación son los estudios con grabaciones de procesos interpersonales (Interpersonal Process Recall – IPR) y el análisis de la conversación.

En cualquier caso, este planteamiento que McLeod (2013) señala como alternativo al de Mörtz y Gelo (2014) estaría también incluido en la clasificación de estos autores

si se combinan las diferentes dimensiones de diseños de investigación cualitativa y la forma de análisis de los datos.

Con esta revisión hemos podido apreciar que las formas de atender un objeto de estudio son muy variadas, lo que puede aportar una gran riqueza para captar todos los detalles del mismo. En nuestro caso vamos a hacer un estudio de caso, longitudinal, y de carácter más naturalista, según la clasificación de Mörtl y Gelo (2014) en el que se intentará dar una descripción lo más completa posible atendiendo a las diferentes circunstancias que afectan al sujeto, así como analizando las narraciones proporcionadas por el mismo. Al mismo tiempo, siguiendo la clasificación de McLeod (2013), será un estudio de micro-nivel, a partir de los datos suministrados por el sujeto.

1.4.6. El estudio de caso.

Tal como hemos dicho en el punto anterior, nuestro trabajo va a ser un *estudio de caso*, siendo adecuado que intentemos definir sus características de una forma un poco más amplia.

Ya hemos dejado claro que el estudio de caso es una investigación de tipo cualitativo, aunque también admite que, según los objetivos de la investigación, se pueda aplicar metodología cuantitativa a los datos recogidos.

Para Dallos y Vetere (2005, p. 129), un estudio de caso se define como “una investigación de un fenómeno en el contexto y con la complejidad propia de la vida real, ello conlleva aceptar que la variedad de variables involucradas puede ser muy amplia y requerir incorporar un amplio rango de fuentes de información o datos”.

En el estudio de caso, tal y como es característico en la investigación cualitativa, y así ha quedado reflejado por Mörtl y Gelo (2014), el material con el que se trabaja son palabras (Stiles, 2003), las cuales tienen su fuerza en las relaciones que establecen con otras al crear frases y diálogos (Polkinghorne, 2005).

Para Stiles (2007), la estrategia del estudio de caso es comparable a muchos estudios basados en la teoría. Cada caso es diferente y puede atender diferentes aspectos de la teoría. Pero, en tanto que cada detalle del caso que esté conectado con la teoría le aporta validez, y dado que en un estudio de caso hay una gran cantidad de detalles, la validez en conjunto alcanza esos niveles similares a los estudios basados en la teoría, ya que contrasta muchas observaciones con una gran cantidad de enunciados teóricos (Stiles, 2003, 2007).

1.4.7. Ventajas e inconvenientes de la investigación cualitativa.

En este apartado nos vamos a centrar, principalmente, en los inconvenientes de la investigación cualitativa. De forma general, a lo largo de todo el apartado en que se ha tratado la investigación cualitativa, se ha estado tratando con las bondades o ventajas de este tipo de investigación. Así, es una investigación que permite estudiar los estados internos de las personas: sus pensamientos, sentimientos, su habla interna, etc. Además, como decía Stake (1995) se caracteriza por ser holística, empírica, interpretativa y empática (ver cuadro 1.4), en su intento por comprender la experiencia humana.

Por su parte, entrando en el apartado de lo que supone para el investigador, McLeod (2001) planteaba que la investigación cualitativa genera incertidumbre, ambigüedad, sensación de no saber las cosas, ruptura de límites entre el sí mismo y el otro, etc., lo que puede llevar a que algunos científicos tengan sus reticencias a utilizar esta metodología.

Para Caro (2002), las limitaciones son de varios tipos:

1. A nivel metodológico se puede caer en el *solipsismo* derivado de considerar que todo ha de ser entendido desde una perspectiva holística, contextual, constructivista, etc., lo que derivaría en la imposibilidad de elaborar teorías.

Frente a ello se propone la utilización de la metodología cualitativa junto a la cuantitativa.

2. La formación académica se realiza principalmente desde un marco de socialización, que no formación, en el método científico, y dentro del método científico la socialización se suele focalizar en la metodología cuantitativa.
3. La extensión que requiere la utilización de narrativas o informes de los clientes, junto a las políticas editoriales, conllevan una gran dificultad para publicar resultados (Levitt, Motulsky, Wertz, Morrow y Ponterotto, 2017), en tanto que se prioriza un estilo de redacción propio de los paradigmas cuantitativos. En este sentido, Elliott et al. (2009) plantearon la utilización de documentación online para facilitar el acceso a las transcripciones.
4. Problemas derivados con la ambigüedad semántica que parten de la dificultad de recoger los distintos grados de profundidad semántica y conceptualización a partir de una expresión manifestada, a la que se junta la subjetividad del investigador que parte con su propio sistema de significado en relación con la expresión del emisor.
5. Ausencia de técnicas para juzgar la calidad de los datos, aunque se han ido desarrollando diferentes paquetes y software para abordar este problema, hay que tener presente que se trata de un enfoque diferente y no se puede *medir por el mismo rasero* que otro.

Más actualmente, Flick (2012, p.231) nos ofrece una serie de limitaciones vinculadas a la forma de codificación y otras en base al tipo de análisis. Si bien estas limitaciones son específicas de metodologías cualitativas concretas, algunas de ellas

se pueden generalizar:

1. En base a la codificación y categorización:
 - a. La codificación teórica dispone de criterios borrosos acerca de cuándo finalizar la codificación, además se ve limitada por la flexibilidad de las normas metodológicas, aunque se puede aprender sobre todo mediante la experiencia práctica.
 - b. La codificación temática requiere de la disposición de una gran cantidad de tiempo a causa del análisis del caso como paso intermedio, y se ve limitada a estudios con grupos de comparación predefinidos.
 - c. El análisis cualitativo del contenido se encuentra con la dificultad de aplicación de normas esquemáticas, y está firmemente orientado a la metodología cuantitativa.
 - d. El análisis global ofrece una panorámica general rápida del texto que puede impedir su análisis detallado, y su compatibilidad con los análisis secuenciales es dudosa.
2. En base al tipo de análisis secuencial:
 - a. El análisis de conversaciones se encuentra limitado al orden formal y a secuencias mínimas en las conversaciones, además es un enfoque limitado sobre contenidos relevantes de la ciencia social.
 - b. El análisis del discurso emplea metodología genuina apenas desarrollada, y no existe una definición concreta del concepto de discurso.
 - c. En el análisis de narraciones, los análisis se ciñen al caso, lo que hace difícil su generalización, y nos encontramos también con el

supuesto de homología entre la narración y la realidad.

- d. En cuanto a la hermenéutica objetiva, hay problemas en la transición del caso individual a expresiones generales, así como con el concepto de estructura y la consideración de Arte en lugar de método.

Finalmente, McLeod (2013, p. 61) propone separar los problemas en dos categorías. Por un lado, los *desafíos y dilemas* que siguen sin resolver y que forman parte de las limitaciones, y por otro las *barreras para el futuro desarrollo de la investigación cualitativa*:

1. Desafíos y dilemas surgidos de la investigación cualitativa.
 - a. *El problema de la validez*. Sigue siendo el desafío más importante. Los criterios de validez que son apropiados para la realización de la investigación cualitativa están menos definidos que en la investigación cuantitativa. Si bien se han realizado aportaciones en relación con este problema (Elliott, Fischer y Rennie, 1999; Morrow, 2005; Stiles, 1993), se plantea la deseabilidad de una cierta auditoría externa o diálogo entre co-investigadores.
 - b. *El problema del investigador*. La implicación personal del investigador puede afectar a la recogida de datos y a su posterior análisis. Por ello, es importante que los investigadores cualitativos reflexionen sobre las posibles formas en que podrían influir en la recopilación y el análisis de datos.
 - c. *Cómo transmitir los resultados de dichos estudios de una manera efectiva*. No todos los investigadores son igualmente

hábiles en la escritura, y ésta es importante para condensar y capturar las palabras, temas y categorías.

d. *Desafíos éticos que pueden surgir en la investigación cualitativa.* La experiencia de la entrevista puede evocar problemas personales a los clientes, la inclusión de largas citas en los informes de investigación cualitativa puede amenazar el grado de confidencialidad, las entrevistas no estructuradas o semiestructuradas dificultan al investigador la predicción de los temas a tratar, para un investigador puede ser complicado emocionalmente tratar con historias de abuso, su transcripción y su posterior análisis.

2. Barreras para el futuro desarrollo y utilización práctica de los métodos cualitativos.

a. Es crucial la publicación de un número suficiente de estudios de gran calidad sobre temas clave, de forma que se consiga una acumulación de pruebas cualitativas.

b. Es crucial contar con métodos racionales y transparentes que permitan revisar los resultados acumulados de estos estudios.

1.5. Esquizofrenia.

En tanto que en nuestro trabajo vamos a tratar con las narraciones de un sujeto con esquizofrenia, conviene describirla a niveles diagnósticos.

1.5.1. La esquizofrenia.

Actualmente gran parte de los avances en su tratamiento se centran en la aplicación de psicofármacos que parecen cada vez más eficaces, así como en nuevas aportaciones de las terapias psicológicas y sociales (Barlow y Durand, 2003), que en conjunto han conseguido reducir el sufrimiento producido por la enfermedad. De hecho, como señala el título de un taller del XVIII Congreso Nacional de Psiquiatría, realizado el 25 de septiembre de 2015: “SS-V2: Optimización del tratamiento en la esquizofrenia: centrémonos en el cliente (Janssen)”, los resultados llevan a ser optimistas y a pensar que es posible un futuro mejor para los clientes, especialmente cuando dicho abordaje se centra en ellos, y no sólo en los resultados clínicos.

Se han elaborado diversos modelos de la esquizofrenia (véase, Hemsley, 2009). En este trabajo pretendemos poder aportar alguna visión más desde la que contemplar la información que nos proporciona un sujeto con esquizofrenia, al atender a su proceso de asimilación de experiencias problemáticas, teniendo en cuenta que para Bentall (citado en Hemsley, 2009) “la heterogeneidad de los fenómenos clínicos es tan grande que se deberían especificar los correlatos y propiedades de los aspectos discretos de la experiencia psicótica, como alucinaciones y delirios, en lugar de ocuparse de todo como un síndrome esquizofrénico”.

En el presente trabajo analizaremos unas narraciones que corresponden a un sujeto diagnosticado con esquizofrenia paranoide. Pese a ser un trastorno ampliamente conocido, vamos a realizar una breve revisión de lo que se entiende por este diagnóstico.

1.5.1.1. Clasificaciones.

En estos momentos las dos clasificaciones diagnósticas de referencia, vigentes actualmente, en el ámbito de los trastornos mentales son la CIE-10 y el DSM-5.

Como señalan Dallos y Vetere (2005), hablar de los sistemas clasificatorios nos aporta algunas ideas a tener en cuenta:

- Los sistemas clasificatorios asumen un enfoque en el individuo y algunas coincidencias sobre la base de los problemas (p.ej., que un suceso particular no es la causa predominante de la enfermedad, sino que ésta está mediada por otros factores del individuo).
- Los enfoques diagnósticos se basan en el modelo médico, siendo comparable la angustia mental a una forma de enfermedad física. Esto tiene connotaciones en el significado de la salud, que en este caso implicaría que la persona desarrollase un funcionamiento “normal”, lo que es poco aplicable a algunos casos de trastornos. Esto está relacionado con la metáfora del fármaco (Stiles, Shapiro y Harper, 1994) que se desarrollará más adelante.
- La utilización de estos criterios diagnósticos, y en especial el DSM-5, como base de investigación en psicoterapia, especialmente en términos de evaluaciones de efectividad de psicoterapias y asesoramiento, implica y conlleva condiciones a las investigaciones.
- El uso de estos sistemas diagnósticos en la investigación ha llevado a seleccionar un tipo de clientes que, en la vida real, presentaban complejos problemas que no se circunscribían a ese criterio de selección aislado.
- Existen enfoques alternativos que clasifican los síntomas como indicadores de efectos más profundos (p.ej., los enfoques psicodinámicos, sistémicos).

Estos enfoques permitirían superar la percepción de que la persona tiene un problema y focalizarse en que tiene un proceso interpersonal que es problemático.

1.5.1.1.1. La CIE - 10.

La CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) se encuentra en estos momentos finalizando el proceso de elaboración de una nueva edición, la número 11, que se espera vea la luz a lo largo de este año 2017. En estos momentos, la edición vigente (10), presenta los “Trastornos mentales y del comportamiento” en el capítulo V, e incluye las clasificaciones que van del F00 al F99.

El grupo que abarca la Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes es el grupo F20-F29. La Organización Panamericana de la Salud (1995, p. 309) indica que “En este grupo se han reunido la esquizofrenia en su calidad de integrante más importante del grupo, los trastornos esquizotípicos, los trastornos delirantes persistentes y un gran grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios”. Además, señala que “Los trastornos equizoafectivos se mantienen en este grupo, a pesar de que su naturaleza es objeto de controversia”.

Sobre los trastornos esquizofrénicos, en la página 309 indica que “se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada”. Suele mantenerse la lucidez de la conciencia y la capacidad intelectual, aunque puede haber un aumento de deficiencias intelectuales con la edad. Entre sus fenómenos más importantes podemos encontrar el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al cliente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.

Su evolución puede ser continua o episódica. Y hay que diferenciarlo de sintomatología depresiva o maníaca extensa, enfermedad cerebral manifiesta (en estado de intoxicación o abstinencia de drogas), trastorno desarrollado por existencia de epilepsia u otra enfermedad cerebral, y por sustancias psicoactivas.

Dentro de la categoría de “Esquizofrenia” está la clasificación (F20) que tiene unas subclases que abarcan de la F20.0 a la F20.9 (no existiendo ninguna entrada para la categoría F20.7).

No vamos a revisar todas las subclases, así que nos centraremos en la que corresponde con el diagnóstico del sujeto, y las demás únicamente las nombraremos.

F20.0 Esquizofrenia paranoide: Predominio de delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, acompañados habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción.

No hay perturbaciones del afecto, de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.

Esquizofrenia parafrénica.

Excluye:

estado involutivo paranoide (F22.8) paranoia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión postesquizofrenica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia, no especificada.

1.5.1.1.2. El DSM-5.

El DSM incluye la esquizofrenia en la sección II del manual, por lo que debe cumplir la definición de *trastorno mental* que propone la APA (2014, p. 5):

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente”.

El DSM-5, a diferencia de los DSM-III y DSM-IV que tienen un sistema de clasificación categorial, utiliza un sistema clasificatorio que combina tanto el modelo categorial con dimensiones psicopatológicas cuyas manifestaciones clínicas se basan en la clasificación de atributos en lugar de la asignación de categorías, lo que se adecúa más a la descripción de fenómenos continuos cuyos límites no son precisos, aunque conlleva implícitos otra serie de problemas. Este doble enfoque categorial-dimensional podría derivar en la integración de las categorías clínicas en base a dimensiones y procesos psicológicos o psicopatológicos (Belloch, 2012; Sandín, Chorot y Valiente,

2012).

El DSM-5 está dividido por secciones:

- Sección I. Conceptos básicos del DSM-5. En esta sección se incluye la introducción, la utilización del manual y la declaración cautelar para el empleo forense del DSM-5.
- Sección II. En esta sección se ubican todos los criterios y códigos diagnósticos básicos, entre ellos los del *espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*.
- Sección III. En la cual se incluyen las medidas de evaluación, la formulación cultural, el modelo alternativo del DSM-5 para los trastornos de la personalidad, y las afecciones que necesitan más estudio.

Sandín (2013) señala que en el DSM-5 los intentos de elaborar un manual basado en dimensiones han resultado, finalmente, en una estructura del diagnóstico “tímida” y bastante irregular. Si bien esta estructura se ha incorporado de forma más clara a los trastornos de personalidad, que se han visto relegados a la sección III y está asentada en un criterio A (identidad, auto-dirección, empatía e intimidad) y 5 rasgos de personalidad patológica desadaptativos (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo) que constituyen una extensión del modelo de personalidad de los 5 factores.

En el resto de trastornos, únicamente se han establecido dimensiones concretas para algunos grupos, y haciendo referencia únicamente a la gravedad clínica (Sandín, 2013). En el caso del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos encontraríamos las siguientes dimensiones:

En el prefacio del DSM-5 (APA, 2014), nos encontramos con una indicación, de David J. Kupfer y Darrel A. Regier, donde remarcan que “no es posible una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes para la mayoría de trastornos mentales, siendo importante enfatizar que los criterios diagnósticos actuales son la mejor descripción disponible de cómo se expresan los trastornos mentales y cómo pueden reconocerse por clínicos formados”. Es por ello que su consulta debe hacerse como una guía práctica, funcional y flexible para organizar la información.

Dimensiones básicas	Dimensiones complementarias	Trastornos neurocognitivos
<ul style="list-style-type: none"> • Delirios, • Alucinaciones, • Pensamiento (discurso) desorganizado, • Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía), • Síntomas negativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo, • Depresión, • Manía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención compleja, • Función ejecutiva, • Aprendizaje y memoria, • Lenguaje, • Perceptivo-motor, • Cognición social.

Cuadro 1.8. Dimensiones del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSM-5).

Las características principales que podemos encontrar en los trastornos psicóticos son: los delirios, las alucinaciones, el pensamiento (habla) desorganizada, la conducta motora gravemente desorganizada o anormal (incluida la catatonía), y los síntomas negativos.

Los criterios definidos en el DSM-5 para la esquizofrenia son los siguientes:

- A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de estas debe ser (1), (2) o (3).
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p.ej. disgregación o incoherencia frecuente).

4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de 6 meses. Este período de 6 meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej. creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se ha descartado el trastorno equizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos.

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: *Remisión parcial* es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: *Remisión total* es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial.

Episodios múltiples, actualmente en remisión total.

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado.

Especificar si:

Con catatonia (para la definición véanse los criterios de catatonia asociada a este trastorno mental).

Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonia asociada a esquizofrenia para indicar la presencia de catatonia concurrente.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Véase la escala administrada por el clínico Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis en el capítulo “Medidas de evaluación”, en la Sección III del DSM-5).

Nota: El diagnóstico de esquizofrenia se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

1.6. El modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

En esta apartado vamos a desarrollar de forma amplia el *Modelo de la Asimilación de Experiencias Problemáticas* desarrollado por Stiles et al. (1990, 1991). Este modelo es un modelo procesual y cualitativo (Caro, 2008), de carácter integrador, para analizar el cambio. No obstante, también ha sido estudiado desde una perspectiva cuantitativa.

En el desarrollo del modelo vamos a centrarnos inicialmente y de forma más clara en las primeras publicaciones que conceptualizaban el modelo, para ir introduciendo diferentes estudios que llegan hasta la actualidad.

El modelo de la asimilación surge en la fase de *consolidación, insatisfacción y reformulación* planteada por Orlinsky y Russell (1994), ya referenciada al hablar del estudio del cambio en psicoterapia (p. 12). Desde su inicio (Stiles et al, 1990), se plantea como un modelo que intenta acercar la distancia existente entre la investigación de procesos y de resultados originada en la fase de *expansión, diferenciación y organización* de la investigación en psicoterapia, en función de las diferentes escalas temporales utilizadas por cada una. En este sentido, la investigación de los procesos se centraba en aquellos acontecimientos que se daban en una sesión terapéutica (p.ej., minutos, segundos) y la investigación de resultados atendía al resultado del tratamiento (p.ej., meses, años).

El modelo de la asimilación permite explorar y describir el cambio terapéutico, entendido éste como asimilación de experiencias problemáticas (Allepuz, Caro, Rojo y Yera, 2014) a través de una secuencia de estadios o niveles predecible (Stiles, 2002). Aunque ha utilizado la metodología cuantitativa, su perspectiva es cualitativa y, como señalan Caro et al. (2011) se encuadra dentro de la *investigación de procesos* y de

forma más concreta en el *paradigma de acontecimientos* propuesto por Rice y Greenberg (1984), en el cual se estudian episodios breves que comparten un marcador común. El marcador hace referencia a aspectos repetidos y significativos que aparecen en terapia/ sesiones, y que sirven de “criterios” para detectar y analizar lo que sucede en momentos significativos terapéuticos. Cada enfoque de estudio de procesos define operativa y formalmente, en función de su conceptualización del cambio, aquellos marcadores con los que se va a trabajar (véase el Anexo I, donde están los marcadores utilizados en el modelo de asimilación). Siguiendo con este paradigma del modelo de asimilación, éste se amplía al examinar problemas seleccionados y cómo se trabaja con ellos a lo largo de las sesiones.

1.6.1. Orígenes del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

Al hablar de los orígenes del *modelo de asimilación de experiencias problemáticas* es importante situarnos en el marco temporal de la cuarta fase en la investigación de la psicoterapia, y hacer referencia al contexto generado en la misma. En concreto, este modelo va conformándose en la segunda parte de la cuarta fase de investigaciones propuesta por Orlinsky y Russell (1994), concretamente en el año 1987, y lo hace como alternativa a los problemas derivados de asumir en la investigación psicoterapéutica la *metáfora del fármaco* y el *modelo médico* subyacente.

1.6.1.1. Antecedentes del modelo de la asimilación.

Si hacemos una retrospectiva de las publicaciones realizadas por William B. Stiles, creador del modelo de asimilación, podemos ver que sin entrar en sus publicaciones anteriores al año 1984 sus comunicaciones y publicaciones se enmarcaban en la investigación de procesos, concretamente centrándose en temas relacionados con el Insight, el acuerdo entre el terapeuta y el cliente sobre el impacto de las sesiones, la introducción a una forma de codificar la respuesta verbal, etc., las respuestas verbales

y la responsividad a las mismas, la relación entre investigación de procesos y resultados.

1.6.1.2. Primeras comunicaciones.

El primer *Manual para la evaluación de la asimilación de las experiencias problemáticas en sesiones de psicoterapia*, fue elaborado por Stiles, Morrison y Haw (1987) como un recurso de trabajo dentro del marco del proyecto de psicoterapia Sheffield.

La primera comunicación, y presentación del modelo de la Asimilación, se realizó en junio de 1989, en el marco de un panel presentado en un encuentro de la *Society for Psychotherapy Research*, en Toronto (Canadá). Allí se presentó un trabajo bajo el nombre “Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones”, que posteriormente se concretaría en Stiles, Meshot, Anderson y Sloan (1992). Ese mismo año, en septiembre, en el marco de la Tercera Conferencia Europea de la *Society for Psychotherapy Research*, celebrada en la ciudad de Berna (Suiza) se realizaría otra comunicación “Assimilation of problematic experiences” sobre el citado modelo.

En cuanto a su primera publicación se llevó a cabo en 1990, siendo publicada en *Psychotherapy*, con el nombre “Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy”, y cuyos autores fueron Stiles, Elliot, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison, Shapiro y Hardy (Stiles et al., 1990).

1.6.1.3. El modelo como alternativa a la metáfora del fármaco.

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas es, para Stiles et al. (1994) una alternativa a la metáfora del fármaco. En tanto que éste había sido un tema importante para estos autores mientras se gestaba el modelo de asimilación, vamos a comentar lo que consideraban al respecto y cómo el modelo de la asimilación se convierte en dicha alternativa. Así, para estos autores, la metáfora del fármaco

(asumida en la investigación psicoterapéutica) falla al representar que la relación entre el proceso psicoterapéutico y los resultados puede ser demostrada a través de los principios fundamentales y metodológicos implícitos. En el caso de la psicoterapia los principios serían:

1. Que el proceso y los resultados pueden ser fácilmente distinguibles entre ellos, como si se tratase de una simple causa-efecto. Así, los efectos de la psicoterapia, medidos como mejoría clínica, son consecutivos al tratamiento, y ambos son conceptual y operacionalmente diferentes de los procesos psicoterapéuticos medidos durante el tratamiento. Pero, incluso cuando medimos los resultados después del “proceso” nada nos garantiza que este último haya tenido lugar.
2. El nombre de los componentes hace referencia a ingredientes con un contenido y alcance concreto. Pero en psicoterapia los ingredientes no se pueden especificar fácilmente, ya que, aunque codificásemos las declaraciones ofrecidas por los terapeutas psicoanalíticos como interpretaciones, cada declaración podría expresar contenido diferente y utilizar distintas palabras; y no se puede asegurar que el contenido de la interpretación y la frase sea irrelevante. De modo que la pureza del ingrediente es un nivel de abstracción muy elevado, reflejando lo expuesto por Russell (1986, citado en Stiles et al., 1994) acerca de la nulidad de los intentos positivistas para definir las técnicas psicoterapéuticas de forma independiente de sus contextos teóricos específicos.
3. Los ingredientes activos potenciales son conocidos y medibles o manipulables. Frente a esta consideración, la realidad es que los investigadores no pueden estar seguros de que aspectos como la gran

variedad de conductas verbales y no-verbales que se producen a lo largo de la sesión de psicoterapia entre sus participantes, sean simplemente matices de la comunicación sin efectos en el tratamiento.

4. Los ingredientes activos están incluidos en la conducta del terapeuta, respondiendo el cliente de una forma pasiva. Pero como se expone desde la “paradoja de la equivalencia”, terapeutas de diferentes escuelas que interactúan a través de conductas ampliamente diferentes obtienen resultados similares, lo que lleva a descartar el hallar relaciones entre conductas terapéuticas específicas y resultados
5. La curva de respuesta a la dosificación es ascendente y lineal en el rango de estudio. Es ingenuo considerar un modelo de “cuanto más tratamiento mejor resultado”, ya que existe la posibilidad de que se produzca una curva invertida y el tratamiento sea contraproducente.
6. La mejor forma de demostrar la eficacia del procedimiento es a través de una muestra clínica controlada. Tras lo comentado anteriormente es bastante irreal esperar que se pueda obtener una muestra clínica controlada en la que la única diferencia entre los grupos sea un componente de proceso individual. Para tratar de acomodarse a estas dificultades la investigación de proceso y resultado ha utilizado el diseño correlacional con paquetes de tratamiento en lugar de ingredientes individuales. No obstante, esto también ha llevado a problemas que van desde la dificultad de inferencia de causación desde los estudios de correlación, los resultados tempranos (en los que las medidas de mejora tomadas durante el tratamiento pueden ser el resultado, más que la causa, de la mejora del cliente), las dificultades para interpretar las correlaciones nulas. Como, por ejemplo, que el componente

del proceso no contribuye al resultado cuando puede ser un error relacionado con la gran amplitud de requerimientos que puede tener un cliente particular y la responsividad del terapeuta a estas necesidades.

El modelo de la asimilación adquiere su carácter de alternativa al poder diseccionar los resultados en cambios específicos en las ideas, actitudes o temas que el sujeto va desarrollando, de forma que se puede seguir el rastro a los mismos a lo largo de una serie de sesiones de psicoterapia (Stiles et al., 1994). De este modo, se evita la vaguedad y los problemas metodológicos de evaluar el cambio a largo plazo, facilitándose relacionar los cambios con procesos específicos que se producen en terapia.

1.6.1.4. Principios que guían el modelo de la asimilación.

El modelo de la asimilación deriva del trabajo conceptual de autores como Piaget con su concepto de esquema y el proceso de asimilación, Rogers, y otros, definiendo una secuencia sistemática de cambios en la experiencia durante el proceso de la psicoterapia (Caro et al., 2011; Stiles et al., 1990, 1991, 1994).

El modelo de asimilación de experiencias problemáticas se puede aplicar a diferentes escuelas de psicoterapia (Stiles et al., 1991). Esto es así porque, como exponen Stiles et al. (1990), el modelo de la asimilación trata de integrar y complementar las principales aproximaciones terapéuticas, siendo un modelo no prescriptivo, que intenta estudiar cómo se produce el cambio, sin entrar en cómo o con qué aproximación conseguirlo de forma más eficaz y rápida. Sin embargo, es cierto que la detallada descripción del proceso de cambio puede servir de ayuda a los terapeutas a conceptualizar su experiencia y, de ese modo, sugerir patrones de acción que mejoren la efectividad de ciertas intervenciones terapéuticas concretas (Barkham, Stiles, Hardy y Field, 1996).

En este sentido, Stiles et al. (1990) citan exponentes de psicoterapias diferentes que expresan cómo en las intervenciones psicológicas con éxito, se produce siempre algún tipo de asimilación de las experiencias problemáticas. Algunos de estos exponentes que nombran hacen referencia a trabajos de Frank, Kelly, Gendlin y Perls. En este sentido, se han realizado estudios donde se observa cómo diferentes acercamientos terapéuticos trabajan de forma más habitual en estadios diferentes de la escala, apoyando la asociación de la *asimilación* con buenos resultados terapéuticos (Barkham et al., 1996; Honos-Web, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998; Reynolds et al., 1996; Shapiro et al., 1992; Stiles, Shankland, Wright y Field, 1997; Stiles et al., 1995; Stiles, Barkham et al., 1992; Stiles, Meshot et al., 1992; Stiles et al., 1991, 1994).

A su vez, el modelo tiene un enfoque teórico en cuanto que parte de la creencia de que sólo se realizarán nuevos progresos en la ciencia si éstos se apoyan más profundamente en la teoría de cómo es posible el cambio para diferentes clientes, en diferentes momentos (Llewelyn y Hardy, 2001).

El modelo de la asimilación propone un *marco evolutivo* por el que debe pasar una persona para la resolución de una experiencia problemática. El cambio se logra, en la terapia, cuando la información y experiencias son asimiladas de forma completa dentro de los esquemas de un cliente, para lo cual éste ha de experimentar el paso por una serie de niveles que van desde el desconocimiento o rechazo de la experiencia hasta su integración en el esquema.

1.6.1.5. El modelo de la asimilación como aproximación cualitativa.

Como señalan Stiles et al. (1994), el modelo de la asimilación es una aproximación cualitativa al cambio que invoca metodología diferente de la utilizada en la investigación con muestras clínicas controladas o aproximaciones correlacionales

empleadas de forma habitual en la investigación de procesos-resultados. Algunas de las diferencias son:

1. Utilización de puntuaciones lingüísticas frente a resultados exclusivamente numéricos. Este punto hace referencia a que las puntuaciones en fases de cambio propuestas que surgen de la utilización de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (Assimilation of Problematic Experiences Scale; APES, véase más adelante) son una ayuda para transmitir cómo sucede el cambio, y no tanto una medida del mismo.
2. Uso de la empatía como una estrategia de acceso a los datos. El modelo requiere utilizar nuestra capacidad de enfatizar con la experiencia de la persona, en tanto que sus palabras son consideradas como muestras de las situaciones experimentadas por ella. Por ello, “precisa observar al cliente desde su interior, siendo las comprensiones empáticas de las experiencias que el sujeto aportan lo que constituye los datos a analizar” (Stiles et al., 1994, p. 60).
3. Acomodación a relaciones probablemente caóticas y no lineales entre las variables de interés. Las relaciones caóticas son debidas a los rápidos y pequeños efectos que tiene cualquier expresión, que es devuelta influenciando las frases y experiencias siguientes, lo que conlleva que el diálogo se mueva en direcciones impredecibles.

1.6.2. Principales conceptos del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

Los principales conceptos del modelo de la asimilación han ido evolucionando en el tiempo, de forma que se pueden encontrar dos formas de expresar el modelo a lo largo del tiempo. En los inicios del modelo, éste se fundamentaba en tres conceptos principales: la *experiencia problemática*, el *esquema*, y el *proceso complementario de*

asimilación y acomodación. Con el tiempo (Honos-Webb y Stiles, 1998; Stiles, 1999a, 1999b, 2001), el modelo asume el concepto de *voz*, el *esquema* perderá fuerza y será sustituido o asimilado como una *comunidad de voces*, y el proceso de acomodación y asimilación de la experiencia problemática en el esquema pasará a ser llamado *punte de significado*; caracterizándose éste por un diálogo empático entre las voces anteriormente separadas (Honos-Webb y Stiles, 1998).

En tanto hay pequeñas diferencias de matices, vamos a reflejar todos estos conceptos principales que forman, y han formado parte, de este modelo. Por buscar una coherencia temporal, vamos a situar los tres conceptos iniciales al principio y luego incluiremos los que se derivaron de la evolución del modelo con la introducción del concepto de voz (Honos-Webb y Stiles, 1998).

1. ***Experiencia problemática***: Una experiencia problemática es aquella que supone un desequilibrio en nuestra relación con el entorno, el cual nos presenta acontecimientos que no son compatibles con nuestra forma de pensar al no corresponder con la representación del mundo presente en nuestra conciencia. Si bien diariamente, podemos experimentar diferentes experiencias de este tipo, la experiencia problemática es representada erróneamente, negada o distorsionada; derivando en sentimientos y conductas desadaptativas (Stiles, Meshot et al., 1992). La experiencia problemática puede tomar la forma de percepción, intención, impulso, actitud, deseo, fantasía, o idea que genera un malestar psicológico cuando se hace consciente o nos impulsa a la acción (Stiles et al., 1990).

Es interesante tener en cuenta que una experiencia que no esté asimilada no ha de ser necesariamente problemática, y desde este modelo sólo se atienden aquellas experiencias no asimiladas que son problemáticas para el sujeto, sin

intentar dilucidar los orígenes de dichas experiencias.

2. **Esquema:** Es un concepto utilizado en sus inicios, antes de que se adoptase el concepto de voz. Para Stiles et al. (1990), hace referencia a un patrón familiar de ideas, una forma de pensamiento en las cuales las nuevas experiencias pueden asimilarse. El esquema incluye las creencias previas que determinan qué materiales se buscan y a cuáles se responde. Este concepto se ha utilizado en diversos contextos de la teoría cognitiva y del desarrollo (Piaget, Rumelhart y Norman, etc.) con una variación importante en cuanto a su significado, pero desde el modelo de la asimilación se utilizó de forma amplia e inclusiva de estos diferentes significados. De forma general, este término podía incorporar contenido mental y patrones de acción, ser una teoría muy organizada, una metáfora, un guion, una narración o una red poco organizada de asociaciones. Las ideas que conforman un esquema están asociadas y tienden a evocarse al utilizar frases o palabras que activan en la mente constelaciones de conceptos o recuerdos. Desde este punto de vista, un esquema debe aplicarse a la experiencia y conducta personal de una persona, y no quedarse en una construcción totalmente abstracta.

Con la inclusión del concepto de voz, el esquema quedaría circunscrito al de enlace que crea un puente de significado entre las distintas voces, pero esto se expresa en un concepto posterior.

3. **El proceso complementario de asimilación y acomodación.**

La Asimilación: Concepto adquirido de la Teoría del Desarrollo Cognitivo de Piaget (1962), es usado para reflejar el proceso que describe cómo una experiencia pasa a formar parte del sistema de asociaciones que conforma un esquema, o de la comunidad de voces dominante de un sujeto (tras la asunción

del concepto de voz). Frente a este proceso, las experiencias que no son asimiladas pueden ser descritas como difusas, rechazadas, evitadas o reprimidas hasta que pasan a ser asimiladas dentro de un esquema o comunidad de voces.

La Acomodación. Piaget planteaba que, de manera simultánea a la asimilación, se producía un proceso de *acomodación*. Este proceso haría referencia a los cambios que se tienen que producir en el esquema (o comunidad de voces) para que la voz problemática o no dominante pase a formar parte de la misma.

Desde el *modelo de la asimilación* estos dos procesos se producen de forma simultánea e inseparable durante la psicoterapia, por lo que se consideran una actividad conjunta que lleva a enfatizar el uso del término asimilación como foco de estudio.

Al concepto de acomodación no se le ha dado un gran énfasis, habiéndose entendido siempre como complementario al de la asimilación, por lo que se entendía incluido en ésta.

4. **Voz:** El término “voz” es utilizado de forma genérica, como una metáfora. De modo que puede abarcar los objetos de las teorías objetales y las relaciones, los arquetipos de Jung, los pensamientos automáticos de la teoría cognitiva, los roles recíprocos, etc. El concepto de voz aporta un elemento dialogal al modelo, en tanto que las voces pueden establecer diálogos entre sí, preguntarse, convencerse mutuamente, criticarse, e incluso modificarse en base a estos diálogos. Como señala Caro (2008) son las huellas dejadas por las experiencias que se pueden reactivar convirtiéndose en agentes activos que pueden ganar la capacidad de hablar y actuar.

5. **Comunidad de voces:** Las comunidades de voces dan forma al self y

representan las experiencias aceptadas o asimiladas, creando un marco de referencia (un *mapa*, desde el punto de vista de la Semántica General; Korzybski, 1933) que influye en cómo nos afectarán las experiencias futuras. Son constelaciones de huellas que están conformadas por diferentes voces que tienden a estar interrelacionadas y a formar *comunidades* (Stiles, Osatuke, Glick y Mackay, 2004).

6. ***Voz No Dominante (VND)***: Esta es la voz que expresa la experiencia problemática. Se contrapone a la comunidad de voces, o a una voz que la representa, entrando en conflicto con ella en tanto que su contenido es discordante con lo promulgado por dicha comunidad. Dependiendo del nivel en el que se encuentre una experiencia puede no llegar a manifestarse claramente, dando lugar a síntomas somáticos, quejas, etc. Dos ejemplos de expresiones de Voces No Dominantes (VND) son: “Me enfadé con mi madre” y “Me empiezo a poner nervioso sin saber por qué”.
7. ***Voz Dominante (VD)***: Es la forma habitual de sentir, pensar y actuar ante una determinada experiencia. La voz dominante se vuelve un recurso para afrontar, comprender, y dar sentido a nuestras experiencias, dentro de la comunidad de voces que conforman el sí mismo. Como ejemplos de VDs podríamos referirnos a la necesidad de algunas personas por controlar cualquier tipo de situación: “no puedo hacer las cosas si no estoy seguro de lo que va a pasar”, “sólo me implico en situaciones que puedo controlar”, etc.
8. ***El puente de significado***: Es un elemento fundamental y central para el proceso de asimilación y de cambio (Caro, 2008). Es el esquema que relaciona la voz anteriormente rechazada con la comunidad dominante de voces (Honos-Webb y Stiles, 1998), razón por la que Osatuke et al. (2007) considera que lograr este

puente de significado es uno de los objetivos centrales de la psicoterapia. Un ejemplo que podríamos utilizar, podría ser: “Mi hermano no lo hace tan bien como mi padre, pero sí lo suficientemente bien como para que con ayuda resulte aceptable y ser un puente entre yo y mi independencia”; mientras la VD expresa las carencias de su hermano, la VND le lleva a enfocar su atención en que es un medio para lograr algo mejor, la independencia.

9. ***El self dialogal:*** Es resultado de la asimilación, y refleja un self que responde de forma diferente a cada situación, en base a las voces que se activan en ellas. Está formado por comunidades de voces, que se encuentran en constante diálogo entre sí, que son un reflejo de las experiencias vividas. De esta forma, ante una situación concreta pueden activarse distintas comunidades de voces, que reflejan experiencias distintas, y que necesitan dialogar para dar una respuesta conjunta a dicha situación; sin que una de dichas comunidades tenga que ser considerada problemática.

1.6.3. El proceso del cambio en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

El modelo de la asimilación intenta estudiar el cambio en su conjunto, de forma independiente al contexto en el que éste pueda aparecer (Stiles et al., 1990).

En su desarrollo encontramos dos versiones, o casi se podría decir *ediciones*, diferentes, tal como acabamos de introducir. En la primera versión el concepto central era el de *esquema*, mientras que en la segunda el concepto de *voz* asumió el papel central, dando lugar a algunas matizaciones en el proceso. Por nuestra parte, vamos a intentar expresar ambas versiones y resaltar algunas diferencias.

1.6.3.1. Versión original del modelo de asimilación.

En sus inicios, el modelo ofrecía una conceptualización de los resultados de las

sesiones de psicoterapia, focalizada en un tema concreto más que en la persona en su totalidad. La asimilación se atendía en una pequeña escala de fenómenos estudiados, de forma apropiada, a través de técnicas micro-analíticas (Stiles et al., 1991).

La asimilación de las experiencias problemáticas se entendía como un proceso de cambio por el que una experiencia problemática seguía una serie de niveles predecibles en su proceso de asimilación dentro de un esquema. Estos niveles se articulan en la Escala de Asimilación de Experiencias problemáticas (APES). Los vamos a enumerar antes de exponerlos con mayor amplitud en este y posteriores apartados. Los niveles son: 0. Supresión/ Disociación, 1. Pensamientos no deseados, 2. Surgimiento/ Reconocimiento vago, 3. Clarificación/ Enunciado del problema, 4. Comprensión/ Insight, 5. Aplicación/ Elaboración, 6. Solución del problema y 7. Dominio/ Maestría. El punto de partida son las experiencias, que son la materia prima de nuestros procesos mentales. Las experiencias que no concuerdan con las que conforman nuestro esquema se experimentan como amenazantes y dan lugar a las experiencias problemáticas, las cuales han de pasar por una serie de transformaciones dentro del proceso de asimilación-acomodación que se produce a lo largo de una intervención terapéutica, en su proceso hacia la integración en el esquema. La experiencia problemática, como ya se ha dicho anteriormente, puede ser cualquier información, objeto, etc., que suscite la suficiente disonancia cognitiva como para que una comunidad de voces se active ante ella y requiera emprender acciones para acomodarse y asimilarla en base al proceso expuesto por Piaget.

Estos niveles empezaban por el rechazo, la toma de conciencia de estas experiencias a través de pensamientos no deseados, para volverse lo suficientemente claras como para reconocerlas y llegar enunciarlas como un problema, de ahí seguirían evolucionando hasta alcanzar un Insight o comprensión del problema, generando

cambios adaptativos para, finalmente, ser integradas y formar parte de la forma de enfrentar los desafíos de la vida diaria. Durante esos diferentes niveles, la experiencia pasaría de no estar asimilada, a estarlo parcialmente, para posteriormente asimilarse y convertirse en un recurso que se podría aplicar en la vida diaria.

En este modelo también se reflejaba que, mientras la experiencia problemática pasa por estos niveles, el sujeto experimenta una serie de reacciones emocionales que van desde sentirse inicialmente indiferente y ajeno al problema hasta sentirlo como extremadamente doloroso, pasando luego a sentirlo como problemático, y cada vez menos angustioso, y simplemente confuso. Más adelante la reacción emocional es de comprensión, para finalmente pasar a aplicar y trabajar posibles soluciones hasta llegar a dominar la experiencia con confianza.

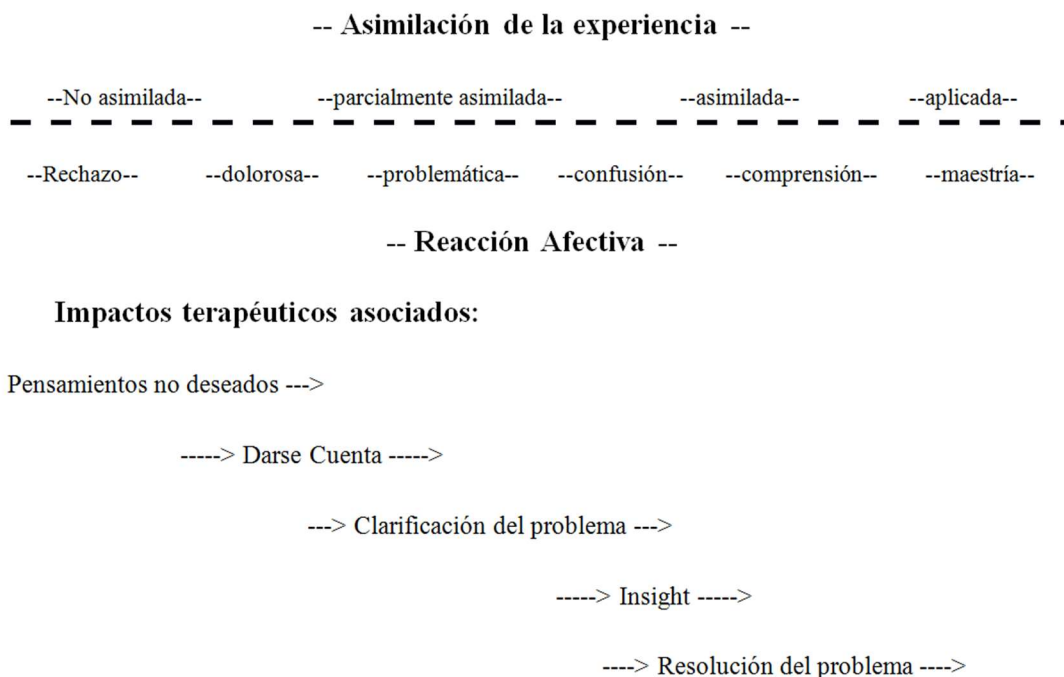


Figura. 1.2. Continuo de la asimilación de experiencias problemáticas reacciones afectivas e impactos terapéuticos asociados (Stiles et al., 1990).

El modelo no implica la existencia de una forma más adecuada que otra de estructurar la experiencia personal en los esquemas. Si bien es cierto que pueden existir

esquemas más adecuados que otros por cuanto producen mayor o menor malestar. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que las diferentes aproximaciones terapéuticas implican diferentes aproximaciones al concepto de esquema y de su construcción, que pueden tener efectos importantes en los resultados que consiguen los sujetos (como se verá más adelante, por ejemplo, al hablar de los retrocesos).

Con la intervención terapéutica se pueden observar una serie de respuestas que son el resultado de la misma. Estos impactos que aparecen en niveles diferentes del continuo de la asimilación de la experiencia problemática fueron ya descritos por Elliott (1985) y Elliott, James, Reimschuessel, Cislo y Sack. (1985), y se relacionan con un aumento de la asimilación. Así, la aparición de pensamientos no deseados, una toma de conciencia del problema, su enunciado, una comprensión del mismo, y/o su resolución, son indicadores de estos impactos.

En la figura 1.3, podemos observar algunos aspectos importantes del proceso de la asimilación. Las curvas representan un hipotético nivel de saliencia de la experiencia problemática de un sujeto y su impacto emocional. En la parte inferior vemos los diferentes niveles de asimilación contemplados en la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES), que se detallará más adelante. Un número más alto corresponde con un mayor nivel de asimilación. La curva de la *atención* representa la experiencia problemática y señala cómo ésta se incrementa hasta aproximadamente el nivel 3-4, decreciendo a partir de éste. Por su parte, el impacto emocional es más negativo en el nivel 2, cuando el sujeto empieza a reconocer la presencia de una experiencia problemática. Posteriormente el impacto se va reduciendo y a partir del nivel 4 se va convirtiendo en positivo según va comprendiendo lo que le sucede e implementando soluciones.

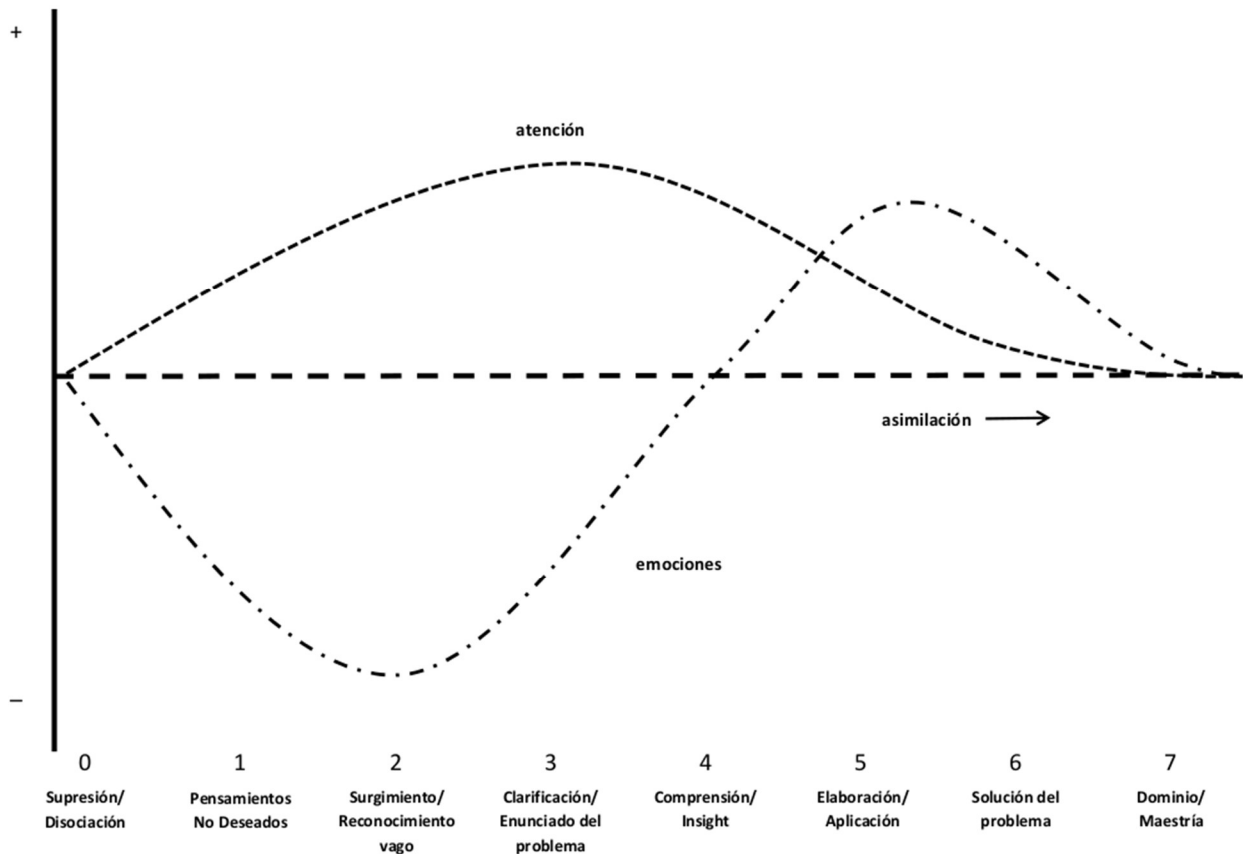


Figura 1.3. Diagrama de relaciones teóricas entre la asimilación, el estado emocional, el foco de atención y el progreso terapéutico (Stiles, et al., 1991).

1.6.3.2. Reformulación del modelo de la asimilación.

En 1998, Honos-Web y Stiles (1998) propusieron una reformulación del análisis de la asimilación en términos de voces cuyas diferencias principales son las siguientes:

1. El significado de *esquema* ha cambiado. En la formulación original (Stiles et al., 1990) no se distinguía entre la comunidad de voces establecida (el self) y las estructuras cognitivas (actitudes, creencias, conceptos) utilizadas para mantener unida la comunidad y establecer relaciones con la experiencia problemática. En la reformulación (Honos-Web y Stiles, 1998) el término *esquema* toma la denominación de *punto de significado*, que es el puente/enlace que se construye entre la voz dominante y la voz no dominante, el cual les permite entenderse y establecer enlaces que

mantienen unida la comunidad.

2. Desde la conceptualización original del modelo de la asimilación se tenía una perspectiva multifacetada del self, que en base a la naturaleza de la situación que tenía que atender utilizaba uno u otro esquema, y las experiencias problemáticas eran asimiladas en unos u otros esquemas. La reformulación planteaba que el self es multivocal, con diferentes voces con sus propios puntos de vista, deseos, motivaciones, emociones y memorias. Cada una de estas voces es concebida como un individuo que puede ser dirigido, interrogado, convencido, criticado, ridiculizado e incluso cambiado a través de la conversación. Por todo ello, la experiencia problemática y el esquema del modelo original se transforman en elementos agentes reflejados por una Voz No Dominante y una Voz Dominante, que tienen todas las características y capacidades reflejadas anteriormente; y el proceso de asimilación representa la emergencia y aceptación de una voz dentro de la comunidad de voces que es el self. Como señalan Honos-Web y Stiles (1998), la reformulación sugiere que la asimilación puede entenderse como un proceso de facilitación del diálogo entre partes del self diferenciadas, más que como una incorporación a un esquema más amplio y consistente.
3. El significado del término asimilación también se ha visto modificado. Originalmente, al considerar el self como más estático, la asimilación estaba impregnada de un matiz de incorporación o de crear algo ya existente. El material no deseado se entendía que se iba convirtiendo en una parte aceptable de una amplia y gran unicidad. Con la nueva reformulación, en tanto que el self se concibe como algo múltiple, la

asimilación adquiere el significado de establecimiento de un diálogo y relaciones con partes previamente no deseadas por parte del self, mientras que cada punto de vista sigue manteniendo su carácter único. De este modo, tras ser asimiladas, las voces se mantienen diferenciadas y capaces de expresarse cuando las experiencias lo requieran.

La incorporación del concepto de voz (Honos-Web y Stiles, 1998; Stiles, 1999a, 1999b), como metáfora que expresa el principio teórico de que las huellas de las experiencias pasadas se vuelven con una actitud activa en las personas a través de la capacidad del diálogo, aportó una distinción muy clara entre el modelo previo y su evolución.

Desde la reformulación del modelo de la asimilación, el proceso de la asimilación quedaría explicado de la siguiente forma:

0. En un nivel más bajo (nivel 0), véase Figura 1.3, existe una ausencia de conciencia acerca de la existencia de una experiencia problemática, bien por una efectiva supresión o por la falta de emergencia o aparición de pensamientos asociados al malestar. En tanto que en este nivel el sujeto no es consciente de ninguna situación problemática la Voz No Dominante (VND) no se expresa a través del lenguaje. Como se comentó anteriormente, una experiencia no asimilada no ha de derivar necesariamente en una experiencia problemática. Aunque, si tenemos una experiencia problemática sobre la que se realiza una supresión con éxito, ésta se lleva a cabo a nivel cognitivo y el sujeto podría percibir sintomatología psicósomática que estaría señalando la existencia de un problema, aunque la Voz Dominante (VD) únicamente haría referencia a esta sintomatología sin conectarla con ninguna experiencia.
1. En su proceso de asimilación, la experiencia no deseada puede ir abriéndose

paso hasta el nivel de conciencia, pero la comunidad de voces que estaba suprimiéndola o evitándola sigue ejerciendo tanta presión que la VND sólo puede expresarse a través de pensamientos no deseados (nivel 1) que emergen para rápidamente ser silenciados o ignorados por la Voz Dominante (VD) que expresa el punto de vista de la comunidad de voces dominante. En este nivel, la VND puede no ser evidente y en ocasiones puede apreciarse una respuesta de la VD a lo que podría ser un intento de la VND de ganar capacidad de expresión; puede darse el caso de que la VD se exprese de forma muy taxativa no dejando lugar a otros puntos de vista, siendo la misma forma de expresión la que indica que la VND está avanzando en llegar a la conciencia (véase figura 1.3).

2. En su avance hacia una mayor expresión del problema, la VND puede alcanzar un mayor nivel de conciencia donde el enfrentamiento entre la VND y la VD es mayor. Esto conlleva un aumento importante del sufrimiento del sujeto por la experiencia (nivel 2). El conflicto se vuelve patente y hay un enfrentamiento entre las voces contrapuestas. La VND puede no llegar a expresarse de forma muy evidente, pero suscita una respuesta clara y directa por parte de la VD que va acompañada de un gran sufrimiento.
3. Siguiendo el proceso de acomodación entre las voces, la VND alcanza un nivel en el que puede llegar a expresar su contenido, estableciendo un intercambio con la VD que deriva en el enunciado del problema (nivel 3). En esta fase el intercambio puede llegar a ser un cierto diálogo entre las voces, pero en ocasiones únicamente es la expresión de un contenido o necesidad y la respuesta por parte de la VD que sigue queriendo hacer valer su posición sobre la situación. En esta etapa podría observarse una ralentización en el proceso de

asimilación, en aquellas personas que presentan un sesgo de evitación del malestar, ya que el afecto negativo (sufrimiento) presente desde el nivel 2 descende en su intensidad y algunas personas podrían sentirse en una especie de *zona de confort* que no moviliza a la VD hacia una resolución de la experiencia problemática.

4. Si ambas voces siguen trabajando en establecer un diálogo que permita una mayor acomodación entre ellas, y la asimilación de la experiencia problemática en la comunidad de voces, alcanzamos el siguiente paso donde se empieza a observar que ambas voces vislumbran posturas conjuntas que les aporta cierta comprensión sobre el problema (nivel 4). Estas posturas aparecen en forma de *Insights/Comprensiones*, que reflejan un acercamiento de la VD hacia la VND, que pasa a ser comprendida. Estos Insights establecen *puentes de significado* entre ambas voces, que potencian el proceso de acomodación entre ellas. De alguna manera, la VD, y la comunidad de voces que la respalda, aprecia el valor de lo que aporta la VND y empieza a enfocarse en incluirla como algo importante, y ya no pretende su rechazo.
5. La creación de los puentes de significados y el intento de integrar aquello que aporta la VND hace que ambas empiecen a focalizarse en cómo se puede enriquecer la comunidad de voces. De este modo, ambas voces se expresan y buscan alternativas para superar el problema de forma conjunta, trabajando y elaborando pautas de acción, alternativas de pensamiento, etc. (nivel 5). Aunque en este nivel todavía no se ha resuelto el problema, el nivel afectivo es positivo, negociador y optimista.
6. Finalmente, tras el trabajo realizado de forma conjunta por ambas voces para encontrar formas de superar el problema, ambas pueden llegar al nivel donde

éste deja de ser un problema (nivel 6), ya que el sujeto considera haber alcanzado una resolución satisfactoria, experimentando cierto orgullo por lo logrado.

7. El modelo, no obstante, propone un nivel más del modelo de asimilación en el que ante situaciones similares la comunidad de voces participa utilizando las soluciones anteriormente elaboradas, de forma que el aprendizaje se generaliza más allá de la situación concreta que generó el problema (nivel 7).

Hay que señalar que son pocos los casos dónde se ha alcanzado este último nivel, destacando el expuesto por Caro (2011), donde el sujeto no reacciona ante una situación similar a la que, anteriormente, había sido problemática.

1.6.3.3. Construcción del self y asimilación.

Considerar el self como una comunidad formada por múltiples voces conlleva cambios en el significado de la palabra asimilación. Hermans y Kempen (1993) ampliaron la noción de voces al sugerir que el self es principalmente dialogal, señalando que las voces dentro del self se relacionan a través del diálogo. De este modo, frente a una conceptualización de los objetos internos como estáticos, dieron paso a un planteamiento de voces del self que funcionan como individuos.

El self sería una comunidad de voces, o comunidad de sí mismos, lo que estaría alineado con las construcciones teóricas postmodernas de un self dependiente del contexto, cambiante y múltiple (Hermans, Kempen y van Loon, 1992), y este self sería el resultado de la asimilación en tanto que, en el desarrollo de este proceso, una persona se mueve desde una experiencia única del self hacia un self compuesto de múltiples caracteres. De este modo, el self se construye en contacto con la realidad del entorno, produciéndose los aprendizajes en la interacción continua de las voces que componen la comunidad de voces que pueden establecer diálogos entre sí, preguntarse,

convencerse mutuamente, criticarse, e incluso modificarse. Todo ello conlleva que unos aprendizajes se asienten sobre otros, sin una programación que dé orden y estructure la identidad, lo que en ocasiones deriva en que los factores que los puedan relacionar estén vinculados, por ejemplo, con aspectos o factores temporales, o emocionales.

La conceptualización de la asimilación con la reformulación de las voces (Honos-Web y Stiles, 1998) subraya la importancia de investigar la diferencia entre una fragmentación patológica del self y una saludable comunidad multivocal. Las múltiples voces que conforman el self han sido vistas tanto como una forma de psicopatología como un movimiento hacia la salud psíquica. Por su parte, el modelo sugiere un continuo de relaciones entre las voces, desde la fragmentación hasta la integración en base a la fuerza del puente de significado creado entre ellas.

1.6.3.4. Escala de Asimilación de las Experiencias Problemáticas (APES).

Aunque ya hemos hablado anteriormente de ella, conviene recordar que la *Escala de la Asimilación de las Experiencias problemáticas* (APES) (Stiles et al., 1991) se desarrolló desde los inicios del modelo de la asimilación, siendo esbozada en Stiles et al. (1991). Sus inicios aparecieron en Stiles et al. (1987), partiendo del listado de impactos terapéuticos inmediatos de Elliott, el cual a su vez derivaba de las descripciones que realizaron los clientes de una investigación en cuanto a los sucesos terapéuticos que les habían sido útiles o inútiles dentro de las sesiones terapéuticas (Elliott, 1985). Estos sucesos se ordenaron según el modelo de la asimilación. La escala se corresponde con los 8 niveles del proceso de asimilación. Por otro lado, aplicar la APES no conlleva asumir que cada tema o asunto tenga que empezar en el nivel 0 ya que cualquier cliente puede acudir a tratamiento terapéutico con un problema en cualquiera de los niveles, aunque es muy improbable que acuda con un problema

en los últimos niveles. En el cuadro 1.10 podemos ver cada uno de niveles definidos, que se ha ido completando desde la escala inicial (Stiles et al., 1990) en base a las aportaciones de los diferentes estudios.

La *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* consta de 7 niveles, numerados de 0 a 7, que reflejan el paso de la voz problemática a lo largo del proceso de cambio, en cuanto a asimilación.

La escala APES valora tanto aspectos cognitivos, afectivos, como conductuales al asignar una puntuación de 0 a 7 en la escala, permitiéndose puntuaciones intermedias como, por ejemplo: 5.5, 4.3, que muestran el movimiento más preciso entre los niveles de la Escala. Cuando una persona acude a terapia presenta una experiencia problemática que puede encontrarse en cualquier nivel de la escala, reflejando el punto del proceso de asimilación en el que se encuentra en ese momento. En cualquier caso, estas puntuaciones no son una puntuación objetiva, sino una ayuda para realizar una interpretación y construcción precisa del proceso de asimilación que se está produciendo. Esto es así porque las puntuaciones APES no son una medida de cambio independiente, sino que se utilizan para transmitir una impresión de cómo éste se está llevando a cabo. Así, cada cambio es comprendido en su contexto particular, forzando nuestra atención hacia aquellas intervenciones que han sido responsivas con el estado presente del cliente, y que de ese modo han facilitado su reacción.

También conviene resaltar que para el estudio de la asimilación se han tenido en cuenta, al seleccionar los sujetos de referencia para los estudios, que estos mostraran cambios importantes en las medidas de evaluación (Stiles et al., 1994); lo que, en cierta forma, ha garantizado una mejor visualización del paso de las experiencias problemáticas a través del proceso de asimilación.

- 0 **Supresión/ Disociación.** El contenido no está formado; el cliente no es consciente del problema: La voz problemática está en silencio. Una experiencia se considera suprimida si hay evidencia de elementos que implican una actividad emocional molesta (p.ej., cambiando inmediatamente el argumento propuesto por el terapeuta). El afecto implicado puede ser mínimo por efecto de una supresión realizada con éxito. El afecto es negativo, vago (especialmente ansiedad) está asociado con niveles de 0.1 a 0.9.
- 1 **Pensamientos no deseados.** El contenido refleja la emergencia de pensamientos asociados con malestar. El cliente prefiere no pensar acerca de la experiencia. Las voces problemáticas emergen en respuesta a las intervenciones del terapeuta o circunstancias externas, y son suprimidas o evitadas. El afecto, en ocasiones más destacado que el contenido, contiene sensaciones negativas, ansiedad, miedo, angustia, tristeza; aunque las sensaciones no están definidas, y su conexión con el contenido no está clara. Los niveles 1.1 a 1.9 reflejan aumento del efecto negativo y menor éxito en la supresión.
- 2 **Emergencia/ Reconocimiento vago.** El cliente conoce la existencia de una experiencia problemática, y describe que lleva asociados pensamientos no deseados, pero no puede formular el problema de manera clara. La voz problemática emerge de forma sustancial en la conciencia. El afecto incluye intenso dolor psicológico o pánico claramente asociado con los pensamientos y experiencias problemáticas. Los niveles 2.1 a 2.9 reflejan un claro incremento de la expresión de las voces problemáticas y una disminución en la intensidad y vaguedad del afecto.
- 3 **Clarificación/ Enunciar el problema.** El contenido incluye un claro enunciado del problema, en ocasiones algo sobre lo que se está o se podría estar trabajando. Las voces opuestas están diferenciadas y pueden hablar entre sí. El afecto es negativo pero manejable, no genera pánico. Los niveles de 3.1 a 3.9 reflejan activación, centrada en trabajar hacia la comprensión de la experiencia problemática o la negociación entre las voces opuestas
- 4 **Comprensión/ Insight.** La experiencia problemática es expresada y comprendida en alguna medida. Cada Voz alcanza cierta comprensión de la/s otra/s (creando un *punto de significado*). El afecto puede ser mixto, reconociendo algunas molestias, pero con curiosidad e incluso placer por la aparición de situaciones con pequeñas sorpresas. Los niveles 4.1 a 4.9 reflejan un progresivo aumento de la claridad o del afecto positivo (o disminución del negativo).
- 5 **Aplicación/ Elaboración.** La comprensión es empleada en trabajar sobre el problema; esto da lugar a esfuerzos dirigidos hacia la solución del problema, aunque sin un éxito completo. El cliente se describe considerando alternativas o tomando cursos de acción elegidos de forma sistemática. El tono afectivo es positivo, serio, directo, optimista. Los niveles 5.1 a 5.9 reflejan un progreso tangible hacia la solución de los problemas de la vida diaria.
- 6 **Solución del problema.** El cliente consigue una solución adecuada para su problema específico, representada por la integración flexible de las múltiples voces. El afecto es positivo, de satisfacción, orgulloso de sus logros. Los niveles 6.1 a 6.9 refleja la generalización de la solución a otros problemas y la construcción de las soluciones en los patrones de conducta habituales o usuales.
- 7 **Dominio/ Maestría.** El cliente usa con éxito las soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es automática, normal. El afecto es positivo, distinto y neutral cuando se expone el asunto problemático (p.ej., no tiene capacidad para producir ninguna activación emocional). El cliente generaliza las soluciones de manera automática. Las voces están integradas, siendo útiles como recursos en las nuevas situaciones. Las transiciones entre las voces son suaves.

Cuadro 1.10. Escala de asimilación de experiencias problemáticas (APES).

Fuente: a partir de 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

1.6.4. El análisis de la asimilación.

El análisis de la asimilación requiere, normalmente, grabaciones en audio o video, transcripciones de las sesiones terapéuticas, narraciones, entrevistas, etc. de una misma persona. En cualquier caso, el análisis de la asimilación utiliza cualquier material informativo que esté disponible.

Como señalan Stiles y Osatuke (2000), no hay una fórmula estricta acerca de cómo hacer el análisis de la asimilación, pero suele ser útil pensar en 4 pasos, los 3 últimos de los cuáles harían referencia al estudio de un tema concreto. Además, es posible y deseable repetirlos para analizar temas adicionales y considerar la relación entre ellos.

Los pasos planteados serían los siguientes:

Paso 1. Familiarización e indexación. Es el paso más laborioso, e implica familiarizarse de forma completa con el material y elaborar notas sistemáticas que puedan utilizarse para localizar los fragmentos centrados en temas de interés concretos.

Requiere asociar las características de cada pasaje o hecho con alguna señal para su localización en el material original. Para su identificación se pueden utilizar recursos auditivos (detalles de matices en las voces, etc.).

El objetivo es obtener un catálogo donde *cada aspecto o acción* del cliente esté listada e indexada. Los aspectos han de definirse como actitudes o acciones hacia un objeto, entendiendo actitudes como una creencia, emoción, evaluación o acción. P. ej. “‘no me gusta’ (actitud), lo que me dice ‘mi pareja’ (objeto)”.

Sugerencias en este paso:

1. Tratar de incluir las palabras clave o frases distintivas usadas por el cliente.

2. Mantenerse en el material expresado por el cliente, evitar inferencias o interpretaciones.
3. Cuando el sujeto está describiendo las acciones o emociones de otras personas puede ser útil incluir un nombre al declarar la actitud.
4. Incluir las expresiones no verbales (llantos, risas,...).
5. En grabaciones de video o audio, señalar las características vocales y los gestos y expresiones faciales característicos.
6. En algunos casos se pueden utilizar descripciones de acciones no verbales.
7. La catalogación no es una clasificación formal, por lo que la precisión puede no ser precisa ni exhaustiva. Lo único que se pretende es asegurar que el investigador se ha expuesto al material y que puede encontrar fragmentos de interés en el mismo.

Paso 2. Identificando y seleccionando un Tema o Voz. El objetivo de esta fase es seleccionar un tema concreto, experiencia problemática, o voz, para el análisis. Para ello, puede centrarse en un tema que haya sido central e importante durante la terapia, un tema con un gran progreso terapéutico, un tema sobre el que se ha hecho poco o ningún progreso terapéutico, o un tema que trata un tema de particular interés.

Las estrategias para identificar los temas o experiencias problemáticas son:

1. Con frecuencia la familiarización vuelve obvios los temas principales.
2. En terapias verbales en adultos con buenos resultados, los temas pueden seleccionarse encontrando momentos de *Insight* a lo largo de la terapia.

3. Buscar temas, actitudes u objetos que se repitan con frecuencia.

Las voces pueden diferir entre sí en cuatro áreas:

1. Características vocales, que incluyen aspectos de diferentes niveles acústicos, fonéticos y prosódicos.
2. Características afectivas, que reflejan emociones que pueden ser percibidas por un oyente neutral.
3. Contenidos del habla examinados en un nivel general.
4. Elementos desencadenantes, o contenidos que preceden a la expresión del habla, o cualquier otra característica contextual que se repite justo antes de que el cliente inicie su declaración con una voz distinta.

Paso 3. Extracción de fragmentos. La meta es recoger un conjunto de fragmentos que tratan sobre un tema concreto, una experiencia problemática, o una voz. Para este paso el índice elaborado en el paso 1 se vuelve muy útil, aunque este paso requiere volver a leer o escuchar los pasajes en su contexto y juzgar cuál de ellos se corresponde con el tema tratado.

Paso 4. Descripción del Proceso de Asimilación. Con este paso se elabora y revisa la descripción teórica de la asimilación, en base a lo que sucede con la experiencia problemática. Para ello puede ser útil clasificar los fragmentos extraídos en el paso 3 en base a los niveles mostrados en la APES. Se trata de describir cambios (o su ausencia) en la experiencia problemática, en base a referencias a la secuencia teórica.

1.6.5. El proceso dentado de la asimilación de experiencias problemáticas.

Como ya se ha comentado, el modelo de asimilación propone una serie de niveles

a través de los que pasa una experiencia problemática de una persona hasta su resolución. Si bien desde esta visión se sugirió inicialmente que el proceso es lineal (Stiles et al., 1990), los resultados de la investigación mostraron que esta transición de las experiencias problemáticas no seguía un desarrollo tan lineal, pudiendo observarse desde enlentecimientos, a interrupciones e inversiones del mismo (Barkham, Stiles y Shapiro, 1993). De hecho, se observó que al analizar terapias de carácter experiencial este tránsito de la experiencia problemática hacia la asimilación era más lineal que cuando se utilizaban técnicas cognitivas o conductuales, donde se observaba un patrón más irregular que se denominó de “dientes de sierra” (Stiles 2001, 2005, Osatuke et al., 2005; Caro, 2006a, 2006b, 2008, 2009; Caro y Stiles, 2009, 2013).

Como señalan Caro y Stiles (2013, p. 1) estos retrocesos, señalados en las diversas publicaciones, suponen un problema teórico, en tanto que “si las etapas ocurren regularmente con un orden inverso, o azaroso, entonces no serían realmente etapas evolutivas”.

Un retroceso puede definirse, siguiendo a Caro y Stiles (2013) como cualquier movimiento (igual o mayor a 1) producido desde un nivel de la APES hacia otro nivel inferior de la misma escala. Evidentemente, si el cambio de nivel se produce entre niveles contiguos (p.ej., de un nivel 4 - Insight a un nivel 3 – Clarificación) éste es menor que si se produce entre niveles más alejados (p.ej., de un nivel 4 – Insight a un nivel 1 – Pensamientos no deseados).

La primera lista de posibles razones que justificasen estos retrocesos contenía 9 elementos (Stiles, 2005):

1. *Imprecisión, o inexactitud, de la medida.* Como un retroceso es el movimiento en la asimilación de una experiencia problemática, medida a través de la APES, un error en la calificación podría dar lugar a la presencia de un

retroceso. Debido a la naturaleza de las calificaciones APES, este es un problema que hay que asumir. Es decir, se produce en cierta cantidad de retrocesos, aunque no podemos tener la seguridad de en cuáles.

2. *Múltiples ramificaciones o líneas de un problema.* Una experiencia problemática podría estar compuesta de múltiples voces agrupadas en diferentes grados. Los retrocesos reflejarían cambios en alguna de las ramificaciones que componen la experiencia problemática.
3. *Múltiples perspectivas internas sobre un problema.* Diferentes voces dominantes, que conforman la comunidad de voces, podrían tener algún tipo de relación con la experiencia problemática. De esta forma, los retrocesos indicarían cambios en la posición que se expresa de dicha comunidad, que aportaría sus matices sobre el contenido de la experiencia problemática; con sus diversos grados de asimilación según la voz que se encuentre activada.
4. *Interferencia del progreso en otros problemas.* Dado que las voces y temas de un cliente convergen entre sí, la resolución de una experiencia problemática puede interferir en la resolución en otra. Un ejemplo, lo podemos encontrar en el caso de Vicky (Knobloch, Endres, Stiles y Silberschatz, 2001), en donde el aumento de su libertad en un área personal interfirió en la resolución de su relación con su madre.
5. *Interferencia de sucesos de la vida diaria.* Las situaciones difíciles que pueden plantearse de forma inesperada, en la vida de una persona, pueden interferir en el proceso de asimilación de sus experiencias problemáticas. Un ejemplo lo tenemos en el caso de María (Caro, 2006a, 2006b). El progreso en la asimilación que se vio en María se interrumpió por tener que hacerse cargo de un familiar con tendencias suicidas.

6. *Trabajo en la zona de desarrollo próximo (ZPD)*. Desde el modelo de asimilación podemos considerar que el concepto de Vygotsky de *zona de desarrollo próximo* abarcaría desde el nivel actual de un cliente y el nivel que podría alcanzar en colaboración con un terapeuta. Hay que tener en cuenta que la interacción entre cliente y terapeuta se realiza en un entorno donde el terapeuta favorece la transición de la experiencia problemática del cliente a través del continuo de la asimilación. Según la orientación del terapeuta, la transición puede ser más o menos suave o abrupta, en tanto que sus esfuerzos se centran más en acompañar al cliente en la evolución de esa experiencia problemática, o en guiarle de forma más activa. De este modo, en terapias cognitivas (Osatuke et al., 2005) se ha observado de forma más clara este patrón de dientes de sierra, resultado de los esfuerzos activos del terapeuta para guiar al cliente en su proceso de asimilación. Caro y Stiles (2013) han expuesto una serie de criterios para valorar los retrocesos en la zona de desarrollo próximo. Además, podemos considerar como un error terapéutico a resolver que cliente y terapeuta no estén en la misma zona de desarrollo próximo, es decir, que el terapeuta presione al cliente hacia cambios, o aspectos terapéuticos para los que no está preparado (Stiles, Caro y Ribeiro, 2016).
7. *La metáfora de la balanza* (Caro, 2005). Los retrocesos pueden reflejar la focalización de la atención, por parte de los terapeutas, en material relativamente asimilado. Estas acciones terapéuticas podrían buscar fomentar la reestructuración cognitiva y los cambios lingüísticos, así como equilibrar los logros con otros desafíos (Caro, 2003a) al centrarse en el pensamiento negativo o en evaluaciones erróneas (término semántico general que

incorpora el pensamiento y el sentimiento). Caro y Stiles (2013) han elaborado una serie de criterios acerca de los retrocesos en la metáfora de la balanza. En la actualidad (Caro, Stiles y Pérez, 2016) la metáfora de la balanza se denomina la “estrategia de la balanza” y sigue manteniendo la misma conceptualización.

8. *Pérdida de memoria (olvido)*. En tanto que la asimilación es un aprendizaje, si éste no se retiene o se pierde, el avance en la APES no se mantendría. Puede ser el caso de sesiones en las que se trabajen algunos aspectos que no llamen tanto la atención al sujeto y que no se retengan en la memoria del sujeto. También podría ser el caso cuando se tratase con personas cuyo funcionamiento neurológico estuviera deteriorado. P.ej. clientes con enfermedad de Alzheimer, o que han sufrido un traumatismo, abuso de drogas, etc.
9. *Limitaciones de la teoría*. La presencia de retrocesos podría ser coherente con la presencia de inexactitudes en la descripción actual de la secuencia de desarrollo del modelo de asimilación. Llevado al extremo, podría derivar en que la teoría estuviera completamente equivocada, y que el progreso terapéutico pudiera no seguir una secuencia predecible.

Caro y Stiles (2013) señalan que las 2 principales categorías son “exceder la Zona de Desarrollo Próximo” y la “Metáfora/ Estrategia de la Balanza”. A estas dos categorías principales, hay que añadir una tercera: “Cambios espontáneos”.

10. *Cambio espontáneo*. Esta categoría abarca retrocesos en los cuales los sujetos cambian de línea por razones que no se pueden atribuir directamente a la actividad del terapeuta, si bien sí que surgen como parte de la actividad terapéutica. Es una categoría residual de retrocesos en la cual se incluyen

retrocesos que no son atribuibles a la *zona de desarrollo próximo* o a la *metáfora/ estrategia de la balanza*, siendo sus criterios los siguientes:

1. Expresan una sub-voz que es enunciada por el cliente, y que está relacionada con su comunidad de voces.
2. Estas sub-vozes deben estar relacionadas con la experiencia problemática principal.
3. Los cambios espontáneos se toman como retrocesos en los cuales el cliente se centra en una sub-voz, o una voz, sin ayuda del terapeuta.
4. Los cambios espontáneos muestran al cliente trabajando en un problema, cambiando entre las diversas líneas o ramificaciones, pero no con la intención de protegerse de la exploración o focalización en un tema específico en base a las directrices del terapeuta.

1.6.6. Principales resultados obtenidos con el modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

Aunque algunos de los resultados obtenidos se han ido exponiendo a lo largo de este apartado que trata sobre el modelo de asimilación, es interesante hacer un breve resumen de los mismos desde su aparición a inicios de los años 90.

En *primer lugar*, hay que considerar como el principal resultado el propio desarrollo del modelo, el cual describe el proceso de cambio psicológico, en cuanto a asimilación, a través de una serie de diferentes niveles.

El modelo de la asimilación

- señala elementos específicos del proceso terapéutico empíricamente identificables dentro del discurso terapéutico (Stiles et al., 1990),
- permite estudiar el proceso de asimilación de forma directa, y
- permite inferir la asimilación de una experiencia problemática a través de

la evaluación de lo expresado por el sujeto en diferentes momentos temporales.

En *segundo lugar*, el modelo resalta la relación que se establece entre el proceso de asimilación de una experiencia terapéutica y el cambio terapéutico (Caro, 2011; Stiles, 2002). En una comparación de la asimilación de experiencias problemáticas, realizada por Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles. (2006), se observó que altos grados de asimilación se relacionaban con una disminución de la intensidad de la sintomatología depresiva, de la que se beneficiaron los clientes que alcanzaron un nivel 4, de *Insight*, frente a los que no lo alcanzaron.

En *tercer lugar*, los estudios del modelo de la asimilación han permitido definir de forma más clara las zonas de trabajo en las que se focalizan diferentes tratamientos terapéuticos (Caro, 2011; Stiles et al., 1991, 1992; Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy y Stiles, 1992); así como definir el tipo de respuesta de los clientes a un tipo, u otro, de tratamiento en función del nivel APES en el que se encuentra su problema (Stiles, 2001, 2002).

En base a ello, Barkham et al. (1996) plantean que el modelo podría contribuir a la toma de decisiones terapéuticas en dos niveles:

- A un *nivel estratégico*, se sugieren dos amplios espectros terapéuticos (el psicodinámico, interpersonal y experiencial, frente al cognitivo-conductual) desde los que atender los problemas en función de la convergencia entre el nivel de focalización de estas conceptualizaciones terapéuticas y el nivel de asimilación en que se encuentren las experiencias problemáticas del cliente.
- A un *nivel táctico*, el modelo de la asimilación aporta información sobre el tipo de problema, así como de las características evolutivas del proceso del

cambio. De este modo, podría ayudar al terapeuta a *identificar el problema* principal del cliente y *evaluar informalmente* en qué nivel de la asimilación se encuentra.

En este sentido, para Honos-Webb y Stiles (1998) el modelo tiene dos implicaciones clínicas:

- Plantea como los *principales objetivos de la terapia*:
 - la promoción de la consistencia y la unificación de los aspectos conflictivos del Self, y
 - el reconocimiento de la complejidad multivocal del Self por parte de los clientes.
- Plantea que los *conflictos intra-psíquicos han de ser alentados*, en lugar de evitados, en terapia (como un nivel de progreso y no como un punto final), al ser un paso necesario para la integración de la experiencia problemática en la comunidad de voces.

Hay que señalar que el modelo de la asimilación se ha estudiado desde enfoques terapéuticos diferentes: terapias psicodinámicas (Reid y Osatuke, 2006; Stiles et al., 2006), cognitivo-comportamentales (Osatuke et al., 2007), terapias experienciales (Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Honos-Webb et al., 1998; Mosher, Goldsmith, Stiles y Greenberg, 2008; Osatuke et al., 2005), terapia centrada en las emociones (Mendes et al., 2016; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016), y terapia lingüística de evaluación (Caro, 2003a, 2003b, 2007, 2011).

Por su parte, este modelo se ha aplicado tanto a diferentes tipos de problemas como áreas de estudio.

- En cuanto a problemas, podemos destacar los siguientes: *esquizofrenia* (Osatuke, Reid et al., 2011; Vañó y Caro, 2015), *ansiedad* (Caro, 2011,

2007; Meystre, Kramer, De Roten, Despland y Stiles, 2014; Stiles, Meshot et al., 1992), *depresión* (Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006; Caro, 2003a; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2006; Honos-Webb, Lani y Stiles, 1999; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy y Shapiro, 2011), *trastornos de personalidad límite* (Humphreys, Rubin, Knudson y Stiles, 2005; Meystre, Kramer, de Roten, Michel y Despland, 2011; Osatuke y Stiles, 2006), *cáncer* (Allepuz et al., 2014), e incluso en contextos no terapéuticos como el proceso de *asimilación de una nueva cultura en personas inmigrantes* (Henry, Stiles y Biran, 2005).

- En cuanto a áreas de estudio que se han atendido desde el modelo de la asimilación, podemos destacar las siguientes: la *comparación entre intervenciones terapéuticas* (Stiles et al., 1992, 1997), *psicoterapia con un refugiado político* (Varvin y Stiles, 1999), *aspectos relacionados con el apego* (Stiles, 1999b), *convergencia y divergencia de temas y voces en terapia* (Caro, 2009; Knobloch et al., 2001), *asimilación de nuevas culturas* (Henry et al., 2005), *estudio de buenos y malos resultados terapéuticos* (Detert et al., 2006), *fracaso terapéutico* (Caro, 2009), y *cambio en terapia lingüística de evaluación* (Caro 2006a, 2006b, 2008, 2009, 2010, 2011). Cabe señalar que en los últimos años se ha desarrollado la investigación en el terapeuta y su influencia en el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas del cliente (Caro, Pérez y Lloréns, 2014; Caro, Stiles y Pérez, 2016; Goldsmith et al., 2008; Mendes et al., 2016; Meystre et al., 2014; Mosher y Stiles, 2009; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). Siendo un ejemplo particular de este foco de estudio el intento de encontrar el cómo y el por qué de los retrocesos en terapia, que se

relacionan con diversas actividades terapéuticas.

Así, y en *cuarto lugar*, es importante destacar, tal como se ha desarrollado en el apartado que habla del proceso dentado de la asimilación, que el proceso de asimilación no tiene un desarrollo lineal sino más bien irregular. Aunque en el apartado anterior se han comentado algunos detalles sobre este proceso, podemos decir, brevemente, que la progresión es más continuada, y menos irregular en aproximaciones experienciales y psicodinámicas; presumiblemente por la actitud del terapeuta que acompaña al cliente de una manera más cercana, en su *zona de desarrollo próximo*, durante el proceso de definición de su problema.

Estos resultados están relacionados con la investigación de la influencia del terapeuta en el proceso de asimilación de los clientes. Si bien previamente se procedía al análisis de la asimilación de las experiencias problemáticas del sujeto/ cliente, en base a las expresiones que éste utilizaba en la terapia, en la actualidad el foco de atención se ha ampliado y ha incluido las intervenciones que realiza el terapeuta. De este modo, Caro y Stiles (2013) elaboraron la teoría en cuanto a estos retrocesos, sobre la revisión de los retrocesos en dos estudios de casos en Terapia Lingüística de Evaluación (TLE). De esta revisión cabría destacar los siguientes aspectos:

- El *concepto de múltiples ramificaciones o líneas*. Sustenta el concepto de multiplicidad interna en tanto que las experiencias problemáticas estarían compuestas por múltiples voces interrelacionadas (denominadas líneas o ramificaciones), que conformarían aspectos parcialmente diferentes de la misma experiencia. Aunque la mejora en la asimilación de una de estas líneas puede llevar a la mejora de la asimilación de la experiencia, a corto plazo podemos encontrarnos con retrocesos por la focalización del sujeto en otra ramificación.

- Los *retrocesos forman parte integral del proceso terapéutico*. Caro y Stiles (2013) señalan que la mayoría de retrocesos reflejan una parte del proceso terapéutico normal, en el que el terapeuta interviene de forma activa en la búsqueda de la consolidación de la asimilación lograda. En este sentido, muchos de estos retrocesos implicaron el cambio sutil de otros aspectos (líneas o ramificaciones) menos asimilados de la experiencia problemática; por lo que contribuyen en el proceso terapéutico al anticipar y valorar como parte del proceso algunas posibles resistencias, impasses, recaídas y rupturas.
- Por otra parte, desde el modelo de asimilación el *mecanismo de construcción de puentes de significado* podría entenderse como análogo al *desarrollo de recursos metacognitivos*, siendo éstos considerados como el acceso deteriorado a ciertos estados del yo (voces problemáticas), y pudiendo asociarse su desarrollo terapéutico con un mayor acceso a las mismas. Además, en base a Semerari et al. (2005) plantean la superposición de 3 tipos de deficiencias metacognitivas con los procesos de asimilación:
 - *deficiencias en la identificación de los estados mentales internos*, que caracterizan las etapas APES 0-2, en las que las voces no se conocen.
 - *impedimentos en la integración de los estados mentales*, caracterizan las etapas APES hasta la etapa 4, donde los puentes de significado son firmes.
 - *impedimentos en la diferenciación entre las representaciones y la realidad*. Son más amplios y se relacionan con la distinción entre mapa y territorio en la semántica general.

Por otra parte, las causas de los retrocesos se simplificaron en tres principalmente:

- *Cambio espontáneo*: surgen en el proceso de terapia sin que el terapeuta lleve a cabo ninguna acción relacionada con él.
- *Ruptura de la Zona de Desarrollo Próximo*: La zona de desarrollo próximo es el espacio entre el nivel APES actual del cliente y el nivel que puede alcanzar en colaboración con el terapeuta (Leiman y Stiles, 2001). Cuando el terapeuta guía al cliente más allá de esa zona, éste puede dejar de seguirle, dando lugar a un retroceso.
- *Estrategia de la balanza*: Hace referencia a la pauta terapéutica que guía a los clientes a focalizar la atención y explorar pensamientos negativos con el fin de facilitar la reestructuración cognitiva y lingüística (Caro, 2003b).

Todo ello ha llevado a exploraciones más precisas dentro del modelo de asimilación acerca de aspectos como que la creación de puentes de significado se realiza primero de forma *interpersonal*, con el terapeuta, para luego consolidarse de forma *intrapersonal* (Caro et al., 2014).

Las últimas investigaciones (Caro, Stiles y Pérez, 2016; Kramer y Stiles, 2015; Mendes et al., 2016; Meystre et al., 2014; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016) han encontrado lo siguiente:

- Los retrocesos que se codifican como un exceso de la *zona de desarrollo próximo* conllevan retrocesos a niveles bajos de la APES (< 3), mientras que los asociados con la *estrategia de la balanza* conllevaron retrocesos que en su mayoría fueron hacia a niveles mayores de la APES (> 3); al menos en casos de éxito terapéutico.
- La mayoría de transiciones que preceden avances o retrocesos vienen precedidos por intervenciones desafiantes (Ribeiro, Braga et al., 2016) que

implican áreas de desconocimiento y con mayor riesgo. Caro, Stiles y Pérez (2016) encontraron, en un cliente con éxito terapéutico, que las actividades que precedieron con mayor frecuencia a los retrocesos causados por *superar la zona de desarrollo próximo*, por parte del terapeuta, fueron la *exploración y empatizar con la voz no dominante*. En cambio, el *desafío de la voz dominante* y la *búsqueda de una orientación extensional* los precedieron en pocas ocasiones. Esto es coherente con los resultados logrados por autores como Ribeiro, Braga et al. (2016) y Ribeiro, Cunha et al. (2016) y Mendes et al. (2014), que muestran a través del *Sistema de Codificación de la Colaboración Terapéutica (TCCS – Therapeutic Collaboration Coding System)* desarrollado por Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvarth y Stiles (2013), que cuando se alcanza el límite de la zona de desarrollo próximo de un problema el sujeto muestra signos de ambivalencia, y si se fuerza al cliente más allá de esta zona deriva en una invalidación, o rechazo, de las propuestas terapéuticas, es decir, un retroceso. En este sentido, Mendes et al. (2016) señalan que, en la comparación entre dos casos, uno con buen resultado terapéutico positivo y otro malo, el cliente con malos resultados terapéuticos presentó más retrocesos que fueron atribuidos a *exceder la zona de desarrollo próximo*.

- Los retrocesos producidos por el empleo de la *estrategia de la balanza*, en un caso de éxito (Caro, Stiles y Pérez, 2016), han sido precedidos por actividades del terapeuta *tendientes a lograr una orientación extensional* o *desafiar la Voz Dominante*. Estas mismas actividades suelen estar dirigidas hacia lograr un mayor *Insight*, y cuando éste no se logra y da lugar a un retroceso cabe destacar que fue a un nivel no menor del nivel 3 de la APES.

No obstante, también se producen retrocesos mediados por las actividades de *exploración y empatizar con la VND*, donde se redirige la atención de la VD hacia una VND. En cualquier caso, aunque estos retrocesos también dan lugar a un patrón de dientes de sierra, son el resultado de una conducta deliberada para que se tengan en cuenta aspectos del problema que todavía pueden requerir atención.

- La capacidad de respuesta del terapeuta (*responsiveness*) es un aspecto crucial (Kramer y Stiles, 2015; Meystre et al., 2014; Stiles et al., 1998), en tanto que facilita la transición entre los diferentes niveles al equilibrar las intervenciones de apoyo y desafío del cliente (Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). Así, los retrocesos son más pronunciados en terapias directivas que en terapias donde el terapeuta está más cercano a la zona de desarrollo del sujeto (Ribeiro et al., 2016).

1.6.7. Limitaciones del modelo de asimilación de experiencias problemáticas.

El *modelo de asimilación de experiencias problemáticas* tiene también algunas limitaciones que es importante tener en cuenta.

- Se sustenta principalmente en estudios de caso. Aunque ya se ha dicho que los estudios de caso pueden contribuir a la investigación psicoterapéutica al igual que los estudios de contraste de hipótesis, no hay que olvidar los problemas a la hora de generalizar los resultados.
- Al ser un modelo principalmente cualitativo, los estudios que sobre él se realizan tienen que tener en cuenta los problemas propios de los estudios cualitativos en cuanto a fiabilidad y validez de los resultados.
- Los resultados pueden contener sesgos, especialmente los del autor, que

conviene minimizar utilizando varios jueces. No obstante, la presencia del terapeuta entre los evaluadores enriquece el análisis al aportar una gran riqueza de información. El posible sesgo de esta figura se puede controlar utilizando otros jueces (Caro, 2008).

- En la selección de casos que ilustran los estudios sobre el modelo puede haber un sesgo. Así, en ocasiones se han seleccionado casos con un buen resultado terapéutico en base a medidas pre y post-tratamiento, en los que no existían dificultades para la observación del proceso de la asimilación. No obstante, para explorar de forma más amplia el modelo y no verse condicionados únicamente por este tipo de sesgos, se han analizado también casos donde la terapia no se ha resuelto con éxito.
- Aunque la APES puede aplicarse, por parte de los investigadores, para obtener un conocimiento más completo del caso que se evalúa y del modelo de la asimilación (Stiles et al., 1991), hay que tener en cuenta que las valoraciones son aproximadas, están sujetas a sesgos, y han de ser vistas como un lenguaje numérico que permite la comunicación de las impresiones de los evaluadores; más que como una medida independiente. Cada experiencia problemática es única y definida por el significado que tiene para la persona. La apropiada comprensión de un fragmento requiere familiarizarse con la forma de pensar y la vida de la persona, lo que puede no ser fácilmente accesible a evaluadores que tienen acceso al sujeto de estudio, únicamente, a través del fragmento escrito o transcrito sin ningún apoyo de información sonora que informe de la inflexión de voz y otros matices.

Objetivos.

El objetivo principal de esta investigación consiste en realizar un análisis pormenorizado del proceso de asimilación, a través de las distintas narraciones aportadas por el Sujeto X.

Para ello nos centraremos en:

- Describir, en primer lugar, de forma general y breve el proceso de asimilación en las distintas narraciones aportadas por el sujeto.
- Y, en segundo lugar, observar y explicar con el mayor detalle posible el proceso de intercambio entre las voces atendiendo a la integración en su sí mismo de las voces no dominantes y el juego entre ellas.

CAPÍTULO 2.

MÉTODO.

2.1. Participante.

El sujeto es un varón de 38 años de edad, diagnosticado de “Esquizofrenia Paranoide” por la Consellería de Bienestar Social, que tiene además otras lesiones de tipo físico, fruto de un accidente motivado por su enfermedad, en su adolescencia. En el momento de la primera sesión de recogida de datos, en la que se le informó de los objetivos de la investigación y firmó el consentimiento informado, el sujeto se encontraba realizando un primer curso de Ciclo Formativo de Grado Medio de Gestión Administrativa. En esos primeros momentos, el sujeto estaba bajo tratamiento farmacológico, el cual consistía en:

Medicación	Dosificación
Seroquel 150 mg	0 / 0 / 1
Adofen 20mg	1 / 0 / 0
Solian 200mg	1 / 0 / 1
Sinogan 25mg	0 / 0 / 1
Alprazolam 1mg	En momentos de crisis.

Cuadro 2.1: Tratamiento y dosificación de la medicación al inicio de la recogida de narraciones.

Observando al sujeto a través de la lente del DSM-5, éste experimentaba delirios y síntomas negativos durante periodos superiores a 1 mes, perturbaciones que han afectado su funcionamiento en varias áreas: estudios, trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal, etc. Además, la sintomatología continúa con periodos cíclicos donde es más activa y periodos donde ésta es menor; todo dentro de un continuo estado alterado. Se descarta el trastorno esquizoafectivo y depresivo, o el

trastorno bipolar, y la alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. Finalmente hay que considerar que no se tiene conocimiento de historia de desorden del espectro autista o de un desorden de la comunicación de inicio en la infancia.

El sujeto vive solo en un piso de su propiedad comprado con dinero ahorrado a lo largo de los años, por sus padres. Su madre falleció en el año 2010, y desde entonces había vivido con su padre hasta que, con la mediación de su hermano, consigue independizarse.

La supervisión del hermano consiste, básicamente, en la gestión del dinero y recursos que el sujeto necesita, sin entrar en ningún momento en áreas personales, de las que no quiere saber nada. No obstante, sí que le supervisa de forma general aconsejándole para que no actúe dejándose llevar por sus deseos. En cualquier caso, su relación con él es bastante cordial, aunque como ya se ha comentado no satisface sus necesidades personales. Su hermano está casado y su cuñada le cae bien pero no tienen mucha relación.

La relación con su padre es bastante pobre, resumiéndose en acudir algunos días (especialmente fines de semana, y fiestas señaladas) a comer con él, y a las visitas que realiza el padre a casa del sujeto para reparar algunos elementos que se pueden ir deteriorando. El sujeto sigue empadronado en casa de su padre para, de ese modo, seguir percibiendo la pensión por “hijo a cargo”, que es asignada para sus gastos; pero los problemas de relación y convivencia impulsaron su independencia. Su padre, según relata el sujeto, parece ser muy rígido, al igual que éste, y se cree poseedor de la verdad; pensando que cuando alguien no hace las cosas como él las haría es por mala fe.

El sujeto acude a un Ciclo Formativo de Grado Medio en régimen de media matrícula. El tiempo restante acude a un Centro de Rehabilitación e Inserción Social

(CRIS), en el que en muchas ocasiones ha estado a punto de perder la plaza por falta de asistencia, que el sujeto excusa en base a la sintomatología de la enfermedad (crisis de pánico, crisis de parálisis, etc.) que le impiden salir de casa. En el CRIS está supervisado por una psicóloga a la que en ocasiones no le cuenta muchas cosas. Por su parte, tiene sus diferencias con la psicóloga, y con el psiquiatra que le realiza seguimientos en el Centro de Salud Mental, porque le insisten en que el sí puede hacer actividades y acudir al centro, aunque tenga una crisis, y que si no lo hace es porque no quiere. Además, con el psiquiatra de la Seguridad Social tiene otros conflictos por los efectos de la medicación.

En cuanto a sintomatología, el sujeto padece crisis frecuentes de ataques de pánico, ataques de parálisis, fobia a las escaleras mecánicas, a los puentes, a subir a los coches, etc. que le impiden llevar una vida más normalizada.

Es importante resaltar que, pese a su enfermedad, la persona objeto de este trabajo mantiene unas relaciones relativamente adaptadas con su entorno. Hay que tener en cuenta, como se analizará posteriormente, que el sujeto tiene un nivel de control suficientemente adecuado para poder mostrar una imagen hacia el exterior que es relativamente aceptable, independientemente de la situación interna en la que se encuentra personalmente. Este aspecto se puede apreciar de forma superficial en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios pasados al sujeto.

En las narraciones se utiliza el nombre de Sujeto X porque en una recogida de datos realizada en el año 2010, para un TFM con el mismo participante (Vañó, 2012), utilizó dicho pseudónimo al escribir las narraciones, decidiéndose utilizarlo como nombre en el análisis al ser un posible reflejo de la disgregación del Self. En estos momentos, el sujeto utilizó su nombre propio para marcar las narraciones, pero se opta por mantener el pseudónimo por cuanto mantiene una línea en la progresión del sujeto, y le permite

seguir manteniendo su anonimato.

Se acordó con el sujeto que escribiría una narración semanal sobre un tema que se trataría en cada sesión de Counselling (véase más adelante), con el fin de que fuera un tema conectado con el día a día del sujeto; y se entregarían al investigador en la siguiente sesión acordada. No obstante, con el paso del tiempo el sujeto abandonó las pautas y empezó a escribir atendiendo a temas que para él eran más importantes en ese momento, aunque no estuvieran conectado a aspectos concretos de su experiencia diaria, y sin atender a la frecuencia de escritura semanal acordada. Ante esta situación, se decidió aceptar estas narraciones como una muestra más de la expresión de su enfermedad mental, en tanto que éstas podían reflejar de forma más clara los conflictos entre las distintas voces que pudieran estar presentes. Las semanas en que el sujeto no escribía las compensaba aportando dos narraciones en otro momento, de forma que se recogieron un total de 13 narraciones (véase Cuadro 2.2, en página siguiente). Dos parejas de narraciones fueron escritas el mismo día (las narraciones 2 y 3, y la 8 y 9), siendo interesante por cuanto la 9 plantea aspectos contrarios a los mantenidos en la número 8.

Orden	Título de la Narración	Fecha	Fragmentos
1	La relación con mi hermano.	15/02/2015	1 – 12
2	La relación con los demás.	28/02/2015	13 – 21
3	Mi ansiedad.	28/02/2015	22 – 28
4	Mi situación actual y mis nuevas ideas.	09/03/2015	29 – 37
5	Mi disputa con mi hermano y mi modelo de héroe.	18/03/2015	38 – 42
6	La distinción entre medios y fines, y la necesidad de tener una filosofía propia.	22/03/2015	43 – 46
7	Mis fines y medios, pros y contras.	29/03/2015	47 – 49
8	La gran autorreafirmación.	09/04/2015	50 – 59
9	Mi visión general de las cosas.	09/04/2015	60 – 69
10	Injusticias que he sufrido y que en el mundo hay.	10/05/2015	
11	Mi vida actual.	15/05/2015	70 – 79
12	Cosas que se pueden hacer con la filosofía.	20/05/2015	
13	Mi vida.	24/05/2015	80 – 85

Cuadro 2.2: Narraciones del Sujeto X a lo largo de 3 meses.

2.2. Evaluación.

Al sujeto se le administró una batería de pruebas al inicio (el 7 de febrero de 2015) y al final del procedimiento (30 de mayo de 2015). La batería estaba compuesta por las siguientes pruebas:

- HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1971). La escala tiene buenos niveles de fiabilidad (.71, en Terol et al., 2007) y validez (.81, en Tejero, Guimera, Farré y Peri, 1986)
- BDI: Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). La escala tiene buenos niveles de fiabilidad oscilan entre 0,60 y 0,72, mientras que los de validez oscilan entre 0,68 y 0,89 (Sanz y Vázquez, 1998; Vázquez y Sanz, 1999).
- STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). La fiabilidad del cuestionario, en cuanto a consistencia interna oscila entre entre 0,89 y 0,95 para ansiedad–estado, y entre 0,82 y 0,91 para ansiedad–rasgo.
- SCL—90—R: Cuestionario de 90 síntomas (Derogatis, 1977) La escala tiene buenos niveles de fiabilidad que oscilan entre 0,81 y 0,90; tanto en la muestra de Derogatis como en la muestra psiquiátrica española. No obstante, en relación con la *validez* conviene resaltar que la estructura factorial de la versión española tiene unas dimensiones sintomáticas distintas, aunque muy similares, a las que describe Derogatis.
- PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (Kay, Fiszbeiny Opler, 1987). La escala tiene buenos niveles de fiabilidad en las escalas positiva y negativa, con valores de .71 y .80 respectivamente, y de fiabilidad moderada en la escala de psicopatología general (.56). En cuanto a validez de constructo

las escalas positiva y negativa no correlacionan entre sí ($r = .09$), y hay una modesta correlación con la escala de psicopatología global ($-.25$; $p = .013$). (Peralta y Cuesta, 1994).

Es necesario comentar que tras pasar al sujeto la batería de tests en papel, el sujeto comunicó de forma verbal, y una vez completados los cuestionarios del Pretest, que había contestado movido por la deseabilidad social; es decir, expresando un poco lo que creía que se esperaba de él mismo (ofreciendo una imagen de sí mismo deseada) y con unas puntuaciones algo positivas en relación con la realidad. En cualquier caso, se consideró que éste era un rasgo más de la enfermedad y se optó por no repetir los cuestionarios.

Los resultados de las pruebas y el correspondiente ICF se observan en las siguientes tablas:

2.2.1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD.

	PRETEST		POSTEST		ICF
HAD-A	12	HAD-A	15		1.006
HAD-D	7	HAD-D	5		-.65

Tabla 2.1: Resultado en el Pretest y Postest del Sujeto X en el HAD (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión)

En base a Caro e Ibáñez (1992), las puntuaciones directas, en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HAD, nos indican que el índice global de Ansiedad del sujeto es Alto tanto en el Pretest como en el Postest; mientras que el de depresión se sitúa en el rango Medio tanto en el Pretest como en el Postest. Los baremos utilizados serían los siguientes:

- Alta: 10 – 21.
- Media: 5 – 9.
- Baja: 0 – 4.

2.2.2. BDI: Inventario de Depresión de Beck.

	PRETEST		POSTEST		ICF
BDI	10	BDI	16		1.25

Tabla 2.2: Resultado en el Pretest y Postest del Sujeto X en el BDI (Inventario de depresión de Beck)

En el BDI obtenemos una puntuación directa en el Pretest de 10, mientras que en el Postest fue de 16. En base a los baremos de Buela-Casal, Sierra y Cano (2001), correspondería a una Depresión media y Depresión moderada, respectivamente.

2.2.3. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.

	PRETEST		POSTEST		ICF
STAI A—E	60	STAI A—E	80		4.45
STAI A—R	80	STAI A—R	87		1.40

Tabla 2.3: Resultados en el Pretest y Postest del Sujeto X en el STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

En el STAI, la puntuación obtenida se ha expresado en percentiles a partir de las puntuaciones directas, en relación con la tabla 10, baremo Adultos - Varones. En los datos obtenidos observamos que el sujeto presenta percentiles más bajos en el Pretest frente al Postest.

2.2.4. SCL—90—R: Cuestionario de 90 síntomas.

	PRETEST			POSTEST			ICF
SCL—90—R	SOM	0.6	SCL—90—R	SOM	0.75		.15
	OBS	2		OBS	2.5		1.08
	INT	1.33		INT	2.44		2.22
	DEP	1.76		DEP	2.76		2.17
	ANS	2.4		ANS	3		1.42
	HOS	0.33		HOS	1		1.26
	FOB	1.28		FOB	1.57		0.52
	PAR	0.66		PAR	3		3.75
	PSI	0.9		PSI	2.2		2.93
	GSI	1.32		GSI	2.16		3.81
	PST	68		PST	77		
	PSDI	1.76		PSDI	2.52		

Tabla 2.4: Resultados en el Pretest y Postest del Sujeto X en el SCL- 90-R: (Cuestionario de 90 síntomas)

En el SCLR-90-R, al sujeto se le valoró, utilizando las normas de interpretación del manual (p. 19), según el baremo correspondiente a los *Varones* de la *muestra Psiquiátrica*. En los datos nos encontramos, al igual que en los casos anteriores, un empeoramiento general en la sintomatología en el Postest. En la figura 2.1 nos aparece una comparativa de sus puntuaciones.

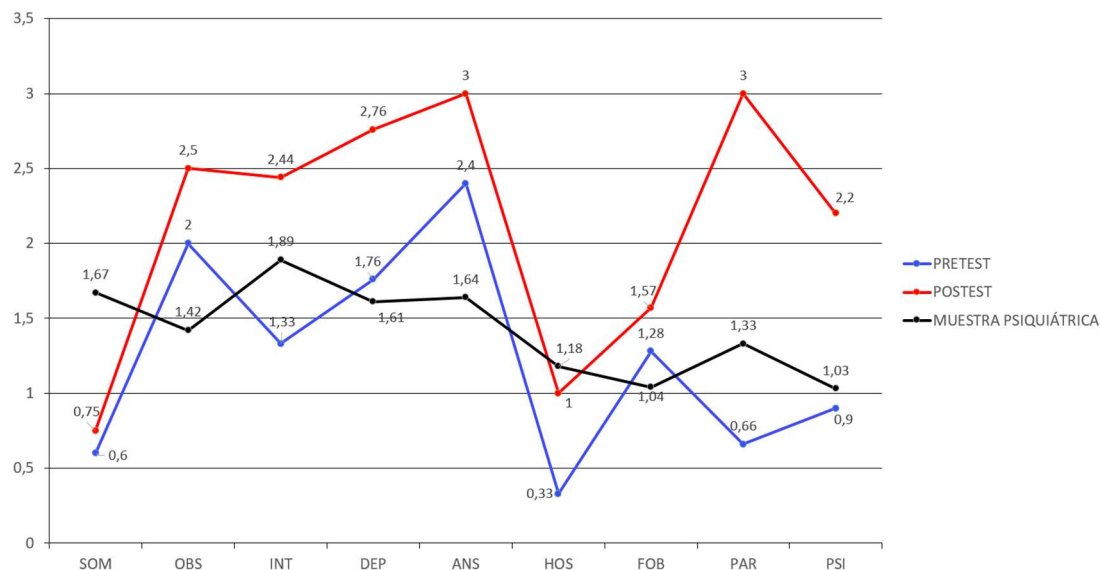


Figura 2.1. Perfil sintomático del SCLR-90-R del Pretest y Postest del sujeto, junto a la muestra de varones de la población psiquiátrica

El empeoramiento general mostrado en la sintomatología, y reflejado en los cuestionarios Pretest y Postest, podemos inferir, era un efecto esperado de la afirmación realizada por el sujeto al finalizar los cuestionarios en el Pretest, y comentada anteriormente, más aún cuando en el Postest se solicitó al usuario que sus respuestas se fundamentasen en la realidad y no tanto en la impresión que le gustaría ofrecer.

En cualquier caso, en el capítulo dedicado a los Resultados analizaremos de forma más extensa las puntuaciones obtenidas y se compararán con las obtenidas en el HAD, el BDI y el STAI.

2.2.5. PANSS: Escala de los Síndromes Positivo y Negativo.

La escala PANSS es una escala utilizada para evaluar la severidad de los síntomas de los clientes con esquizofrenia. En el Cuadro 2.3 (*Puntuaciones escala PANSS*), describimos con detalle sus puntuaciones en el Pretest y en el Postest, pues pueden ofrecer un cierto contexto para comprender al Sujeto X, y a sus narraciones.

La escala PANSS se subdivide en 3 sub-escalas:

- La sub-escala de *sintomatología positiva* (compuesta por 7 ítems, con una puntuación mínima de 7 y máxima de 49), señala la presencia de funciones alteradas por la distorsión o el exceso de las funciones normales (alucinaciones, delirios, etc.).
- La sub-escala de *sintomatología negativa* (compuesta por 7 ítems, con una puntuación mínima de 7 y máxima de 49), representada por una disminución o pérdida de las funciones normales.
- La sub-escala de *Psicopatología general* (compuesta por 16 ítems, con una puntuación mínima de 16 y máxima de 112), explora áreas de manifestación de la enfermedad más allá de los síntomas positivos y negativos.

2.2.6. Counselling a lo largo del periodo de escritura de las narraciones.

Como se ha comentado, al inicio del capítulo, se planteó ofrecer unas sesiones de Counselling al sujeto durante el periodo en el que cual se recogieran las narraciones. En total consistió en 13 sesiones de Counselling, con un enfoque centrado en el cliente (Rogers, 1981).

La intención era de ofrecer un seguimiento del sujeto sin interferir en los procesos que éste siguiera con su psiquiatra del Centro de Rehabilitación e Inserción Social (CRIS), ni con su Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental.

	Ítem	PRETEST	POSTEST	ICF
Esc. Positiva	Delirios	4	4	- .22
	Desorganización Contextual	3	3	
	Conducta Alucinatoria	1	1	
	Excitación	3	3	
	Grandiosidad	5	5	
	Susplicacia/ Perjuicio	2	1	
	Hostilidad	3	3	
		$\Sigma=21$	$\Sigma=20$	
Esc. Negativa	Embotamiento Afectivo	2	2	0
	Retracción Emocional	1	1	
	Pobre Relación	3	3	
	Retracción Social, Apatía Pasiva	3	3	
	Dificultad de Pensamiento Abstracto	3	3	
	Falta de Espontaneidad y Fluidez de la Conversación	1	1	
	Pensamiento Estereotipado	3	3	
		$\Sigma=16$	$\Sigma=16$	
Esc. De Psicopatología General	Preocupaciones Somáticas	3	3	.32
	Ansiedad	6	6	
	Sentimientos de Culpa	1	1	
	Tensión Motora	2	2	
	Manierismos y Posturas	2	3	
	Depresión	2	2	
	Retardo Motor	2	2	
	Falta de Colaboración	1	1	
	Inusuales Contenidos del Pensamiento	2	3	
	Desorientación	1	1	
	Atención Deficiente	1	1	
	Ausencia de Juicio e Introspección	4	4	
	Trastornos de la Volición	1	1	
	Control deficiente de Impulsos	1	1	
	Preocupación	3	3	
Evitación Social Activa	4	4		
		$\Sigma=36$	$\Sigma=38$	

Cuadro 2.3. Puntuaciones escala PANSS

En las distintas sesiones de Counselling, se trató de acompañar al sujeto en los problemas o inquietudes que aportaba. Algunos de los problemas que aportó fueron los deseos de contactar con una chica que le gustaba (R. en las narraciones), diferentes relaciones vividas a lo largo de su vida que le habían llevado a establecer unas pautas conductuales de seguridad; los problemas con su hermano, que ejercía de tutor, y hacia el cual mostraba posturas ambivalentes de agradecimiento y despecho, en relación a sus cuidados, etc.

El sujeto solía repetir en muchas ocasiones los temas que trataba, y al iniciar la sesión siempre utilizaba una misma forma de exposición, en la que contaba de forma amplia, parte de su vida, con el fin de situar el tema central que quería tratar. Por ejemplo, para tratar los problemas con su hermano, siempre se remontaba a relatar los mismos hechos de la infancia y comentaba que él era el mayor y cómo intentaba ser coherente, mientras su hermano no se comportaba de forma honesta porque decía una cosa a sus padres y luego hacía otra diferente. Estas introducciones eran bastante repetitivas a lo largo de las sesiones.

Por parte del investigador, se mantuvo una posición de escucha activa, abierta y receptiva, intentando empatizar con el sujeto. Cuando se le estimulaba a desarrollar más ampliamente los temas tratados, la respuesta habitual era de resistencia, ya que prefería mantenerse en un nivel más teórico sobre la mayoría de temas. Cuando se llevaban a cabo estos intentos en relación con su sintomatología, el sujeto se situaba en posiciones de pensamiento abstracto y no mostraba capacidad de exploración de los mismos, ni pudo plantearse nuevas pautas de afrontamiento o de conducta (ataques de ansiedad, auto-cuidado, fobias, etc.).

2.3. Procedimiento.

En este trabajo utilizamos narraciones en base a que este procedimiento ha demostrado ser beneficioso de distintas maneras para otras personas (Allepuz et al., 2014; Frattaroli, 2006; Gonçalves, Matos y Santos, 2009; Hermans y Dimaggio, 2004; Matos, Santos, Gonçalves y Martins, 2009; Pennabaker y Beall, 1986; Osatuke et al., 2004; Pennebaker y Seagal, 1999; Smyth, 1998; Travagin, Margola y Revenson, 2015; Taylor, Jouriles, Brown, Goforth y Banyard, 2016; White, 2007). Además, desde un enfoque centrado en el análisis del proceso de asimilación de experiencias problemáticas, Allepuz et al. (2014) nos muestran cómo a través de las narraciones se puede estudiar el proceso de asimilación de una persona ante una experiencia vital amenazante, en este caso el cáncer.

En la elaboración del modelo de la asimilación se ha ido detallando un procedimiento para la extracción de los temas y selección de los pasajes (Stiles y Angus, 2001; Stiles y Osatuke, 2000). A su vez, en la búsqueda de acuerdo entre jueces nos basamos en el método Ward (Schielke, Fishman, Osatuke y Stiles, 2009), que ofrece un enfoque repetitivo con el que crear un consenso a través de la consideración y desarrollo de las perspectivas únicas de los participantes (Mosher et al., 2008; Goldsmith et al., 2008; Osatuke, Humphreys et al., 2005; Osatuke, Mosher et al., 2007; Brinegar et al., 2006; Reid y Osatuke, 2006; Henry et al., 2005; Stiles et al., 1997). Los pasos que se han seguido son:

1. *Familiarización e indexación.* El objetivo de este primer paso es familiarizarse con el material e ir tomando notas sistemáticas, elaborando un índice o catálogo, para una posterior delimitación de los pasajes en base a los temas o aquellos elementos particulares que se consideran interesantes.

De este modo, el material fue leído varias veces por el juez principal (autor del

trabajo) y la directora del mismo, con el fin de familiarizarse con él. Al haber pocos fragmentos se fue creando una idea de las narraciones y de las voces que destacaban para facilitar la posterior identificación de las mismas.

2. *Identificación y elección de un tema.* En este paso se trata de identificar la experiencia problemática reflejada en la narración. Tras la familiarización con las narraciones fueron destacándose cinco temas que englobaban el contenido de las mismas. Estos temas, que se desarrollarán más adelante, han sido definidos como:

- El centro del mundo.
- Amor.
- Enfermedad mental.
- Mis relaciones.
- Yo en el mundo.

En la selección de temas es importante buscar insights y nuevas comprensiones, como forma de capturar y focalizarse en los temas en que ha habido progresos. En este caso sí se alcanzaron niveles medios de asimilación con insights e incluso elaboraciones, aunque no se apreció un cambio en la asimilación sobre los temas propuestos; aspecto éste que requiere un mayor desarrollo y que se llevará a cabo en los capítulos de *Resultados* y *Discusión*.

El tema de Amor no disponía de muchos fragmentos y podría haberse generalizado e incluirse en el de “Mis relaciones”, pero para el sujeto era un aspecto muy diferenciado, está focalizado en personas concretas, y es un tema central para él, por lo que se decidió dejarlo separado.

3. *Selección de pasajes (fragmentos) y búsqueda de voces.* En este paso se pretende conseguir una colección de elementos que hagan referencia a una

experiencia problemática concreta. Para llevarlo a cabo, hay que ir relacionando los temas encontrados o definidos en el paso anterior con el índice y catálogo realizado en el primer paso.

Como se reflejó en el cuadro 2.2, el Sujeto X proporcionó un total de 13 narraciones de las que se extrajeron 85 fragmentos en los que se podía observar la presencia de Voces Dominantes (VD) y No Dominantes (VND).

Se descartaron dos narraciones, las numeradas como 10 (*'Injusticias que he sufrido y en el mundo hay'*) y 12 (*'Cosas que se pueden hacer con la filosofía'*).

Si bien de ellas se podían extraer algunos fragmentos con alguna interacción entre VD y VND, los temas que tratan no hacen referencia a los temas principales señalados por los jueces y no aportan continuidad a los procesos de asimilación analizados. No obstante, sí que nos han facilitado el proceso de entender algunas de sus VDs.

En este paso del proceso, de *selección de fragmentos y pasajes, y búsqueda de voces*, se requiere ajustar la selección de fragmentos y centrarse en una experiencia particular, teniendo en cuenta que las palabras clave pueden ir cambiando al producirse cambios en la asimilación de una experiencia problemática.

No se tuvieron en cuenta aquellos fragmentos donde no se apreció una VND, siempre valorando que, al no existir soporte auditivo por el material de recogida de los datos, el carácter expresivo de las voces debió ser interpretado por los jueces. Los fragmentos no considerados hacen mención a aspectos que para él tienen importancia, pero son expresados más en un intento de dejar plasmada su filosofía que como resultado de la existencia de experiencias problemáticas, o como descripciones de sus problemas a lo largo del tiempo;

pero sin aportar ningún diálogo entre las voces. Un ejemplo de cada caso es:

- “Mi modelo de héroe, para ser héroe no hace falta hacer esfuerzos exagerados, basta con tener naturaleza heroica y comportarnos como tal. Lo difícil es aquello que sólo unos pocos pueden hacer fácilmente. Nadie hace esfuerzos exagerados por ser...” (Narración 5).
- “Mis emociones descontroladas no siempre fueron las mismas. De 6 a 13 años tenía una apatía permanente. De 16 a 19 ataques de miedo. De 29 a 30 fobias a los medios de transporte. De 30 a 33 agorafobia. Y de 33 a 38 ataques de ansiedad” (Narración 3).

En nuestro caso, intentamos que cada fragmento se ubicara en un tema, aunque en algunos casos hemos tenido que permitir que un mismo fragmento esté relacionado con dos temas. Esto es así porque el Sujeto X puede, simultáneamente, estar hablando de un objeto que para él es importante y enfocarlo seguidamente en otra dirección, y todo ello observado desde un punto de vista más general que está afectando a las relaciones y asociaciones que establece el sujeto. En este sentido, por ejemplo, se opta por incluir en el tema de la “Enfermedad mental” otros posibles temas que derivaban de éste y podían haberse tratado de forma independiente: “Delirios”, “Tratamiento” y “Ansiedad”. En cualquier caso, hay que cuidar este tipo de decisiones en tanto que la forma de agruparlos puede influir en los resultados por cuanto afecta a la forma en que son observados.

La valoración y selección de fragmentos y voces fue realizada por el investigador principal y por la directora del trabajo doctoral (Dra. Isabel Caro), que trabajaron de forma iterativa hasta resolver todas las discrepancias y matices que surgían, de forma consensuada.

Para este trabajo, al no tratarse de un número muy elevado, se seleccionaron todos los fragmentos que se encontraron en las narraciones. Como se ha comentado, no se ha incluido una parte del material al no existir en ellos un diálogo entre voces, siendo meras descripciones o enunciados de una VD del sujeto. No obstante, se utilizarán para apoyar las conclusiones extraídas y algunos serán mostrados como comentarios en los resultados.

Inicialmente, la búsqueda y concreción de las voces se realizó partiendo de diferentes matices expresivos que habían sido identificados en el paso 1 (familiarización e indexación), en base a diferentes matices. Así, inicialmente se resaltaron 30 matices de expresión diferentes, que pueden observarse en el cuadro 2.4. Profundizando en cada tema, y atendiendo a la intencionalidad y sentido de las voces, se categorizaron 6 voces que recogen todas estas expresiones y matices hallados.

Narradora	Director	Filósofo	Aliado	Rivalidad
Justicia	Injusticia	Control Conocimiento Confianza Orden	Descontrol Ignorancia Desconfianza Caos	Inseguridad Tacañería
Generosidad	Autónomo Independiente	Dependiente	Mesiánica	Tranquilidad Estabilidad
Inestabilidad	Amistad Sociabilidad	Soledad Asocial	Apoyo Arropamiento	Abandono Desvalimiento
Hogar	Alienación	Cuidador	Realista Racionalista	Ataques de Nervios Fobias
Convaleciente	Desesperanza	Desengaño	Rivalidad	Resentimiento

Cuadro 2.4. *Matices expresivos surgidos en el análisis preliminar.*

Al inicio del proceso se seleccionaron 82 fragmentos, sobre los que se trabajó.

Posteriormente, en las sucesivas revisiones dos de ellos se dividieron y se

incluyó uno nuevo que anteriormente no se había considerado. Lo que hace un total de 85.

4. *Describir el proceso de la asimilación.* Finalmente, se pasó a describir el proceso de la asimilación utilizando todos los datos extraídos de los fragmentos y su análisis. Esta descripción se puede observar en el capítulo de resultados. Para ello, se valoraron todos los fragmentos seleccionados, según la escala APES. Esta valoración fue realizada de forma inicial por el investigador principal y la Dra. Caro, llevando a cabo un proceso iterativo en el que se planteaban las valoraciones y se trataba de llegar a un acuerdo en las divergencias. Cuando se consideró que ya había un consenso suficientemente alto, se invitó a otro juez (Dr. Pérez) para poder contrastar los acuerdos alcanzados.

Las kappas de Cohen que se obtuvieron eran muy bajas, oscilando entre .65 y .5 a acuerdos más bajos, como .19 ó .20; incluso 0.00 en alguna de las narraciones. Por dicho motivo, se volverá sobre esta cuestión en el apartado de las Limitaciones. A la vista del gran número de desacuerdos, se realizó una revisión entre todos los jueces donde se observó que parte de los desacuerdos eran debidos a matices a la hora de realizar la puntuación que, una vez puestos en común, permitieron ajustar las puntuaciones entre los tres jueces hasta llegar a un acuerdo total. Al revisar la codificación se modificaron 2/3 de los desacuerdos en el sentido planteado inicialmente por el investigador principal y la Dr. Caro (es decir, confirmando su codificación), y el tercio restante en el sentido de la valoración planteada por el Dr. Pérez (es decir, confirmando su codificación).

A modo de resumen, en total participaron 3 jueces, los dos primeros hicieron

un proceso iterativo que derivó en un acuerdo de las puntuaciones que posteriormente fueron contrastadas con un juez externo. La descripción de cada uno de los jueces es la siguiente:

- Juez 1. Restituto Vañó Monllor. 6 años de experiencia en el modelo de la asimilación.
- Juez 2. Isabel Caro Gabalda. Con más de 30 años de experiencia como terapeuta y 16 años de trabajo en el modelo de la asimilación.
- Juez 3. Dr. Sergio Pérez Ruíz, con 15 años de experiencia como terapeuta y 5 años de experiencia en el modelo de asimilación.

2.3.1. Resultados del procedimiento.

A lo largo de las 13 narraciones el sujeto trata de expresar el sentido de su vida y su relación con el entorno. Las primeras narraciones estuvieron condicionadas por las conversaciones mantenidas con el sujeto, pero a partir de la 4ª narración el sujeto empezó a escribir sobre lo que le importaba a él, y no sobre ningún tema propuesto.

El nombre de cada una de las narraciones del sujeto se puede observar en el cuadro 2.2: Narraciones del Sujeto X a lo largo de 3 meses.



Figura 2.2. Temas surgidos en las narraciones del Sujeto X.

2.3.2. Los temas.

Los temas sobre los que el sujeto habla en esas narraciones son 6, y se han dibujado en la figura 2.2. Si atendemos a la descripción de estos temas:

1. “*El centro del mundo*”. En este tema, el sujeto se expresa como si él fuera el centro del mundo y de alguna manera sus necesidades, cuidados, sus pretensiones, etc., se tuvieran que satisfacer por parte de los demás. El sujeto

habla en forma pasada y presente, exponiendo y/o reclamando las condiciones que han de satisfacerse para que lo que le rodea cubra sus necesidades o estándares de lo que merece (bien por su buena fe, o por el mero hecho de existir). Es un tema que recoge sus demandas y sus quejas por cuanto él se considera el centro de atención, el centro del mundo, y las personas que hay a su alrededor no responden adecuadamente a sus cualidades, intenciones, a su valía. Algunos ejemplos contrastantes:

- “Atención”: “Rivalizamos por mucho tiempo ante todos. Y había entre nosotros una especie de guerra fría. Parece que mi hermano ganó porque solía llevarse “el gato al agua” pese a no ser serio ni desinteresado, pero tenía un carisma enorme”.
- “Cuidados”: “[...] al momento presente en el que estoy cuidado por mi hermano como si fuera mi madre, pero descuidado en cierta medida por las imperfecciones de su sistema. Me siento agradecido con que me cuide, pero no del todo porque acomete fallos que no me gustan nada”.
- “Necesidades”: “A mi hermano no le gusta que le llamen a cualquier hora y me ha puesto un régimen de llamadas. Y cuando hablo con él siento que no me entiende del todo pues es una mente realista juzgando una soñadora”.

2. “*Amor*”. En el tema del Amor el sujeto expresa su deseo de tener pareja, generalmente centrándose en una persona concreta. De alguna manera hay una cierta intención, expresada a través de expresiones como: “Yo busco...”, “buscaré el amor”. Se ha descartado en este tema un fragmento en el cual el sujeto, hablando de sus relaciones, expresa: “Se me olvidaba que también

intento tener una relación...”, ya que esa referencia a la persona amada está más dirigida al tipo de relaciones que tiene o le gustaría tener que no a una búsqueda de la pareja.

Un ejemplo de un fragmento que hace referencia a este tema:

- “Yo busco el amor de R., una ex compañera de clase de hace mucho tiempo que es una barriobajera, está con otro y tiene un hijo. Y mi hermano me la prohíbe por ser peligrosa. También me prohíbe tener novia pues no estoy preparado. Eso en cierta manera es cierto, con la de achaques que tengo como para tener una”.

3. “**Enfermedad mental**”. En el tema de la enfermedad mental habla de sus síntomas, sus delirios, etc. Vamos a exponer de ejemplo un fragmento que fue desestimado de la evaluación ya que era una exposición de la VD y refrendaba su identidad de enfermo mental, lo que es interesante para considerar la posición y fuerza de esa voz: “Bueno, de todas formas, yo he aprendido de mis aciertos y de mis fracasos. Y siento que alternativamente vendré a la vida unas veces de duro y otras de compasión. Esta vida toca ser compasivo, pero la próxima tocará de duro, pero siempre de una manera más equilibrada. Todas mis vidas seré un enfermo mental”.

Algunos fragmentos que hacen referencia a este tema son:

- Ansiedad: “Cuando estoy en el refugio, la ansiedad hasta se torna placentera. Pero este síntoma es odioso pues no tengo control sobre él y puede interrumpir cualquier cosa que esté haciendo. No he experimentado qué pasaría si no tuviera un refugio donde refugiarme, ni querría llegar a hacerlo pues podría ser fatal. Esto se parece a los ataques

de miedo que provocaron un intento de suicidio”.

- Delirios: “Yo soy la reencarnación de Cristo porque quiero serlo, pues yo sería el Ser más sabio. Pero, aunque me parezco hay importantes diferencias. Cristo es el colmo de la fe, y yo soy fe y razón. ¿Podría ser yo mejor en fe y en razón al mismo tiempo? ¿Aunque hubiera diferencias, estarían justificadas porque de una vida a otra se evoluciona? No lo sé, y hasta que no pueda discernir debo dejar el juicio suspendido, puede que sí o que no.”

4. “*Mis relaciones*”. Este tema surge exclusivamente en la narración 2. En este sentido hay que tener en cuenta que en esta narración el sujeto todavía se dejaba llevar por la escritura sobre temas propuestos por el investigador. En esta narración el sujeto expresa cómo son las relaciones que tiene con la sociedad, incluyendo a sus padres, la gente del entorno (que le rechazan por el estigma de la enfermedad mental), algunos amigos, y aunque casi se le olvida, su persona de referencia en relación con el ‘Amor’. Este tema podría considerarse un subtema de “Yo soy el centro del mundo”, ya que su visión de las relaciones siempre se hace desde su propia perspectiva personal, pero se ha optado por separarlo para incluir aquellos que no se centran tanto en sus necesidades y cuidados (por ello, la figura de su hermano, que actúa de responsable y cuidador, como un tutor, queda principalmente recogida en tema de ‘el centro del mundo’ y no en éste). Algunos ejemplos:

- “Mi padre sigue vivo y es un dictador, pero con todo se parece a mí, solemos comunicarnos en las cosas que tenemos en común que son pocas”.
- “Mis compañeros de rol, pero nos distanciamos y volver ahora está

complicado porque, entre otras cosas, está lejos de casa y con mi ansiedad preciso que esté cerca”

5. “*Yo en el mundo*”. En este tema el sujeto habla en primera persona y relata las tareas que ha de realizar, emprender, sus aspiraciones, etc. Aunque en ocasiones habla de los síntomas de la enfermedad mental, el sentido es cuánto le afecta a su estar en el mundo, por lo que se ha considerado como únicamente perteneciente a este tema. En alguna ocasión, fragmentos de este tema sí se han visto relacionados con el tema de la “Enfermedad mental” o de “El Amor”.

Dos breves ejemplos de este tema son:

- “Yo tengo que cuidar de mi casa y de mí mismo, pero acometo muchas deficiencias pues constantemente me estoy preocupando por todo y no hallo tiempo para cuidar bien de estas cosas. Pero en ello estoy”.
- “Yo tengo la aspiración de trabajar, pero tengo entre muchos el impedimento de los ataques de ansiedad que hasta que no desaparezcan no podre prácticamente trabajar, aparte de que también habrá de mejorar más cosas. Para ello, mientras tanto, buscare ir al CRIS para recibir terapia y pasar el tiempo. [...]”.

2.3.3. Las voces.

Se consensuaron entre los jueces seis voces principales, tres de ellas Dominantes y otras tres No Dominantes:

VOCES DOMINANTES	VOCES NO DOMINANTES
Seguridad	Caos
Sentido de vida	Crisis de fe
Enfermedad mental	Estigma

Cuadro 2.9: Voces de las narraciones

Para definir las voces se ha utilizado el Diccionario de la Lengua Española (2014), de la Real Academia de la Lengua. El significado de estas voces sería el siguiente, indicando sólo las acepciones relacionadas con su significado:

Las Voces Dominantes.

1. **Seguridad:** Según la Real Academia de la Lengua, el término “Seguridad”

hace referencia a:

- a) *f. Cualidad de seguro.*
- b) *f. Servicio encargado de la seguridad de una persona, de una empresa, de un edificio, etc.*
- c) *f. desus. Fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien.*

El diccionario nos indica diferentes acepciones como Seguridad activa, que hace referencia: “f. Transp. seguridad que proporciona un conjunto de mecanismos, características o prestaciones de un vehículo cuya función es evitar o prevenir accidentes. La seguridad activa del vehículo incluye un sofisticado sistema de frenos”.

Se señala esta acepción porque para el sujeto, de alguna manera, su VD de

seguridad tendría esta característica activa de protegerle antes de que pueda ocurrir cualquier incidente no deseado.

De forma más específica, para el Sujeto X, el concepto de seguridad es la búsqueda de un conjunto de situaciones, mecanismos, características, prestaciones, recursos, con la función de prevenir o evitar accidentes personales. Entre estas funciones está la de demandar las condiciones básicas para su vida, buscar una zona de seguridad (su habitación), evitar subir a vehículos que le puedan alejar de la posible zona de seguridad, ante cualquier síntoma negativo acudir a la zona de seguridad (lo que conlleva evitar afrontar miedos, fobias, hacer tareas desagradables como la limpieza de la casa, etc.). Si intentamos disgregar esta VD en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: Se plantea señalar aquello que le da seguridad, y que suele ser algo estable. Así, recuerda cómo estaba cuidado por su madre, y hace continuas referencias a ello. En su proyección hacia el futuro se plantea un mundo ideal donde sus problemas habrán desaparecido.
- A nivel de “Emociones”: A nivel emocional esta voz no tiene mucho desarrollo. De hecho, surge para mitigar cualquier mínimo acceso de cambio, o cualquier emoción que no sepa gestionar. Es de resaltar una expresión utilizada cuando se encuentra en un lugar seguro después de un ataque de ansiedad: “Cuando estoy en el refugio, la ansiedad hasta se torna placentera”, lo que resaltaría una negatividad minimizada.
- A nivel de “Conductas”: El sujeto se circunscribe a acciones y tareas que le mantienen en una zona de seguridad muy estrecha. Así, no cruza

puentes, sube en coche, sube por escaleras mecánicas, etc. porque si en esos momentos le diera un ataque de ansiedad podría tener difícil el acceso a una zona segura. En ocasiones, esta voz es tan fuerte que no deja a las Voces No Dominantes expresarse más allá de una queja, impidiendo que el sujeto realmente procese sus experiencias problemáticas.

2. **Sentido de vida.** Con todas las acepciones correspondientes a las palabras “Sentido” y “Vida”, extraídas del diccionario, podemos resumir esta VD como una voz que tiene y busca su “modo particular de enfocar, de entender o de juzgar el hecho de estar vivo; su razón de ser”.

Si intentamos disgregar esta VD en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: El sujeto proyecta las posibles ganancias presentes y futuras de las acciones llevadas a cabo, así como en aquellos aspectos de la vida que son imprescindibles (p.ej., el Amor). En ocasiones, a nivel social, destacan los pensamientos sobre la dependencia vs. independencia. Así, valora la mejora en independencia y que su hermano cuide de él.
- A nivel de “Emociones”: En esta VD, la afectividad esta minimizada y sólo surge ante expresiones de la VND que señalan que no es atendido como merece y, por lo tanto, su sentido de vida está amenazado (la vida no es como debería ser). En esos momentos, el estado emocional predominante es el de la queja hacia su hermano, o hacia cualquier otra figura u objeto.
- A nivel de “Conductas”: El sujeto busca un movimiento hacia la

independencia, siempre dentro de una gran seguridad respecto a que no va a salir perdiendo ninguna de las ventajas de las que hasta ese momento disfruta. Ello conlleva que cualquier cambio se realiza muy lentamente, ya que, si bien puede suponer una ganancia, en ningún momento ha de suponer una disminución de su confort en otras áreas como la seguridad (económica, social, etc.).

Esta voz suele aparecer relacionada con la Voz de la Enfermedad Mental, en los temas donde los Delirios se convierten en un objeto de referencia.

3. **Enfermedad Mental.** Según la Real Academia de la Lengua, por “enfermedad” hemos de entender:

- a) *f. Alteración más o menos grave de la salud.*
- b) *f. Pasión dañosa o alteración en lo moral o espiritual. La ambición es enfermedad que difícilmente se cura. Las enfermedades del alma o del espíritu.*
- c) *f. Anormalidad dañosa en el funcionamiento de una institución, colectividad, etc.*

Por su parte, el adjetivo “mental” se define como:

- a) *adj. Perteneciente o relativo a la mente.*
2. En el Diccionario encontramos la acepción “Trastorno Mental”, que podría ser equivalente al significado que el usuario da a esta VD:

- a) *m. Der. En el derecho penal, una de las circunstancias eximentes o atenuantes de la responsabilidad criminal.*
- b) *m. Psicol. Perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento.*

Aunque el sentido más acorde con la voz del sujeto viene definido por la

acepción ‘Trastorno Mental’ se ha decidido seguir utilizando el termino de ‘Enfermedad Mental’ por suponer una alteración de la que el trastorno del sujeto sería una variante más. Es por ello que esta voz, utilizada por el sujeto, vendría a significar la voz de una persona que presenta una “alteración/perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento, eximente o atenuante de la responsabilidad. Esta VD surge como respuesta a las dudas sobre la sostenibilidad de sus delirios, su insistencia en mantener unos planteamientos y deseos sobre el amor muy concretos, su repulsa al estigma que le impulsa a sentirse diferente y se convierte en una voz dominante que potencia su diferenciación como algo de valor. Por supuesto, aparece también todas las veces que habla de su enfermedad mental y los síntomas o problemas que le aquejan.

Si intentamos disgregar esta voz en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: El sujeto se identifica con este rol de enfermo mental, y sus pensamientos generalizan la enfermedad mental a todo su espectro vital, e incluso lo extiende más allá. Los delirios forman parte de esta voz, y pueden ser una forma de dar sentido a su vida proyectando el alto nivel de impacto que le gustaría que tuviera su vida.
- A nivel de “Emociones”: Las emociones, en esta voz, suelen estar minimizadas o en su caso ser positivas, ya que se centran en la emoción que sentiría si sus delirios fueran concordantes con la realidad. El contraste emocional surge cuando otra voz pone en duda o cuestiona este hecho.

- A nivel de “Conductas”: Sus conductas se centran en intentar mantener las creencias, aunque la única base de sustentación sea que quiere que las cosas sean de esa manera. A partir de este supuesto, niega cualquier contraste de su pensamiento con la realidad y trata de convencer a la/s otra/s persona/s de su posible error. En cualquier caso, él nunca cede ya que es el otro el que puede estar equivocado, y no se plantea cambiar de conducta ni de pensamientos.

Las Voces No Dominantes.

1. La voz del **Caos** es una Voz No Dominante cuyo significado, en base al Diccionario de la Lengua, es:

- a) *m. Estado amorfo e indefinido que se supone anterior a la ordenación del cosmos.*
- b) *m. Confusión, desorden.*
- c) *m. Fís. y Mat. Comportamiento aparentemente errático e impredecible de algunos sistemas dinámicos deterministas con gran sensibilidad a las condiciones iniciales.*

Esta voz expresa el desorden y confusión en su vida, que las cosas no sucedan según sus deseos y expectativas. Es una expresión acerca de la falta de control que se dispone sobre los acontecimientos ante la aparición incontrolada de la sintomatología. Es la VND con mayor presencia en las narraciones, en su mayor parte interviene con la VD de Seguridad que suele acallarla, cambiar de tema, etc.

Si intentamos disgregar esta VND en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: Esta voz expresa su inconformidad, su

incomprensión porque las cosas no son como él espera, o no cumplan los requisitos ideales que él considera. Así, p.ej. se queja de la falta de atención que ha tenido siendo una persona íntegra y con valores nobles, se queja de que los demás no cubran todas sus necesidades; sin llegar a tener conciencia de las necesidades de los demás, o si alcanza esta comprensión justificándose que él es un enfermo mental.

- A nivel de “Emociones”: A nivel emocional, esta voz expresa el dolor y el sufrimiento porque el mundo no responde según él se merece. En general no es un sufrimiento definido, sino que suele ser más la expresión de una queja o de unas emociones desconocidas resultado de que las voces dominantes no permiten que se exprese. El sujeto no llega a comprender el porqué de las cosas y las emociones desagradables aparecen sin saber por qué.
- A nivel de “Conductas”: Suele expresarse esta voz en forma de queja, aunque en algunas ocasiones puede establecer cierto dialogo con otras voces. Puede darse el caso de que derive en una conducta de rebeldía (p.ej. “he desvelado sus secretos [de su hermano] a mi padre considerando yo después que no debería haberlo hecho”) sobre la que luego él no se exige responsabilidades, como sí las exige a los demás.

2. La voz **Crisis de fe** hace referencia a “*Cambio profundo y de consecuencias importantes en relación con la virtud y creencias personales*”.

Si intentamos disgregar esta VND en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: Esta voz plantea dudas sobre los supuestos en que se basan sus delirios, de tal forma le que permite suavizar los

criterios de otras voces y le permite replantear sus delirios.

- A nivel de “Emociones”: Su emoción es negativa, aunque de un nivel menor, ya que de otro modo podría activar la respuesta de una VD mucho más fuerte como la de Seguridad. Así, es una especie de Voz de la Conciencia que le refleja a su VD que los referentes que tiene no son tan virtuosos o tan deseables para él como esa voz pretende.
- A nivel de “Conductas”: Se centra en comparar los ideales de referencia que sustentan sus delirios con la realidad de su vida.

3. Finalmente, nos queda la Voz No Dominante denominada “**Estigma**”.

Basándonos en el diccionario de la lengua, esta voz tiene la siguiente consideración: “*persona ‘con mala fama’, desdoro, que supone una afrenta*”.

Si intentamos disgregar esta voz en los pensamientos, emociones y conductas que responden a ella hemos de considerar que:

- A nivel de “Pensamientos”: Esta voz se centra en la marginalidad, en la discriminación que sufre por parte de otras personas por el hecho de tener enfermedad mental.
- A nivel de “Emociones”: A nivel emocional, el afecto es negativo, aunque no es un nivel emocional muy alto sí que activa la presencia de la VD de Seguridad.
- A nivel de “Conductas”: La conducta suele ser la expresión de una queja por la injusticia que supone que otros lo discriminen, por la actitud de las personas que se molestan porque él tenga una enfermedad mental, o por las consecuencias de dicha discriminación.

En la figura 2.2 podemos ver las voces relacionadas entre sí a través de una arista cuyo grosor indica el peso de la relación. Así, podemos asumir que la VND de *Caos*

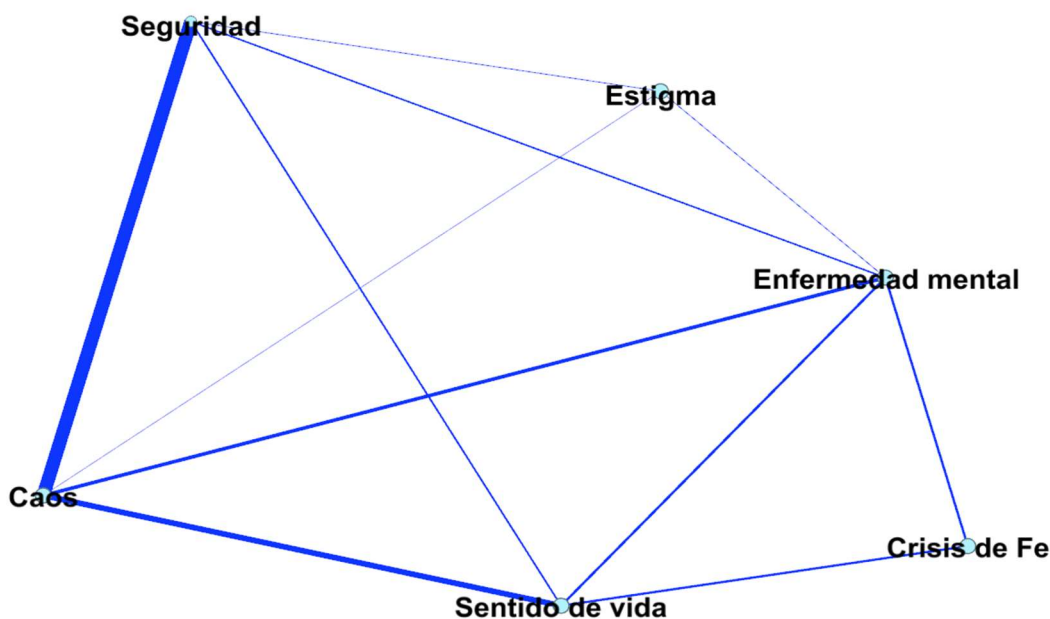


Figura 2.2. Relación entre las voces

suele activar preferentemente la VD de *Seguridad*, y en menor medida la de *Sentido de Vida* y la de *Enfermedad*. Por su parte, la VND de *Estigma* activa dos Voces Dominantes (*Seguridad* y *Enfermedad*). Por su parte, la VND de *Crisis de Fe* únicamente activa las VDs de *Sentido de Vida* y *Enfermedad Mental*. Conviene destacar que las VDs de *Seguridad* y *Sentido de Vida* también parecen estar conectadas, así como las voces de *Seguridad* y *Enfermedad Mental*. Por su parte, el peso de la voz de *Estigma* con las voces de *Caos*, *Seguridad* y *Enfermedad Mental* es muy pequeño.

Para finalizar, y a modo de resumen, hemos de indicar que se han obtenido un total de 13 narraciones, dos de las cuales se han descartado por no presentar ningún diálogo entre las VDs y las VNDs. De las 11 narraciones restantes se han extraído un total de 85 fragmentos. En 10 de ellos se ha encontrado convergencia de temas, por lo que se encuentran incluidos en dos temas diferentes, haciendo un total de 95 fragmentos. Por otro lado, se han identificado 6 voces, 3 dominantes: *Seguridad*, *Enfermedad mental* y *Sentido de vida*; y 3 no dominantes: *Caos*, *Crisis de fe* y *Estigma*.

CAPÍTULO 3.

RESULTADOS.

Antes de pasar a descubrir el proceso de asimilación a través de las distintas narraciones del Sujeto X, nos vamos a detener a exponer, brevemente, los resultados obtenidos en cuanto a la comparación estándar Pretest-Postest, valorando las diferencias entre las puntuaciones según el Índice de Cambio Fiable (ICF o RCI (*Reliable Change Index*, en inglés; de Jacobson y Truax, 1991).

3.1. Cambio entre el Pretest–Postest del Sujeto X.

El primer objetivo del que partíamos al realizar la presente investigación, consistía en estudiar el *cambio obtenido, a través de las narraciones, entre el Pretest y el Postest*.

En la tabla 3.1 podemos observar las puntuaciones en las escalas utilizadas antes y después del tratamiento. Así, vamos a pasar a centrarnos en las *comparaciones de las pruebas estándar* (BDI, HAD, SCL-90-R, STAI y PANNS) que le fueron administradas al sujeto, señaladas en el *capítulo 2*.

Como se puede apreciar en los datos de las puntuaciones obtenidas con el HAD, BDI y STAI-R (ver tabla 3.1), no sólo no se aprecia mejora estas pruebas, sino que lo que se aprecia es un empeoramiento en las puntuaciones (a excepción del HAD-D). En este punto hay dos aspectos a los que podemos prestar atención. Por un lado, encontramos la variación en las puntuaciones de cada cuestionario entre el Pretest y el Postest, y por otro hay que señalar que mientras que en el BDI encontramos un empeoramiento en la depresión, en el HAD-D lo que se obtiene es una mejoría, presumiblemente.

	Pretratamiento	Posttratamiento	Puntos de corte clínicos	Cambio clínico	Diferencia Cambio	ICF*	Cambio estadísticamente significativo	Interpretación
BDI	10	16	13.09	NO	-6	1.25	No	SC
HAD-A	12	15	8.83	NO	-3	1.006	No	SC
HAD-D	7	5	5.63	NO	2	-0.65	No	SC
STAI-E	60	80	24.94	NO	-20	4.45	Si	Deterioro
STAI-R	80	87	28.36	NO	-7	1.40	No	SC
SOM	0.6	0.75	0.93	NO**	-0.15	.15	No	SC
OBS	2	2.5	0.87	NO	-0.5	1.08	No	SC
INT	1.33	2.44	0.88	NO	-1.11	2.22	Si	Deterioro
DEP	1.76	2.76	1.02	NO	-1	2.17	Si	Deterioro
ANS	2.4	3	0.89	NO	-0.6	1.42	No	SC
HOS	0.33	1	0.68	NO	-0.66	1.26	No	SC
FOB	1.28	1.57	0.44	NO	-0.29	0.52	No	SC
PAR	0.66	3	0.74	NO	-2.34	3.75	Si	Deterioro
PSI	0.9	2.2	0.4	NO	-1.3	2.93	Si	Deterioro
GSI	1.32	2.16	0.79	NO	-0.84	3.81	Si	Deterioro
PANSS (+)	21	20	6.04	NO	1	-0.22	No	SC
PANSS (-)	16	16	8.67	NO	0	0	No	SC
PANSS (TOTAL)	36	38	18.74	NO	2	.32	No	SC

*Valores de ICF > 1.96 resultan estadísticamente significativos para $p < 0.05$. A medida que se incrementa el valor de la RCI menor es la probabilidad de que el cambio observado sea debido al error

**Por debajo del pun

Tabla 3.1. Cambio clínica y estadísticamente significativo en el BDI, HAD, SCL-90-R y PANSS.

A partir de Iraurgi (2010) y sobre ejemplo elaborado por Iraurgi, et al. (2015)

En general, a través de la Tabla 3.1., podemos observar que en líneas generales el sujeto muestra un empeoramiento entre el Pretest y el Postest, que en el STAI-E, y y en los factores de *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ideación paranoide* y *psicoticismo* (del SCL-90-R) sobrepasa el umbral del *RCI* ($> .196$), y que ha de interpretarse como deterioro. Para el cálculo del RCI se han revisado los trabajos de Iraurgi (2000, 2009, 2010)

Si atendemos al STAI-E nos encontramos que el sujeto muestra un empeoramiento en el Postest, frente a las puntuaciones obtenidas en el Pretest. Además, este empeoramiento se ve de forma más clara en el STAI-E, con una diferencia de 20 puntos entre las puntuaciones transformadas de ambos pases, mientras que en el STAI-R la diferencia es de sólo 7 puntos entre ambas puntuaciones transformadas.

En el SCL-90-R, también podemos apreciar que hay un empeoramiento general en todos los índices sintomáticos, a excepción del referido a fobias que se muestra con una puntuación similar.

Sí queremos destacar que el índice de sintomatología positiva es bastante elevado tanto en el Pretest como en el Postest, y el valor GSI, indicador más sensible del sufrimiento psicológico global del sujeto, aumenta también de forma bastante importante.

Las puntuaciones PST en el Pretest y Postest (68 y 77, respectivamente) nos hacen plantearnos la posible existencia de un estilo de respuesta aumentador, aunque no queda bien reflejado en el Manual del SCL-90-R (Derogatis, 1977) si las puntuaciones sugeridas se aplican a todas las muestras o únicamente a las muestras de población no clínica. En concreto, Derogatis (1977, p. 20), “se deben tener en cuenta [...] los indicadores PST y PSDI para detectar la presencia de un estilo de respuesta ‘aumentador’ o ‘reductor’ que puede distorsionar las puntuaciones del test. Deben

tratarse con precaución los protocolos en los que en un varón haya 3 o menos respuestas positivas o 4 en mujeres, y en sentido opuesto, más de 50 síntomas positivos en varones o 60 en mujeres”.

Su aplicación exclusiva a la muestra no clínica conllevaría que los sujetos que se situaran en los límites propuestos en el Manual se posicionaran en percentiles inferiores al 5% o superiores al 95%. Si extrapolamos estos datos a la muestra psiquiátrica comprobaríamos que el sujeto se encuentra por debajo de estos límites, por lo que no podríamos considerar esta tendencia de respuesta extrema.

No obstante, la puntuación obtenida en el PSDI (*índice de severidad de síntomas presentes*), en el Pretest y el Postest, nos hace plantearnos que hay una variación bastante importante, habiendo pasado de situarse en el percentil 35 en el Pretest a hacerlo en el 70 en el Postest. Todo ello nos lleva a valorar con cuidado las puntuaciones del sujeto, ya que por un lado las *puntuaciones totales positivas* (PST) son de 68 y 77, en el Pretest y el Postest, lo que hace que se encuentren en el percentil 75 y 90 respectivamente, y las puntuaciones PSDI se sitúan en los percentiles 35 y 70, en el Pretest y Postest. Lo que nos lleva a no poder descartar la afirmación realizada por el sujeto en cuanto a la posible presencia de un sesgo, tal como expresó el sujeto, e incluso quizá un posible efecto contrario en el Postest

En cuanto a la escala PANSS, los resultados son similares en el Pretest y el Postest, con alguna variación en cuanto a una mayor *susplicacia y prejuicio* en el Pretest y la presencia de una mayor cantidad *de manierismos y posturas*, así como *inusuales contenidos de pensamiento*, en el Postest.

En total, las puntuaciones obtenidas son las siguientes, en base a Bobes et al. (2004):

- En la Escala positiva de la PANSS, una puntuación de 22, supera levemente

el percentil 25.

- En la Escala negativa de la PANSS, una puntuación de 16, no alcanza el percentil 25 por poco.
- En la Escala Compuesta de la PANSS, se obtiene una puntuación de 6, que corresponde con un percentil entre 50-75.
- En la Escala de Psicopatología, una puntuación de 35, lo que lo sitúa en un percentil cercano al 25 pero que no llega a él.

En cuanto a la información categorial que proporciona esta escala nos encontramos que, utilizando tanto el sistema más restrictivo como el menos restrictivo, el trastorno esquizofrénico es positivo.

En definitiva, tras el proceso de escribir sus narraciones, con el apoyo de una serie de sesiones de Counselling, el sujeto X se encuentra en un estado sintomatológico peor en cuanto a los indicadores utilizados. No obstante, tampoco podemos estar seguros de si el sesgo de deseabilidad que sugirió el sujeto en la entrevista, donde se rellenaron los cuestionarios, no sea el responsable de una parte de estos resultados, en tanto que en el SCL-90-R se observa que las puntuaciones PSDI del Pretest y del Posttest difieren mucho, mientras que no hay tanta variación en las puntuaciones PST. La evaluación realizada con la PANSS nos plantea una puntuación similar en el Pretest y el Posttest, con pequeñas variaciones en dos de los ítems de la Escala de Psicopatología General (*manierismos y posturas, y inusuales contenidos del pensamiento*) que sí muestran un ligero empeoramiento; y en la escala positiva, en ítem de *susplicacia/prejuicio*, donde el resultado marca la ausencia de ese síntoma.

3.2. Describir el proceso de asimilación en las distintas narraciones.

Como se ha comentado en el *capítulo 2, Método*, la primera selección de pasajes fue realizada por el investigador principal que era, a su vez, el que tenía un contacto más directo con el sujeto; lo que de alguna manera le aportaba cierto conocimiento acerca de su forma de expresión habitual.

Si atendemos a los niveles APES encontrados a lo largo de las narraciones, en la *Figura 3.1.*, podemos ver que éstos oscilan entre el nivel 1, de *pensamientos no deseados*, hasta el nivel 5, de *elaboración/ aplicación*; no habiendo encontrado ningún fragmento que se sitúe en los niveles 0, 6 o 7.

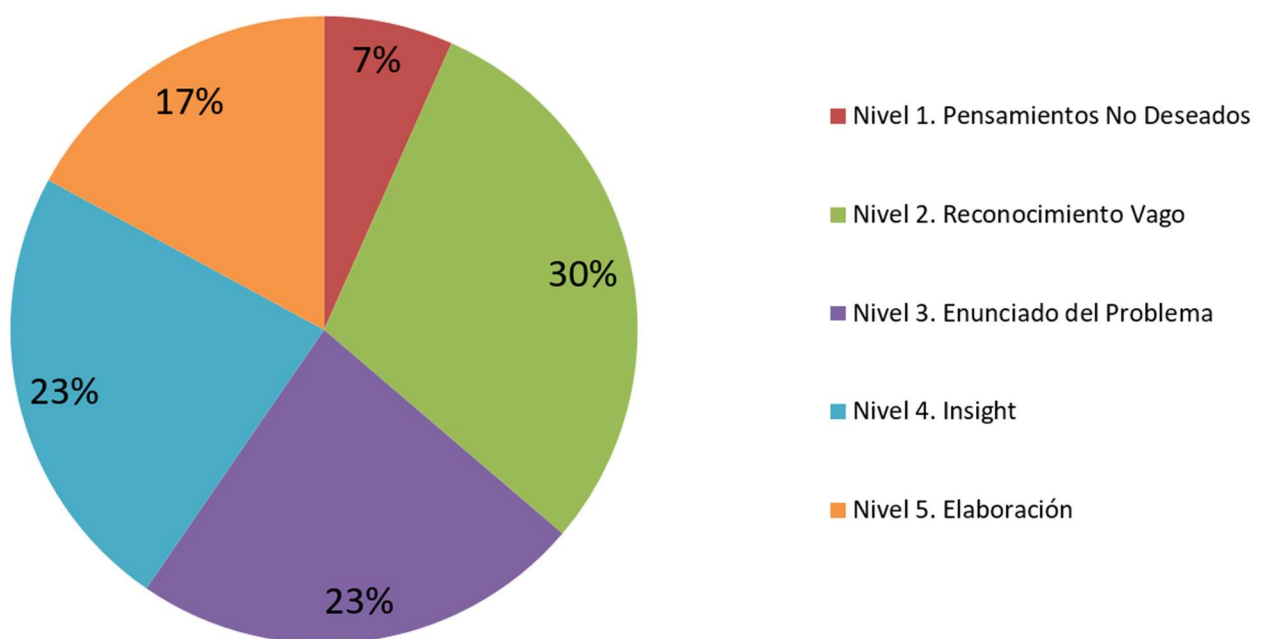


Figura 3.1. Niveles de asimilación en todas las narraciones.

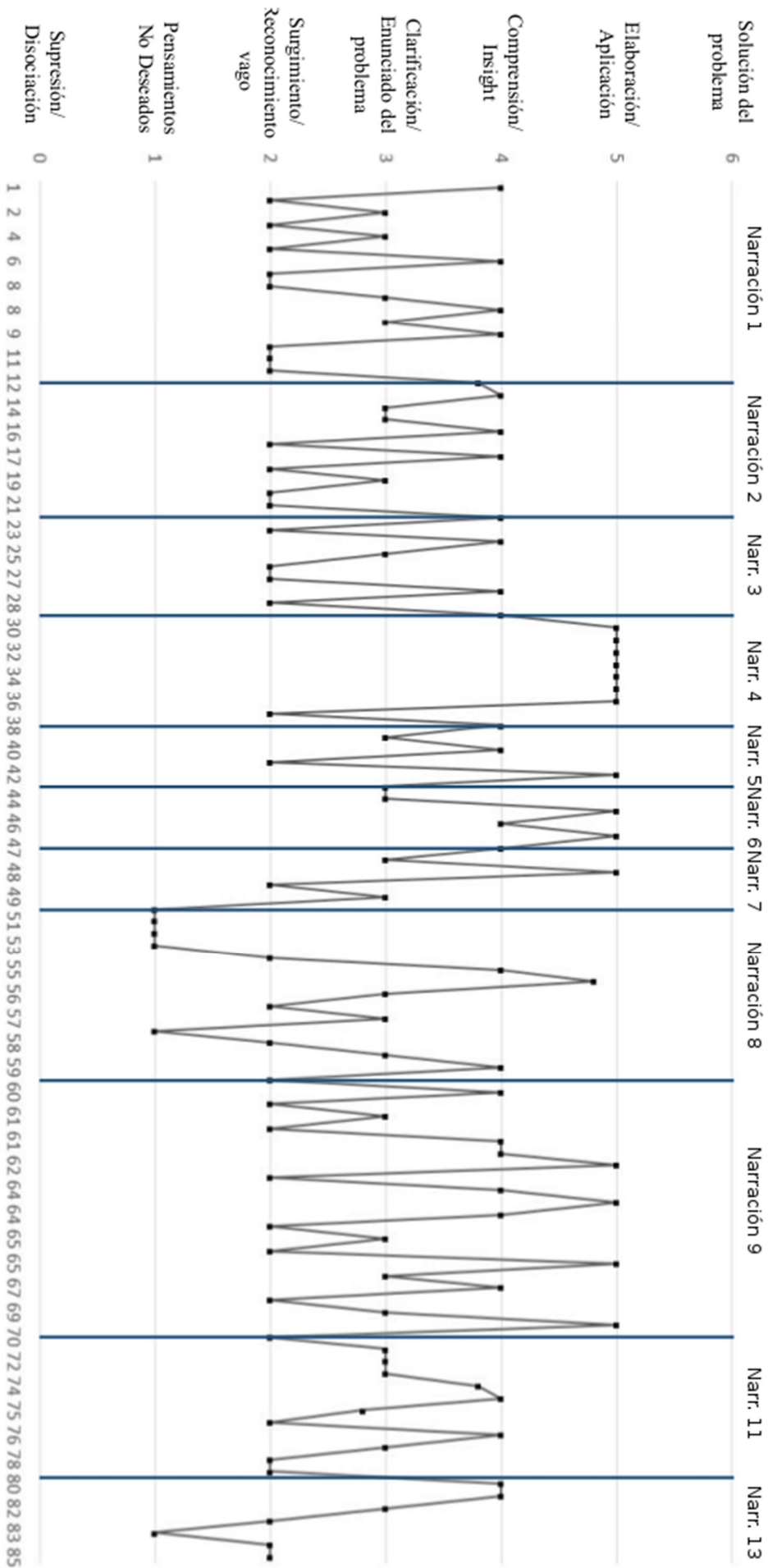


Figura 3.2. Proceso de asimilación de experiencias problemáticas del Sujeto X.

En la figura 3.2, se aprecia el gráfico del proceso de las puntuaciones que corresponden al conjunto de los temas extraídos de las narraciones.

Podemos observar que el sujeto logra alcanzar en repetidas ocasiones el nivel 4 de *Insight*, e incluso el nivel 5 de *Elaboración/ Aplicación*, pero posteriormente suelen producirse retrocesos que llegan en algunos casos al nivel 1, de *Pensamientos no deseados*. No obstante, en este caso, en el que nos encontramos narraciones que el sujeto realiza de forma prácticamente libre, es difícil tener una idea general del proceso ya que, además, en esta figura están incluidas las puntuaciones de 5 temas diferentes expresados de forma libre por el sujeto X. Por otro lado, esta figura nos informa, junto con la información recogida anteriormente por las pruebas *Pretest* y *Postest*, que nos encontramos con un caso donde parece no haber una mejoría, y el proceso de asimilación no se afianza (pese a obtener un nivel alto de puntuaciones en el nivel de *Insight*, e incluso en el de *Elaboración/ Aplicación*).

Como ya se ha sugerido, se han identificado cinco temas diferentes a lo largo de las narraciones del Sujeto X. El tema denominado “Mis relaciones” se circunscribió a una narración concreta, la número 2, y el resto de los temas se encontraban intercalados entre las diferentes narraciones que componían el material elaborado y aportado por el Sujeto X.

3.3. El proceso de intercambio entre las voces.

Vamos ahora a describir el proceso de asimilación usando las narraciones, teniendo en cuenta que en cada narración aparecen las voces. Por ello, vamos a señalar las voces que aparezcan en cada fragmento, el código APES que hemos acordado para el fragmento, y que indica en qué nivel del proceso se encuentra, y los marcadores que nos codifican ese nivel de la APES. Hay que tener en cuenta, como ya se ha comentado, que en una narración el sujeto puede plantear varios temas, viéndose a lo largo de los temas el proceso longitudinal de cada uno de ellos, y no en cada narración. Además, cabe señalar que en algunos momentos hay convergencia de temas.

Es importante detallar el modo en que se van a presentar los diferentes fragmentos de las narraciones en el análisis, ya que al realizar un seguimiento basado en los diferentes temas se puede crear cierta confusión.

En las narraciones se identificaron 85 *fragmentos* diferentes en los que se apreció un intercambio entre las voces dominantes (VDs) y las voces no dominantes (VNDs). Se van a presentar los diferentes temas, incluyendo en cada uno de ellos los fragmentos que lo integran (ordenados según su aparición de la narración 1 a la 13).

Vamos a utilizar unas figuras que intentan recoger toda la información disponible de cada tema: voces presentes y nivel alcanzado por las mismas, y un cuadro con el detalle de cada puntuación en los fragmentos que la integran. Hemos decidido incluir todas las voces, tanto dominantes como no dominantes del sujeto, aunque no aparezcan en un tema determinado. Ésto corresponderá a una línea recta en la parte inferior de cada figura. Pensamos que incluirlas todas refleja mejor su presencia o ausencia, es decir, relevancia en cada uno de los temas. En el cuadro inferior de los párrafos, la

ausencia de una voz aparecerá como una casilla en blanco.

Con el objeto de evitar confusiones, vamos a explicar con un poco de detalle la figura en base al primer tema que vamos a desarrollar, el tema del “Amor”.

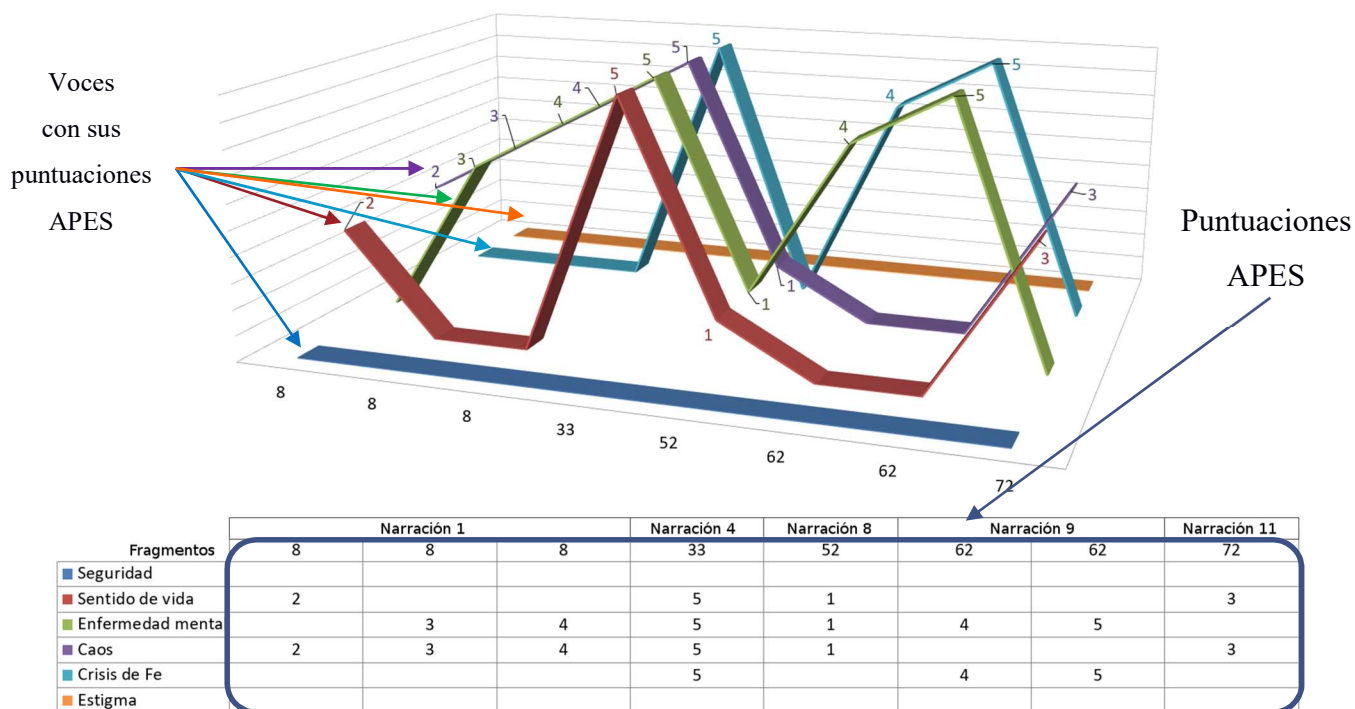


Figura 3.4. Proceso de asimilación de la experiencia problemática del ‘Amor’. (Ejemplo)

En esta figura podemos observar en la parte superior las voces que intervienen en cada fragmento que compone la narración y el nivel APES, y en la parte inferior un cuadro con el nombre de cada voz, y el color que la representa, seguido de las puntuaciones observadas en cada fragmento. Algunos fragmentos tienen varias puntuaciones APES, representando distintos movimientos de voces observados en él, (ver primeras puntuaciones de la figura 3.4, que corresponden al fragmento 8 de las narraciones).

Por otra parte, es importante señalar que cuando asignamos una puntuación a un fragmento, o parte de él (en esta figura y en las descripciones siguientes), estamos indicando que el juego de voces analizado (VDs y VNDs que interactúan) se ha

codificado en dicho nivel por las características de las dinámicas que entre las voces involucradas se establecen. Así, por ejemplo, en el nivel 1, de *Pensamientos No Deseados*, la VND puede no llegar a expresarse en forma de contenido explícito, pero sí estar presente en forma de afectos, sentimientos negativos, malestar, etc. En el nivel 2, *Reconocimiento vago*, la VND puede no estar muy definida y sólo tener conciencia de ella a través de la expresión de la VD, que reconoce la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables, aunque sin llegar a formular el problema con claridad.

En cualquiera de los dos ejemplos utilizados, la VD y la VND conforman el juego de voces, siendo éste el que se puntúa con la APES. De este modo, asignamos la misma puntuación a las dos voces que intervienen, porque indicamos en qué nivel se sitúa ese intercambio dialogal o juego de voces. Sin embargo, el código APES aparece relacionado con la voz (dominante o no dominante) que tenga en ese párrafo una mayor saliencia.

Al hacerlo de esta manera, tenemos la oportunidad de seguir el rastro de las voces de forma longitudinal. Por ejemplo, en dos fragmentos consecutivos la VD puede ser la misma, mientras que la VND con la que interactúa ser diferente, o viceversa.

Por tanto, en el desarrollo de los resultados resaltaremos una voz u otra, dependiendo de su saliencia en el juego de voces de cada uno de esos niveles de la APES localizados dentro de un fragmento; ya que, en un diálogo, cada voz (o comunidad de voces) se posiciona en relación con otra. Por poner un ejemplo, en un nivel 1 de la APES, como el comentado anteriormente, mencionaremos principalmente la VD porque es la que se expresa de forma más clara, mientras que posiblemente sólo hagamos mención a la presencia de una VND que incita a expresarse de esa forma a la VD. Pero la puntuación 1 se dará a ambas voces por cuanto el diálogo entre ambas está

en ese nivel 1, que se caracteriza por una VD que se expresa más claramente y una VND, implícita y que está presente en forma de afectos, sentimientos negativos, malestar, etc. Inhibidos por la VD.

Finalmente, queremos resaltar que todas las afirmaciones que vamos a realizar en los resultados hay que considerarlas como inferencias que realizamos a partir de los datos que disponemos del sujeto, los cuales provienen de diversas fuentes: narraciones, sesiones de Counselling, conocimiento previo del sujeto fuera de la investigación (tutorización y relación personal desde el año 2010).

3.2.1. Tema: El amor.

El tema de “el Amor” está compuesto por cinco fragmentos diferentes. Al analizarlos, en algunos de ellos se han encontrado diferentes niveles de asimilación, por lo que en la figura, y en el análisis, se ha incluido cada uno de estos niveles en relación con el fragmento en el que aparecen. Como se ha señalado, anteriormente, en el fragmento 8 de las narraciones se encontraron tres niveles diferentes de asimilación según se iba desarrollando el diálogo entre las Voces Dominantes (VDs) y las Voces No Dominantes (VNDs).

En este tema no encontramos ninguna expresión de las voces de *Seguridad* (VD) y *Estigma* (VND). Por el contrario, la voz con mayor presencia es la de *Enfermo mental*, seguida de las voces de *Caos*, *Crisis de fe*, y *Sentido de vida* como la menos representada.

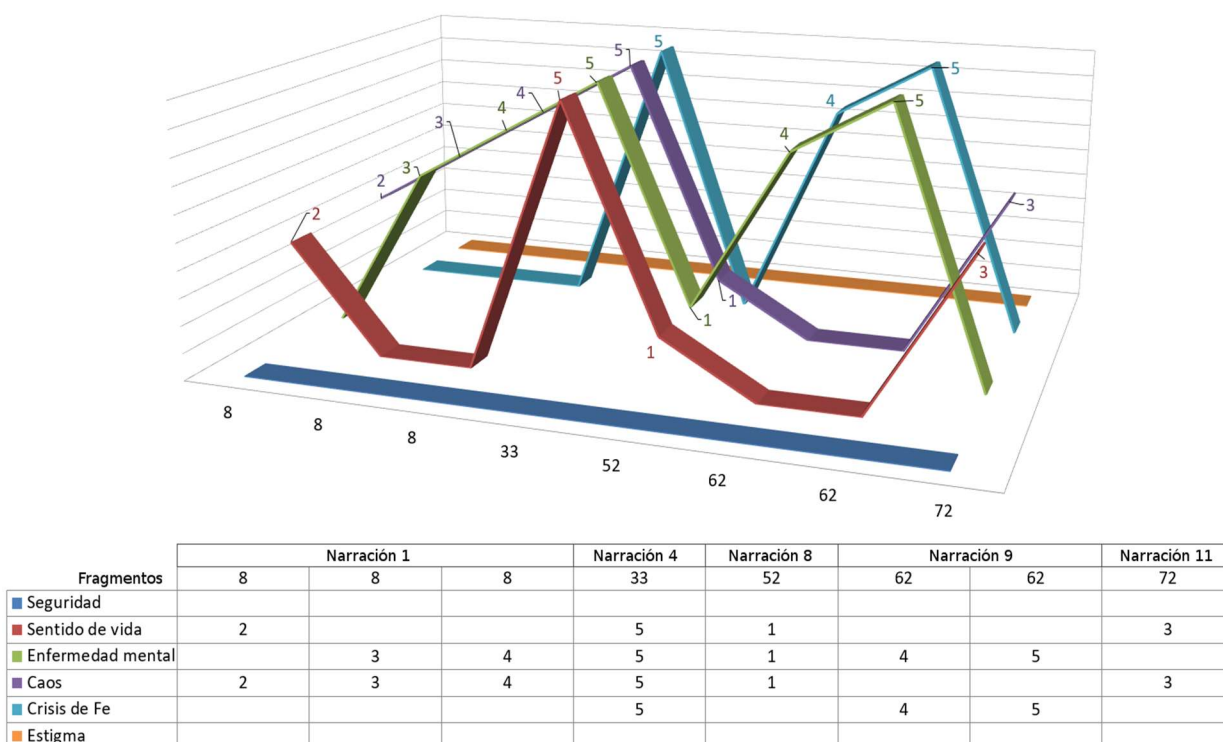


Figura 3.4. Proceso de asimilación de la experiencia problemática del ‘Amor’.

Se puede observar también que en este tema se alcanzan niveles medio-altos de asimilación, considerando que se mueve principalmente entre los niveles 3 y 5, con

dos fragmentos en los niveles 1 y 2. También habría que destacar el retroceso que encontramos en el fragmento 52 (con un retroceso al nivel 1) en la voz de enfermedad mental, y en el fragmento 72 (con un retroceso al nivel 3) con la voz de sentido de vida.

Vamos a analizar más detalladamente cada uno de estos fragmentos.

Fragmento 8.

“Yo busco el amor de R., una ex compañera de clase de hace mucho tiempo que es una barrio-bajera, está con otro y tiene un hijo. (2. *Reconocimiento vago*). Y mi hermano me la prohíbe por ser peligrosa. También me prohíbe tener novia pues no estoy preparado. (3. *Enunciado del problema*). Eso en cierta manera es cierto, con la de achaques que tengo como para tener una (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD)	2	Cambio Deseado	Amor
Enfermedad mental (VD)	3	Deseos y deberías conflictivos	
Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	

En este fragmento el sujeto expresa un objeto de referencia “el amor”, focalizado en una persona con unas características que el sujeto señala de forma abierta. El planteamiento de la búsqueda, en primera persona, hace concebir esta parte del fragmento como un nivel 2 (*reconocimiento vago*) de la APES, ya que el sujeto es consciente de la ausencia del amor en su vida. En este punto del fragmento nos encontramos con el marcador de *Cambio deseado* (Marcador del nivel 2 de la APES).

Seguidamente el sujeto enuncia el problema que le impide avanzar en la consecución de ese cambio: la prohibición de iniciar cualquier tipo de relación con esa mujer... porque no está preparado”. Este diálogo entre las VND de CAOS y la VD de enfermedad mental se sitúa en un nivel 3 de la APES, *Enunciado del problema*. Así,

nos encontramos con un diálogo entre sus voces, donde se expresa la prohibición de R. que supone cierto grado de malestar y el marcador *deseos y deberías conflictivos* (Marcador del nivel 3, APES) que recoge el deseo del sujeto por tener una relación con ‘Raquel’, y el debería que impide alcanzar el deseo: “pues no estoy preparado”.

Finalmente, ante el problema planteado, en base a la prohibición de su hermano, el sujeto alcanza un nivel de Insight al *dar un paso atrás para ver mejor* (Marcador de nivel 3, APES), y planterse que en sus circunstancias actuales (‘con los achaques que tengo’) no puede tener una.

Las voces presentes en este fragmento son la de ‘Sentido de vida’ (VD) que atiende a la importancia del tema en su vida: “Yo busco el amor de R...”, a la que se contraponen la voz de Caos (VND): “...me la prohíbe por ser peligrosa [...] pues no estoy preparado”, y como forma de contraponerse a esa voz inicial de ‘Sentido de vida’ (VD) aparece la VD de ‘Enfermedad Mental’ que, asumiendo el papel de *enfermo*, puede situarse con mayor facilidad en una posición cercana a la planteada por la VND de ‘Caos’. De esta forma, en este fragmento se puede observar como dos VD se contraponen, y una de ellas (*enfermedad mental*) asume los presupuestos de la VND para imponerse a la otra VD (*sentido de vida*). Así, cada una de estas voces dominantes tiene fines diferentes. Mientras la voz ‘Sentido de Vida’ pretende normalizar su situación con respecto a otras personas, la de ‘Enfermedad mental’ pretende desde la aceptación de sus circunstancias un fin parecido a la VD de ‘Seguridad’: mantenerse en cierta estabilidad en cuanto a la sintomatología de su enfermedad.

Fragmento 33.

“Yo practicaré la poligamia y me casaré con la R. (ex-compañera de clase, de hace mucho tiempo, con fama de barrio-bajera) y la Rs. (ex-profesora de

matemáticas, de hace mucho tiempo). Yo tengo poca energía, no podría con más de una. Y R. y Rs. no me corresponden y se muestran hostiles. Pero, ¿podría ser que concentrándome sacara mejor provecho de mi fuerza y pudiera con varias? ¿Podría ser que aunque ahora se muestren hostiles, en un futuro, por causa del azar, se mostraran favorables? ¿Cuál es la auténtica naturaleza del Universo? ¿Existe la pareja ideal y mi pareja ideal son ellas, o no existe pareja ideal y quedaron fijadas en mi mente por azar? No puedo responder a la pregunta, el juicio queda suspendido. No correré riesgos inútiles, pero no cerraré posibilidades que podría aprovechar (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Caos (VND) Enfermedad mental (VD) Crisis de fe (VD)	5	Decide actuar de forma diferente	Amor/ Enfermedad mental

Este fragmento corresponde a la narración 4, que trata de “*mi vida actual y mis nuevas ideas*”. En este fragmento nos encontramos una convergencia entre el tema de “el Amor” y el tema de la “Enfermedad Mental”. El sujeto muestra, en este fragmento, sus delirios en relación con el tema del Amor. Así, su deseo de dar *sentido a su vida* (VD) como una persona normal se ve afectado por sus delirios de grandeza, a través de la voz de *enfermedad mental* (VD), y el sujeto plantea su interés no por tener una esposa, sino por tener dos esposas. Frente a este planteamiento se posiciona una VND de Caos que trata de indicar su situación real (*‘tengo poca energía, no podría con más de una. Y R. y Rs. no me corresponden y se muestran hostiles’*). Ante esta intervención, la VND de *crisis de fe*, cuestiona la situación planteada por la VND de CAOS, ofreciendo interrogantes que plantean incertidumbre sobre lo expresado por ella, reafirmando en sus deseos con tanta fuerza que finalmente logra silenciar la VND

de CAOS, asumiendo como posible lo que ella expresa y planteando dejar la puerta abierta ante la posibilidad de que también sea como él desea. De este modo, ante la falta de evidencia en el sentido deseado, el sujeto opta por llevar a cabo la inacción, es decir *dejar su juicio suspendido*.

Este fragmento ha sido evaluado en un nivel 5, *Aplicación*, por cuanto supone para el sujeto una nueva forma de actuar, no dejándose llevar por los delirios (que le aportarían un sentido a su vida), pero tampoco descartándolos.

Lo que más ha pesado en la valoración final del fragmento, para situarlo en un nivel tan alto de asimilación, es el planteamiento de una alternativa o curso de acción (*No puedo responder a la pregunta, el juicio queda suspendido. No correré riesgos inútiles, pero no cerraré posibilidades que podría aprovechar*). Ésto en sí es una forma de actuación diferente a la habitual de dejarse llevar por los delirios.

Las voces presentes son las de *sentido de vida* (VD), que busca crear algo significativo; la voz de *enfermedad mental* (VD), que en este fragmento se acerca a la voz de *sentido de vida* (VD) asumiendo sus deseos desde una posición distorsionada por el delirio de grandeza (tener una o dos parejas); la voz de *Caos* (VND), que plantea la visión realista de su experiencia y la voz de *crisis de fe* (VND), que se sitúa entre las anteriores, más cercana a los postulados de la voz de *enfermo mental*, y acepta tanto los delirios como plantea dudas sobre los mismos.

Fragmento 52.

“Yo practicaré la poligamia y me casaré con Rs., con R., con L., con J. y con O. El amor es una excusa excelente para practicar el psicoanálisis. Quiero una esposa de cada tipo para estudiar la psicología humana. Todas las elegidas se parecen entre sí. Todas tienen mucha mala leche y son muy orgullosas. Yo

primero declararé mi amor a cada una esperando que me rechace, después me retiraré y esperaré que sea rechazada por los otros. Y después me pasearé provocativamente a su alrededor esperando que me acepte pues no tendrá mejor alternativa. Para cazar a más de una llegaré a presidente y legalizaré la poligamia, y sabré con mi don de psicología humana manejarlas a la perfección (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	1	Evitación	Amor/ Enfermedad mental

En este fragmento nos encontramos con otra convergencia de temas entre el tema de “el Amor” y el tema de la “Enfermedad Mental”. El sujeto proyecta sus deseos sobre el Amor, volviendo a plantear la poligamia de forma clara. En cualquier caso, el sujeto minimiza ese aspecto que puede verse como negativo y focaliza la atención en otros planteamientos que no dan lugar a que se exprese ninguna VND. Llevado por su delirio de grandeza, el sujeto expresa sus deseos de “estudiar la psicología humana”, y basando en ello la razón de la elección de esas personas. De alguna manera, también plantea un plan de acción para conseguir su objetivo: “*primero declararé mi amor [...] esperando que me rechace, después me retiraré y esperaré que sea rechazada por los otros. Y después me paseare provocativamente a su alrededor esperando que me acepte pues no tendrá mejor alternativa*”. Todo ello es una muestra de su nivel de contacto con el entorno y sus dificultades para comprender las mentes de los otros. También plantea ciertos requisitos para que se cumplan esos objetivos: “*ser presidente*”, “*legalizar la poligamia*”, ...

Este fragmento se ha puntuado en el nivel 1 en base que la VD del sujeto no es consciente de ninguna necesidad y se deja llevar por el delirio, por lo que tampoco da

pie a la expresión de una VND que le haga partícipe de alguna voz problemática que pudiera plantearle aspectos que pudieran ser negativos como su soledad, su enfermedad, etc. El marcador *Evitación* (nivel 1, APES) es el que refleja la fuerte presencia de la VD, que en ningún momento permite la expresión de la VND.

Las voces que se expresan en este fragmento son las de *enfermedad mental* (VD), en tanto que el sujeto se deja llevar por sus delirios, y de alguna manera viene espoleada por la voz de *caos* (VND). Esta voz no está presente en ningún elemento, más allá de que el sujeto responde a la realidad con ese delirio, y esta realidad viene definida por esta voz que expresa la falta de control. La voz de *sentido de vida* (VD) se hace presente a través de la VD de *enfermedad mental* que asume como verdadero aquellos aspectos que darían sentido a su vida (en este caso en el área de “el Amor”).

Fragmento 62.

“Yo antes estaba enamorado de Rs. y de R., y pretendía casarme con las dos, pues creía que eran mis parejas ideales, únicas y necesarias. Pero ahora pienso que toda mujer que tenga ciertas características es ideal pues entra dentro de mis ideas, por lo que en el mundo hay una minoría inmensa de mujeres ideales. Y entonces, por qué insistir tanto por una determinada si no te corresponde, si hay tantas. R. y Rs. son ideales, pero no son las únicas (4. *Insight*). Dejaré de considerarlas necesarias y serán solo posibles, y dadas las circunstancias, no las esperaré, directamente buscaré el amor en otras mujeres ideales más fáciles de conseguir y sólo una al mismo tiempo (5. *Elaborando*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	Amor/ Yo en el mundo
Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	

Este fragmento pertenece a la narración 9, '*mi visión general de las cosas*', y en él encontramos convergencia de temas entre el tema de "el Amor" y el de "En el mundo". En este fragmento, el sujeto hace una referencia a los planteamientos que tenía sobre el amor y plantea una visión que trasciende la que expresa cuando se ve motivado por un estado más delirante.

En esta narración la voz de *enfermedad mental* (VD) no está influida por los delirios y se centra en su presente y en el amor. Esta voz hace una referencia a los planteamientos que tenía sobre el amor y plantea una visión que trasciende la que expresa cuando se ve motivado por un estado más delirante. En cualquier caso, aunque la expresión de la voz de *enfermedad mental* (VD) está en un rango más normalizado, sigue presente, tal y como se puede observar, al no descartar sus dos referencias (R. y Rs.); aunque ya no expresa que deban ser ambas de simultáneamente, sino que asume disfrutar de una mayor flexibilidad. La mayor apertura de la voz de *enfermedad mental* (VD) permite la expresión de la voz de *crisis de fe* (VND), alcanzando una nueva comprensión sobre el problema, que le aporta esa apertura de expectativas al sujeto ('*hay una minoría inmensa de mujeres ideales*', '*R. y Rs. son ideales, pero no son las únicas*'). Con todo ello, el sujeto alcanza un nivel más alto de asimilación, estableciendo una alternativa a su conducta habitual en este tema; siendo el marcador "*Dar un paso atrás para ver mejor*" (nivel 4, APES) el que refleja toda esta situación.

El nivel 5, *Aplicación*, se ve claramente en la afirmación realizada: "*dadas las circunstancias no las esperaré, directamente buscaré el amor en otras mujeres ideales más fáciles de conseguir y sólo una al mismo tiempo*". El sujeto plantea un plan de acción en relación con la situación problemática, que viene señalado por el marcador "*Decide actuar de forma diferente*" (nivel 5, APES).

Fragmento 72.

“También pretendía practicar la poligamia con mujeres difíciles y ahora me planteo a quién quiero, en qué orden y de qué manera. Aparte de que estoy muy débil para tener pareja y todas mis parejas ideales parecen pasar de mí” (3.

Enunciado del problema).

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles	Amor

Este fragmento corresponde a la narración 11, ‘*mi vida actual*’; reflejando una voz de *Sentido de vida* (VD) que expresa los planteamientos que tenía el sujeto cuando se dejaba llevar por los delirios e intenta averiguar cómo llenar ese espacio. Para ello, cuenta con el apoyo de la voz de *Caos* (VND), que refleja la realidad de su situación en esta área.

Es por ello que este fragmento se ha puntuado en el nivel 3 en base a que la VD del sujeto es consciente de sus deseos y necesidades, así como de su situación real, expresada a través de la VND, por lo que puede poner ambas voces juntas para dar forma a un *enunciado del problema* (Nivel 3 de la APES) donde el área afectiva queda en segundo lugar tras la consideración de su situación personal. El marcador “*Manifestar metas incompatibles*”, refleja el contacto que se establece entre la VD de *Sentido de vida* y la VND de *Caos* en este fragmento, que adquiere su importancia por cuanto la VND puede expresar claramente el rechazo por parte de sus ‘parejas ideales’.

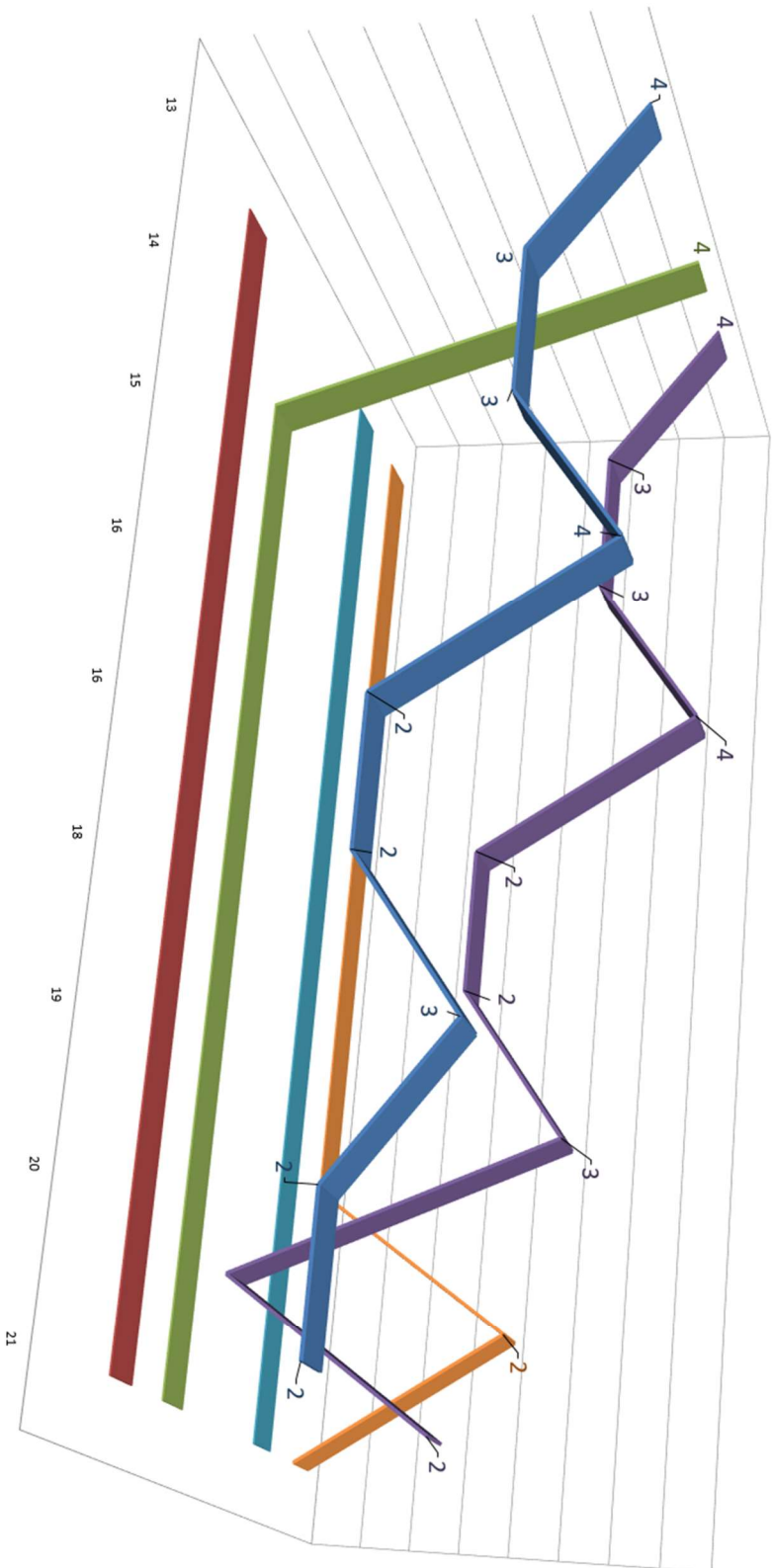


Figura 3.5. Proceso de asimilación de la experiencia problemática del tema: 'Mis Relaciones'.

3.2.2. Tema: Mis relaciones.

En este tema nos encontramos con niveles medio-bajos de la APES. En todo el tema el sujeto oscila entre un nivel inferior de 2, *reconocimiento vago*, y un nivel máximo de 4, *Insight*. En este tema intervienen las VDs de *seguridad y enfermedad mental*, y las VNDs de *caos y estigma*; siendo las voces más activas las de *seguridad* (VD), y la de *caos* (VND).

Todo este tema corresponde a una misma narración, la número 2, *la relación con los demás*; que como ya se comentó en el capítulo 2, fue elaborada sobre un tema solicitado por el investigador en respuesta al contenido tratado en la sesión de Counselling. Posiblemente, a causa de ello, su contenido no está relacionado con ninguno de los otros temas que surgen, más allá de un fragmento que se analizará en el tema de ‘*el centro del mundo*’.

Fragmento 13.

“Toda mi vida hasta ahora he sido un marginado por mi enfermedad mental. Mi timidez es una timidez aprendida pues de tanto ser rechazado he aprendido a no intentar nada con nadie y eso cuesta desaprender (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VND) Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	Mis relaciones

Este fragmento, así como los que se encuentran en este tema, pertenecen a la narración 2, ‘*La relación con los demás*’. En este fragmento el sujeto expone el hecho de haber sido marginado por su discapacidad. Esta descripción no puede verse como el enunciado de un problema, ya que el sujeto no ve la *enfermedad mental* (nivel 3 de la APES) como algo necesariamente negativo. No obstante, a partir de esta

descripción, el sujeto alcanza un *Insight* (nivel 4 de la APES) al relacionar su timidez con el rechazo experimentado en su relación con otras personas, y la dificultad que entraña cambiar ese aprendizaje.

Remarcar que la última observación: ‘*y eso cuesta desaprender*’, que podría ser interpretado como una queja, no es considerado como tal por no tener ninguna constancia de que sea así. Las voces presentes son las de *Enfermedad mental* (VD) que inicia el fragmento a modo de introducción planteando su condición asumida de marginado por tener una enfermedad mental. Esta enfermedad mental no es vista como algo negativo, sino que está integrada en la comunidad de voces. La voz de *Seguridad* (VD) que expresa la timidez como un recurso que le ha permitido un mejor ajuste con su entorno, y la voz de *Caos* (VND) que supone la conducta de la gente rechazándole.

Este fragmento se ha incluido en este tema, y no en otros, por cuanto hace referencia al tipo de relación que establece con las personas en general, que parte desde un posicionamiento que le aporta seguridad.

El marcador que nos permite codificar con la APES el pasaje es el de “*Dar un paso atrás para ver mejor*” (nivel 4 de la APES), ya que el sujeto va más allá del problema del rechazo y focaliza su atención en lo que ello ha supuesto, y cómo se ha ido construyendo esa timidez.

Fragmento 14.

“Yo sobrevivo socialmente aprovechando mucho lo poco que tengo (3. *Enunciado del problema*). Y voy a salto de mata”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Deseos y deberías conflictivos	Mis relaciones

El sujeto realiza una afirmación que implica la valoración de pobreza acerca de los

apoyos sociales que tiene (VND), y el aprovechamiento de dichos apoyos (VD). De esta forma, el juego entre ambas voces del sujeto enuncia el problema en relación con el tema que nos ocupa en este caso: tengo poco ('relaciones'), y señala que con esta circunstancia él sobrevive socialmente. El conflicto surge entre el *debería* tener más amigos y el *deseo* vivir aprovechando lo que tiene (pero sin involucrarse en aumentar la cantidad de relaciones de que dispone); lo que conlleva cierto diálogo o intercambio de expresiones entre una VD que le intenta dar *seguridad*, ante una situación no ventajosa, y la VND que expone dicha situación.

Fragmento 15.

“[...] mi madre murió era mi mayor apoyo, me llevaba bien con ella, era solícita para todo, compartíamos muchas cosas, discrepábamos en otras, mi madre era suave yo era más bien estricto (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Lo que pienso/ no puedo tener influye en el problema	Mis relaciones

En este fragmento nos encontramos con otro enunciado del problema, aunque el sujeto no llega a ser muy consciente de él. El sujeto plantea la ausencia de la madre a través de la VND de *Caos*, a la que responde la VD de *Seguridad* que expresa una visión general de algunos aspectos que implicaba su relación. Si bien el enunciado no está bien definido, y se encontraría en el nivel más bajo del nivel 3, hay que tener en cuenta los problemas que puede tener el sujeto para valorarlo como tal.

De esta forma, el sujeto expresa aquellas cosas que le aportaba su madre: '*era solícita*', '*compartían cosas*', y de alguna manera eso mismo crea el problema porque su '*madre murió*'. El marcador '*Lo que pienso influye en el problema*' (nivel 4 de la APES), refleja en una reformulación del mismo que podría entenderse como '*lo que*

no puedo tener (mi madre) influye en el problema'; donde la VD es consciente de la VND que le señala la ausencia de la madre y lo que le aportaba.

Fragmento 16.

“Mi padre sigue vivo y es un dictador, pero con todo se parece a mí (4. *Insight*), solemos comunicarnos en las cosas que tenemos en común que son unas pocas (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	Mis relaciones
Caos (VND)	2	Sentirse vulnerable	

En este fragmento nos encontramos que el sujeto informa de que su padre vive y, además, hace una evaluación del mismo: ‘*es un dictador*’ a través de la VND de *Caos*. Seguidamente, la intervención de la VD de *Seguridad* le lleva a alcanza un Insight: ‘*pero con todo se parece a mí*’, para posteriormente expresar una queja sobre la poca comunicación que mantienen. Posteriormente, la VD expresa que mantienen la comunicación, mientras la VND intenta incluir el matiz de que ésta no es muy amplia.

Para valorar este fragmento se ha utilizado información adicional aportada por el sujeto en diferentes encuentros. Esta información señala que ambos mantienen el contacto, pero no hay una relación estrecha y continuada. El padre acude cuando el hijo tiene algún problema eléctrico o de tipo parecido en su hogar; en ocasiones le llama para que acuda a comer el domingo con él, etc. Pero el padre vive su propia vida con otra persona y, si bien mantienen las formas, el contacto no es continuo, ni abierto.

El primer marcador que nos permite condicionar con la APES parte del fragmento es “*Dar un paso atrás*” (nivel 4 de la APES), Este marcador refleja el cambio de posición de observación respecto al objeto de su atención, permitiéndole ganar perspectiva para expresar su similitud con él, así como una queja por la falta de acercamiento o

preocupación hacia él, lo que se refleja en otro marcador “*Sentirse vulnerable*” (nivel 2 de la APES). De alguna manera es como si tuviera algún resentimiento hacia su padre por no atenderlo como él necesita y sólo en aquello que es básico. Esta opinión se apoya también en base a las demandas que realiza a su hermano acerca de sus cuidados, que al padre no se le ocurriría plantearlas.

En las narraciones, tras este fragmento describe su visión de su relación con él: “*Mi padre es radical, yo soy más moderado. Yo no soporto vivir con él y me marche de casa apoyándome en mi hermano*”.

Fragmento 18.

“También tengo un tío y una tía, y dos primas hermanas, y una de ellas tiene marido y una hija de tres años. Me caen bien, pero se muestran lejanos. No me gustó que decidieran marginar a mi padre cuando murió mi madre (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Tiranía de los debo	Mis relaciones

En este fragmento el sujeto afronta otro aspecto significativo de sus relaciones. Aportando información contextual cabe decir que el sujeto hace referencia a la familia por parte de madre, con la que había una relación muy cercana mientras la madre vivía. Así, el sujeto hace una valoración positiva hacia ellos a través de la VD, que es seguida por una expresión que, inferimos, referencia una emoción negativa que puede ser cercana al abandono, o aislamiento (“*se muestran lejanos*”), y que es expresada por la VND.

Las voces presentes en este fragmento son las de *Seguridad* (VD), que expresa la vinculación con la familia y de forma más clara lo hace en la evaluación ‘*me caen*

bien'. Seguidamente surge la VND de *caos*, que expresa el dolor por la lejanía. El fragmento finaliza con una valoración de la VD de *Seguridad* acerca de la conducta de estos familiares con su padre, tras la muerte de su madre que estaría también incluida en ese nivel 2 (*Reconocimiento vago*). El marcador que refleja este fragmento sería el de "*Tiranía de los debo*", aplicado a sus familiares que no deberían mostrarse lejanos tras el fallecimiento de la madre.

Fragmento 19.

"Mis compañeros de rol, pero nos distanciamos y volver ahora está complicado porque, entre otras cosas, está lejos de casa y con mi ansiedad preciso que esté cerca (3. *Enunciado del problema*)".

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles	Mis relaciones

En este fragmento el sujeto expone su relación con otras personas, con las que llevaba a cabo juegos de rol. Así, mientras por un lado se expone el distanciamiento (sin definir por qué se produjo éste), también expresa las dificultades actuales que no le permiten volver a reunirse: la distancia física y su *ansiedad*: que se contraponen con su deseo de volver a reunirse con ellos.

La voz de *caos* plantea la distancia de sus compañeros de rol, representando todo aquello que no comprende o no puede controlar (está lejos de casa, mi ansiedad), y la voz de *Seguridad* (VD) le lleva a manejarse en un entorno limitado donde puede disponer de sus recursos de forma más rápida. Como ejemplo, el sujeto expresa posteriormente la existencia de diferentes fobias: a subir en coche, a cruzar puentes, etc. Estas fobias interfieren en el deseo de reunirse con sus compañeros de rol, ya que para ello debería coger un coche o cruzar un puente a pie, para desplazarse a la

población donde se reúnen; con todo lo cual el sujeto llega a *enunciar un problema* (nivel 3 de la APES).

El marcador que refleja este planteamiento de las voces es “*Manifestando metas incompatibles*”, que corresponde a un nivel 3 de la APES, ya que el sujeto plantea dos deseos incompatibles. Por un lado, el deseo de sus ‘*compañeros de rol*’ con los que le gustaría volver a reunirse y, por otro lado, el deseo de *estar seguro* que se ve condicionado por la distancia hacia el lugar donde se reúnen sus *compañeros* y los *ataques de ansiedad* que padece.

Aunque en este fragmento el sujeto nombra su ansiedad, y de alguna forma también tiene activo en su mente el problema de las fobias, no se ha considerado un fragmento propio del tema de *Enfermedad mental*, ya que el objeto de este fragmento son las relaciones que mantiene, o ya no mantiene, con otras personas significativas para él. Es por ello que el enunciado del problema se centra en estas dificultades de relación, y no tanto en la ansiedad o las fobias.

Fragmento 20.

“Tengo relación con otras gentes, pero ya más pormenorizadamente en la que soy serio y cordial, pero la gente no siempre reacciona de manera amigable (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Estigma (VND)	2	Tiranía de los debo	Mis relaciones

En este fragmento el sujeto trata de las relaciones que mantiene de forma general con la gente, sin que ésta tenga que tener una vinculación afectiva o cercana con él. En ella se puede ver cómo, desde su perspectiva de la situación, el sujeto trata de mantener una relación cordial, pero la respuesta de las personas no siempre corresponde con su

acercamiento.

El sujeto hace, de este modo, referencia a cierta respuesta de *estigma*, que viene reflejada por dicha voz, aunque no lo define como tal ni lo relaciona con su enfermedad mental, y en este caso únicamente hace referencia a cierto malestar por la conducta de la gente. El tono emocional de la frase es difícil de valorar, pero existe en tanto que la voz de *Caos* (VND) plantea una respuesta de la gente que no se corresponde con el trato que él ofrece y expresa la voz de *seguridad* (VD).

En este sentido, el marcador que señala el tipo de intercambio de las voces es “*Tiranía de los debo*” (nivel 2 de la APES), ya que el sujeto expresa que no recibe el tipo de respuesta que *debería* ante su trato “serio y cordial”. No obstante, el sujeto no elabora mejor ese sentimiento que emerge por la ausencia de una *respuesta amigable*; lo que impide un mayor procesamiento de la VND.

Fragmento 21.

“Se me olvidaba que también intento tener relación con una chica que conocía en mi infancia y de la cual estoy enamorado, pero pasa de mí y se muestra muy distante, aparte de que mi hermano me la prohíbe (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Problema recurrente	Mis relaciones

En este fragmento nos encontramos con una referencia a una de las personas que se convierten en objeto de referencia en el tema de “el Amor”. En este caso concreto no se ha considerado este fragmento perteneciente a dicho tema porque el sujeto se centra en el intento de relación con dicha persona, y el concepto de *estar enamorado* queda en segundo plano como un matiz del tipo de relación.

En el fragmento el sujeto enfoca su atención en la actitud de la chica, que “*pasa de*

mí y se muestra distante”, por lo que se ha puntuado con un nivel 2 de asimilación (*reconocimiento vago*), indicado por el marcador “*Problema recurrente*”, que refleja el tipo de malestar hacia esa situación. Aunque el sujeto hace la matización de que su *hermano se la prohíbe*, inferimos que este aspecto no tiene en este punto tanta fuerza como el hecho de que *se muestre distante y pase de él*. Independientemente de todo, el sujeto no muestra en todo el fragmento ningún detalle que le permita avanzar más allá en la comprensión de los problemas que pueden estar afectándole.

La voz presente en este momento es la de *seguridad* (VD) que expresa su interés por tener relación con una chica (lo que se ve como algo que debe ser ‘normal’) y en la expresión de *mi hermano me la prohíbe*, que asume la prohibición como una forma de mantener las cosas dentro de cierta estabilidad. Por su parte, la voz que se contrapone es la de *Caos* (VND), que plantea que la chica *pasa de él y se muestra distante*; lo cual supone alguna forma malestar por cuanto no corresponde a cómo deberían ser las cosas, sobre todo teniendo en cuenta la visión que tiene de sí mismo (que se irá desarrollando en los siguientes temas).

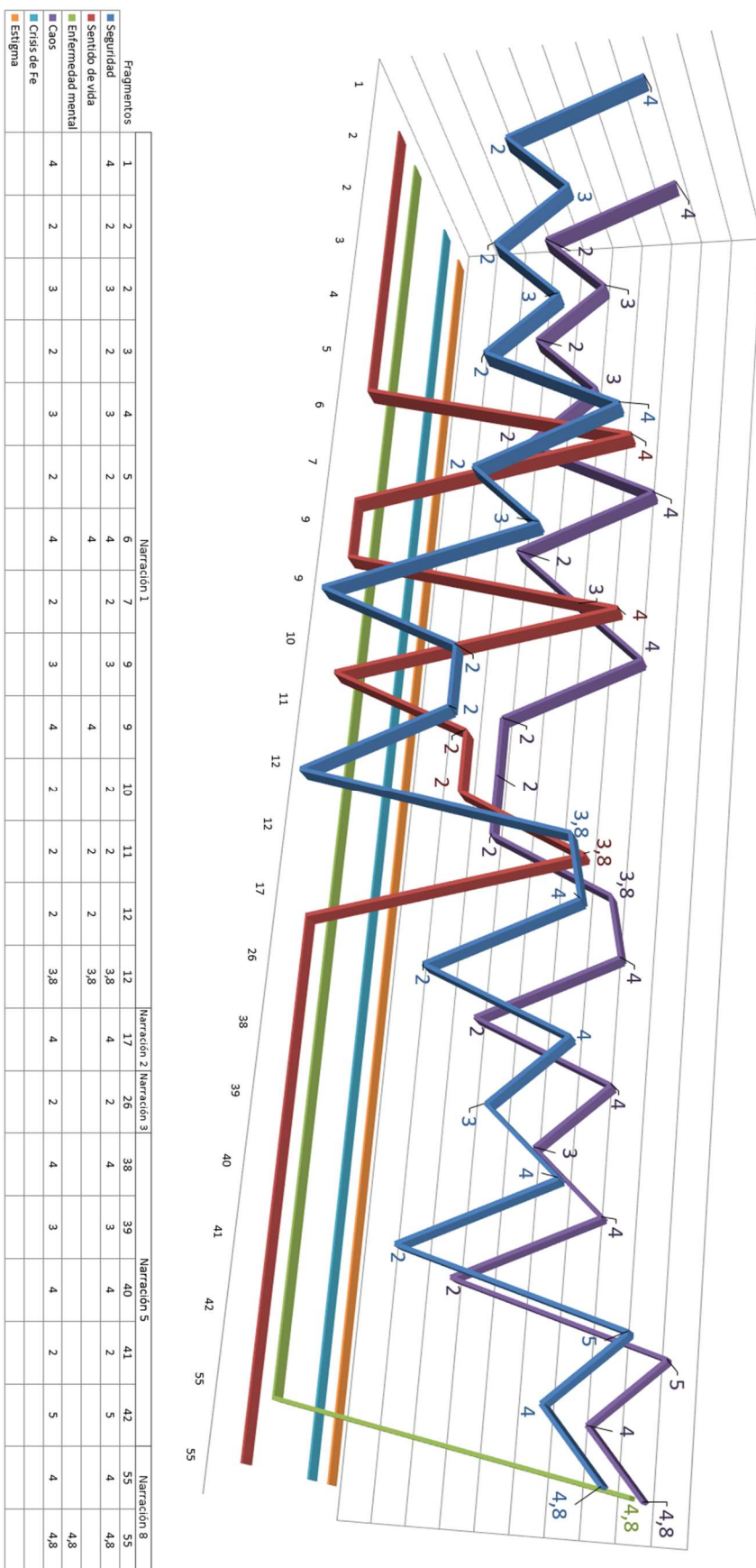


Figura 3.6. Proceso de asimilación de la experiencia problemática de 'el centro del mundo'.

3.2.3. Tema: El centro del mundo.

En el capítulo 2 se comentó que, en este tema, el sujeto se expresa como si él fuera el centro del mundo y de alguna manera sus necesidades, cuidados, sus pretensiones, etc., se tuvieran que satisfacer por parte de los demás.

Como se puede apreciar en la Figura 3.5, el sujeto se mueve entre en un rango que abarca principalmente los niveles APES de 2 (*Reconocimiento vago*) y 4 (*Insight*). No obstante, al final de este tema el sujeto alcanza unas puntuaciones más elevadas, llegando al nivel 5 (*Elaboración/ Aplicación*) de la APES. Viendo esta gráfica podríamos aventurar que es posible que el Sujeto alcance cierta asimilación del problema, por lo que es interesante analizar los diferentes fragmentos seleccionados.

Fragmento 1.

“Yo soy el primogénito de una familia de un padre, una madre y dos hermanos. Mi hermano es 4 años menor que yo. Al comienzo, mis padres eran muy duros con él y yo era su aliado. Después pasamos a ser rivales por representar papeles opuestos de comportamiento (*4. Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	El centro del mundo

Este Fragmento corresponde a la narración 1 (*La relación con mi hermano*). Esta narración cobra forma a partir de los encuentros del investigador con el sujeto, al que se le pide elaborar una narración sobre la relación que mantiene con su hermano por ser éste un tema principal tratado en el primer encuentro tras el paso de las pruebas Pretest. De hecho, este fragmento corresponde también con la primera información que da el sujeto, presentando dicha relación.

En este fragmento el sujeto expone el tipo de relación con su hermano, siempre

desde su punto de vista, y en base al contexto de su unidad familiar, como estructura de referencia. También sitúa esta referencia en relación entre hermanos en una época en que su hermano no era autónomo y podía requerir el alineamiento con el sujeto (como aliado). El sujeto expresa su papel de ‘hermano mayor’, y las dimensiones polares de *alianza – rivalidad*, como definitorias del tipo de relación que mantenían. El sujeto, al final del fragmento, consigue sintetizar la rivalidad en base a representar papeles de comportamiento opuestos; dando por entendido que hace referencia a la relación con sus padres.

Las voces que se expresan en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que expone la situación y su posicionamiento de aliado de su hermano pequeño, seguidamente interviene la voz de *caos* (VND), que plantea cierta confrontación con su hermano (‘*después pasamos a ser rivales*’), volviendo a responder la voz de seguridad dando una justificación al hecho planteado por la VND.

El marcador que mejor refleja este juego de voces, entre la VD y la VND, es “*Dar un paso atrás para ver mejor*”, marcador del nivel 4 de la APES.

Fragmento 2.

“Yo era el serio y aburrido, desinteresado e introvertido, mi hermano era desenfadado y divertido, interesado y extrovertido. Rivalizamos por mucho tiempo ante todos y había entre nosotros una especie de guerra fría (2. *Reconocimiento vago*). Parece que mi hermano ganó porque solía llevarse ‘el gato al agua’ pese a no ser serio ni desinteresado, pues tenía un carisma increíble (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad	2	Sentir emociones dolorosas	El centro del mundo
Caos	3	Expresar, después inhibir una necesidad	

En este fragmento el sujeto expresa su visión de sí mismo (“serio, aburrido, desinteresado e introvertido”) y de su hermano (“desenfadado, divertido, interesado y extrovertido”), y pasa a centrarse en el tipo de relación entre ambos. Para el Sujeto X, los adjetivos utilizados para describirse tienen connotaciones positivas, mientras que en la descripción que hace de su hermano utiliza adjetivos que, para él, tienen connotaciones negativas en cuanto suponen dar una imagen falsa de uno mismo con el fin de agradar a otros y obtener compensaciones. Tras esta exposición, aparece la expresión de malestar expresado como la *rivalidad* patente en la expresión ‘*había entre nosotros una especie de guerra fría*’, situación reflejada por el marcador “*Sentir emociones dolorosas*” (nivel 2 de la APES). Después, el sujeto sigue desarrollando el tema y avanza en la asimilación al enunciar un problema: ‘*parece que mi hermano ganó porque solía llevarse el gato al agua, pese a no ser serio ni desinteresado, pues tenía un carisma increíble*’ (nivel 3 de la APES). El intercambio entre voces, mostrado en esta expresión, sería codificado por el marcador “*Expresar, después inhibir una necesidad*”, que corresponde al nivel 3 de la APES: el sujeto expresa de forma indirecta su *necesidad de ganar* (de destacar o ser referente), inhibiéndola al asumir la victoria de su hermano: ‘*pues tenía un carisma increíble*’. Las voces expresadas en este fragmento son la VD de *seguridad*, que plantea su descripción y asume su derrota achacándola al *carisma* de su hermano, y la VND de *caos*, que plantea la situación de *guerra fría* y la pérdida en su confrontación.

De esta forma, podemos asumir que el sujeto sitúa el problema en algo ajeno a él, alejándose de la posibilidad de alcanzar un insight y elaborar posibles soluciones. A fin de cuentas, la solución está más allá de él.

Fragmento 3.

“Cuando murió mi madre fuimos aún más aliados, guardando yo una relación de dependencia con él. Cuando me marché de casa y él mostraba sus deficiencias en el trato y en el comportamiento (2. *Reconocimiento vago*) seguimos siendo aliados, pero volvió a renacer la rivalidad”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Tiranía de los debo	El centro del mundo

En este fragmento, podemos ver cómo el sujeto describe un momento más actual acontecido tras la muerte de su madre y su cambio a vivir de forma independiente en un piso de su propiedad. En este punto, cuando expresa el tipo de relación de dependencia con su hermano, muestra también una *queja* en base a las ‘deficiencias en el trato y en el comportamiento’, que corresponde con el nivel 2 de la APES.

La voz de *seguridad* (VD) busca establecer vínculos que garanticen su cuidado y sus necesidades, de ahí que exprese la relación de dependencia con respecto a su hermano. No obstante, aparece una expresión de la voz *caos* (VND) señalando las *deficiencias en el trato y el comportamiento* de su hermano. Ante esta expresión que no ahonda en el problema, el sujeto vuelve a atender a aquellos aspectos que le proporcionan seguridad planteando una alianza, aunque contenga matices de rivalidad.

Ante este intercambio entre la VD y la VND, el marcador “*Tiranía de los debo*” (nivel 2 de la APES) es el que refleja la situación y el nivel en el que se encuentra el sujeto, al remarcar de forma indirecta que su hermano no se comporta como *debería* en relación a él. De hecho, en las conversaciones mantenidas, el sujeto planteaba que tenía necesidades y requería unos cuidados que su hermano había de proporcionarle. Y, cuando se le confrontaba con que deseaba que su hermano le cuidara como hacía su madre, el sujeto admitía que eso era lo que necesitaba y esperaba de su hermano.

Este aspecto se verá más adelante en otras narraciones donde el sujeto expresa las carencias por parte de su hermano.

Fragmento 4.

“[...] al momento presente en el que estoy cuidado por mi hermano como si fuera mi madre, pero descuidado en cierta medida por las imperfecciones de su sistema. Me siento agradecido con que me cuide, pero no del todo porque acomete fallos que no me gustan nada (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Deseos y deberías conflictivos	El centro del mundo

Aquí tenemos un fragmento que hace una relación más directa a lo mencionado en el fragmento anterior, el sujeto tiene mentalmente activo el recuerdo de los cuidados que recibía de la madre, y demanda de su hermano la misma atención. Este fragmento se sitúa en el momento presente, exponiendo su situación actual con su hermano.

Las voces presentes en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que plantea sus cuidados y el agradecimiento porque atiendan de él, y la voz de *caos* (VND), que atiende a su insatisfacción por aquello que no tiene cubierto por su hermano. La VND muestra una mayor presencia e intercambio con la VD de tal forma que el sujeto llega a enunciar su problema.

El marcador que mejor refleja este intercambio entre voces es el de “*Deseos y deberías conflictivos*” (nivel 3 de la APES). El sujeto plantea que está cuidado por su hermano, y el problema surge cuando se plantea que éste *debe* cuidarle como si fuera la madre (*su deseo*). Como resultado, el Sujeto X se encuentra ante una situación conflictiva, al no recibir la atención que merece.

Fragmento 5.

“De malo tiene (hermano) que no está capacitado para atender una urgencia, no hay buena comunicación pues es muy buenas palabras, pero no me comprende, me abandona en cuestiones secundarias y ejerce algunas prohibiciones un tanto desmesuradas en aspectos puntuales. Podría mejorar si fuera más responsable, empático, solidario y más liberal (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad Caos	2	Estar atrapado	El centro del mundo

En este fragmento podemos valorar que el Sujeto X está definiendo de forma más clara aquellos aspectos que su hermano no atiende adecuadamente. Podemos observar cómo define, en mayor medida, los aspectos que no le satisfacen: “*no está capacitado para atender una urgencia, [...] muy buenas palabras, pero no me comprende, me abandona en cuestiones secundarias y ejerce algunas prohibiciones un tanto desmesuradas...*”. Frente a ello, el sujeto plantea cómo debería ser su hermano: ‘*si fuera más responsable, empático, solidario y más liberal*’.

Por parte del Sujeto X se puede apreciar una falta de concepción de las necesidades de su hermano, atendiendo únicamente a las suyas propias, de modo que finalmente podríamos considerar que asume una posición de queja hacia el hermano.

Convendría señalar que la resolución de su experiencia problemática es derivada al hermano, no considerando él ninguna actitud al respecto.

Las voces que intervienen son la de *seguridad* (VD) que tiene en mente la situación idónea en la que le gustaría estar, mientras que la voz de *caos* (VND) expresa las deficiencias de su hermano en su cuidado. El marcador que nos refleja el nivel de asimilación del fragmento es “*estar atrapado*”, en una situación que depende de las

aptitudes y capacidades de su hermano. Al final del mismo, el sujeto plantea la idea de cómo debería ser su hermano, para resolver esta situación.

Fragmento 6.

“Mi hermano no lo hace tan bien como mi padre, pero sí lo suficientemente bien como para que con ayuda resulte aceptable y ser un puente entre yo y mi independencia (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Reconocer que las cosas dependen de condiciones	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos con que el sujeto expresa una evaluación sobre su hermano, en comparación con su padre, pero va más allá de todo lo planteado anteriormente al cambiar la perspectiva y valorar el conjunto como *aceptable* y extendiéndolo hacia un ámbito más abierto donde contempla la independencia. De esta forma, asumimos que, pese a la evaluación negativa del hermano, expresada en fragmentos anteriores, el sujeto valora los resultados como aceptables al brindarle una oportunidad de alcanzar su independencia (objeto de referencia para el sujeto que está por encima de ciertas circunstancias que le aquejan, ya que si bien no se resolverían si le permite ver la situación desde otra posición). Conviene resaltar que en todo momento el sujeto habla de sí mismo, y el hermano y el padre son tratados como simples objetos de referencia, que tendrían que tener la función de cuidarlo. En ningún momento parece atender a las necesidades que ellos puedan tener ni las vincula con su situación.

Las voces que intervienen son la de *sentido de vida* (VD), que aparece cuando el sujeto plantea su independencia como objeto de referencia; la voz de *caos* (VND), que

plantea la falta de cuidado por parte del hermano; y la voz de *seguridad* (VD) que busca su bienestar.

El marcador “*Reconocer que las cosas dependen de condiciones*” (nivel 4 de la APES) nos refleja el intercambio de las voces del sujeto.

Fragmento 7.

“Cuando yo sea independiente veré a mi hermano como un ser curioso pues somos hermanos, pero somos lo contrario el uno del otro. Yo aspiro a ser un héroe, él no quiere ser un héroe, pero sí trata de aparentar que lo es para que le den la paga de héroe pero no siéndolo en realidad. Mi hermano es bueno, pero yo soy muy bueno y ese grado nos hace diferentes. Mi hermano es mundano y yo soy muy religioso. Mi hermano es acción y yo soy reflexión. Mi hermano es extrovertido, yo soy introvertido. Yo busco metas utópicas desinteresadas, él busca metas realistas interesadas. Mi relación con él no termina de ser todo un contraste (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida Caos	2	Estar metido en sus pensamientos	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos que el sujeto X se deja llevar por sus pensamientos, tras alcanzar el *Insight* en el fragmento anterior. Así pasa de considerar cómo verá a su hermano en el futuro, y la evaluación que hará del mismo a contraponer su visión de ambos.

En este fragmento observamos a la VD expresando su visión del mundo, sin dar opción a expresarse la VND, que se podría intuir por cuanto la VD expresa que su hermano no cumple sus criterios y tiene deficiencias. El marcador “*Estar metido en sus pensamientos*” (nivel 2 de la APES) refleja esta forma de intercambio entre voces,

donde la VD se expresa sin dejar intervenir a la VND más allá que como un elemento sobre el que seguir desarrollando su pensamiento.

Este fragmento puede ser útil para comprobar aquello que el sujeto valora como positivo (su visión de sí mismo) frente a lo que considera negativo. Así, él quiere ser un héroe, ser muy bueno, religioso, reflexivo, introvertido, utópico y desinteresado. Y, aunque aquí no lo expresa, considera que debe ser reconocido por disponer de esas bondades. En este caso, su hermano es algo contrario de sí mismo, y sólo queda resaltar la última afirmación que realiza: *‘mi relación con él no termina de ser todo un contraste’*.

Las voces que se expresan en este fragmento son las de *sentido de vida* (VD), que se aprecia en la forma que el sujeto tiene de definirse con valores y conductas que considera ‘buenas’, y la voz de *caos* (VND), representada por su hermano y su forma de ser, que el sujeto desautoriza.

Fragmento 9.

“Mi hermano me cuida las cuestiones principales y en las secundarias me descuida. Mi hermano me mantiene en un espacio de libertad vigilada y no me deja transgredir los límites (3. *Enunciado del problema*). Pero a pesar de todo, el trato es aceptable y como he dicho antes sirve de puente entre la independencia y yo (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	3 4	Deseos y deberías conflictivos Reconocer que las cosas dependen de condiciones	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos que el sujeto focaliza nuevamente la atención en su hermano y la forma de cuidarlo.

Las voces que intervienen en este fragmento son la de *seguridad* (VD) que expresa el cuidado recibido en las cuestiones principales, y la de *caos* (VND), que expresa el poco cuidado que recibe en otras cuestiones *secundarias*, así como el encontrarse tan estrechamente vigilado. La expresión clara de la VND permite al sujeto alcanzar un nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*. Por su parte, también se observa una voz de *sentido de vida* (VD) que minimiza estas inconveniencias (la falta de satisfacción por la vigilancia y falta de cuidados en algunas áreas) y consigue progresar en el proceso de asimilación al considerarlo como parte de su proceso de alcanzar la *independencia*; situando al sujeto en un nivel 4 de la APES, *Insight*. Lo que sirve para resaltar como esta voz puede trascender los problemas que surgen entre otras voces más básicas como la de *seguridad* (VD).

El marcador “*Deseos y deberías conflictivos*” (nivel 3 de la APES) nos refleja el primer intercambio entre la VD de *seguridad* y la VND de *caos*, al plantear, el sujeto, que su hermano le cuida, aunque no como él desea: en “*cuestiones secundarias me descuida*”, además de mantenerlo en una “*situación de libertad vigilada donde no le deja transgredir los límites*”, no dejándole la libertad que le gustaría. Estos últimos elementos podrían ser aspectos incompatibles desde el punto de vista del sujeto, que desearía que le cuidaran disfrutando de total libertad. Por otra parte, la evolución posterior, a través de la VD de *sentido de vida*, vendría reflejada en el marcador “*Reconocer que las cosas dependen de condiciones*”.

Fragmento 10.

“Mi hermano y yo hemos tenido un conflicto reciente pues he desvelado sus secretos a mi padre, considerando yo después que no debería haberlo hecho, y nos ha convocado a mi padre y a mí a una reunión en mi casa para tratar el

asunto (2. Reconocimiento vago)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Tiranía de los debo	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos con que el sujeto centra su atención en una experiencia reciente que le ha llevado a comportarse de una forma que no debería. Así, plantea la consecuencia que va a derivarse de esa conducta (la reunión).

Las voces presentes en este fragmento son las de *caos* (VND), que expone la existencia de un conflicto debido a una conducta que no debía haber realizado. Por su parte, la voz de *seguridad* (VD) intenta aportar cierta normalidad a una situación incómoda y que él ha precipitado. Así, el sujeto se encuentra en un nivel 2 de la APES, planteando la existencia de un problema que no acaba de ser definido porque la VD no deja expresar a la VND acerca de lo acontecido.

Este intercambio entre las voces vendría señalado en el marcador “*Tiranía de los debo*” (nivel 2 de la APES), que surge a razón de una conducta llevada a cabo. Esta conducta derivará en unas consecuencias desconocidas pero que, de momento, se plasmarán en una reunión donde se ha de enfrentar a su hermano y a su padre.

Fragmento 11.

“A mi hermano no le gusta que le llamen a cualquier hora y me ha puesto un régimen de llamadas. Y cuando hablo con él siento que no me entiende del todo pues es una mente realista juzgando una soñadora (2. Reconocimiento vago)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	2	Sentirse atrapado	El centro del mundo

En este fragmento el sujeto vuelve a expresar un matiz de la relación con su

hermano. En este caso, se centra en la falta de disponibilidad de su hermano para con él, y en la falta de comprensión.

Las voces que intervienen son la de *seguridad* (VD), que expone la situación, limitaciones y falta de comprensión parte de su hermano. La voz de *caos* (VND), espolea a la voz de *seguridad* a expresar los aspectos aspectos que no le gustan de la conducta de su hermano, aunque no puede expresarse claramente. Finalmente, la voz de *sentido de vida* (VND) intenta dar una visión general de su hermano y él a través de esa metáfora de *mente realista – mente soñadora*, evitando que la VND pueda ir más allá hasta conseguir expresarse de forma más clara.

El marcador que refleja este juego de las voces es “*Sentirse atrapado*” (nivel 2 de la APES), que refleja al sujeto ante situaciones a las que no desea llegar, sin expresar claramente el problema porque las VDs interactúan impidiendo expresarse a la VND; en especial la voz *sentido de vida* que plantea un cambio de perspectiva hacia un juicio que, de alguna manera, inferimos *minimiza* el dolor que surge de la falta de disposición y comprensión por parte de su hermano.

Fragmento 12.

“Hemos tenido la reunión hoy, mi hermano ha tenido un discurso genial en el que ha hecho valer su media buena fe. Media porque me administra las cuentas, pero no me da cariño y lo afirma con mucha rotundidad [...] (2. *Reconocimiento vago*). Pero dado que se ha expresado con tanta rotundidad. Solo me cabe hacer algunas propuestas a modo de parches y buscar el cariño y demás necesidades espirituales con otras personas de otras maneras (3.8. *Enunciado del problema*). Cuando sea independiente y haga una valoración de lo que pasó, valoraré que mi hermano tuvo un comportamiento intermedio”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	2	Sentirse atrapado.	El centro del mundo
Sentido de vida (VD)	3.8	Lo que <i>no</i> puedo conseguir influye	
Caos (VND)		en el problema.	

Este fragmento es el último que corresponde a la narración 1 (*La relación con mi hermano*). En él volvemos a encontrarnos que el sujeto plantea la dicotomía de su hermano como cuidador con “*media buena fe*” y, a la vez, descuidado con sus necesidades de *cariño*. En esta ocasión, el sujeto X refleja su necesidad emocional (*cariño*) que, anteriormente, no estaba definida como tal y se englobaba en lo que expresaba como ‘cuestiones secundarias’.

Las voces que intervienen en este fragmento son, la de *seguridad* (VD), que inicialmente plantea sus necesidades y la poca satisfacción de las mismas por parte de su hermano, y la voz de *caos* (VND), que plantea las áreas que su hermano no cubre. El diálogo de estas voces se sitúa en un nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, en tanto que la VD y la VND no se comunican entre sí y la VND se expresa desde el punto de vista de la VD. Frente a esta situación, no desarrollada, la VD plantea hacerse cargo de la situación ‘*buscar propuestas a modo de parches...*’, y la voz de *sentido de vida* (VD) surge para conectar con la *independencia* (ya expresada en fragmentos anteriores) y desde ella hacer una valoración de la conducta de su hermano. Es de resaltar cómo enfatiza que esa valoración la realizará en su futuro, y que no será necesariamente negativa; lo cual, inferimos, puede estar influido por la voz de *seguridad* (VD), que atiende a los aspectos que su hermano sí cuida en él.

El diálogo entre la VD de *seguridad* y la VND de *caos* viene reflejado por el marcador ‘*sentirse atrapado*’, nivel 2 de la APES. El sujeto emplea el *sarcasmo* para definir las buenas intenciones por parte de su hermano: ‘*su media buena fe*’. Además, el sujeto asume la postura de su hermano frente a la falta de atención a sus necesidades

de cariño: *‘lo afirma con mucha rotundidad’*.

Desde ese punto de partida, el sujeto progresa más allá y enuncia claramente el problema, y es que dado que su necesidad de atención en esas áreas no va a ser atendida, el sujeto asume que no va cubrir esa necesidad y se anima a buscar *‘propuestas a modo de parches, y buscar el cariño y demás necesidades espirituales con otras personas, de otras maneras’*. Esta parte de fragmento viene codificada en la APES con el marcador *“Lo que no puedo conseguir influye en el problema”* (nivel 3 de la APES).

Fragmento 17.

“Yo me relaciono con mi hermano y no tenemos mucho en común [...] (4. *Insight*) Me sorprende que haya decidido cuidar de mi gratis, pero no obstante se lo agradezco (4. *Insight*). Pero no me gusta del todo como lo hace pues lo sentimental lo deja de lado y no es del todo íntegro. Pero teniendo en cuenta que nadie más quiere hacerse cargo de mí, y el sí, aunque lo haga a medias, es todo un favor (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	El centro del mundo

Este fragmento pertenece a la segunda narración (*‘La relación con los demás’*). En él nos encontramos con que el sujeto habla de su relación con su hermano, y expresa una serie de *Insights* que permiten ir construyendo el último de ellos, que es el más importante. Aunque de forma global se ha valorado todo el fragmento como un *Insight*, vamos a hablar de forma independiente de cada uno de esos tres *Insights* que se distinguen en el fragmento.

Las voces que intervienen en este fragmento son la voz de *seguridad* (VD), que se

sorprende por la conducta de su hermano y da pasos hacia una mejor percepción de la labor del mismo, y la voz de *caos* ((VND), que expresa lo poco que tienen en común, que no atiende todo lo que necesita, y que no sea íntegro.

En el primer Insight, la VD de *seguridad* y la VND de *caos* expresan de forma global que su hermano y él no comparten mucho en común. Este diálogo lleva al sujeto a plantearse con *sorpresa* que haya decidido cuidar de él *gratuitamente*, (lo que podemos relacionar con la imagen ya expresada sobre su hermano como alguien interesado, etc.) y como tal se lo agradece. El siguiente paso le lleva a expresar aquellos elementos que no le gustan (el que no sea íntegro y deje de lado lo sentimental) para ir más allá y expresar que *‘teniendo en cuenta que nadie más quiere hacerse cargo de mí, y él sí, aunque lo haga a medias, es todo un favor’*; encontrando una expresión más desarrollada de la VD y la VND.

El marcador *“Dar un paso atrás para ver mejor”* (nivel 4 de la APES) refleja el proceso de diálogo entre las voces y el movimiento del sujeto en su proceso de elaboración de Insights: primero atendiendo a que no tienen mucho en común, posteriormente a que le cuide gratis y, finalmente, aunque no atiende todas sus necesidades es quien ha optado por cuidar de él, y eso es de agradecer. Conviene señalar cómo el último Insight incluye más claramente que los anteriores los diferentes aspectos de la voz dominante y la voz no dominante.

Fragmento 26.

“Si dicen lo que dicen es porque no la sufren ellos, entonces las cosas serían diferentes. Los psicólogos y los psiquiatras modernos creen saber mucho, pero en realidad no saben tanto. Ninguno sabe dar ninguna explicación concreta a porqué tuve yo ninguna de las emociones descontroladas, la ansiedad tampoco.

He sido yo el que ha tenido que buscar paliativos y afortunadamente las emociones descontroladas que he tenido se han ido curando. Esperemos que la ansiedad también. Pero no confío en ningún psicólogo que vaya a dar la clave para resolver esta ansiedad. Confiaré otras cosas, pero esto no (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Estar metido en el problema	El centro del mundo/ Enfermedad mental

Este fragmento pertenece a la narración 3 (*‘Mi ansiedad’*). En esta narración el tema central es ‘La enfermedad mental’, aunque este fragmento se ha ubicado también en este otro tema por cuanto supone que el sujeto se sitúa ‘en el centro del mundo’; no sólo por lo que le pasa, sino por la forma de rechazar todo conocimiento o saber que no pase por él, y centrando toda su atención en él como única persona capacitada para cuidarse ante la enfermedad mental.

En todo el fragmento inferimos que la actitud del sujeto es de queja y enfado, respondiendo a través de un diálogo en el que justifica su forma de pensar, sentir y hacer. Las voces que aparecen son las de *seguridad* (VD), que da validez a sus pensamientos en base a que es él quien sufre, quien ha tenido que buscar paliativos. Es una voz que está muy activa en rechazar las propuestas de los especialistas, que plantean que podría recibir terapia, pese a su sintomatología de ansiedad. Por otra parte, nos encontramos con la voz de *caos* (VND), que refleja el rechazo hacia los profesionales de la salud en base al desconocimiento de las razones por las que padece su enfermedad.

Conviene resaltar que el sujeto se postula como la persona que busca soluciones, cuando su pauta es quedarse quieto en casa a esperar que desaparezcan, tal y como plantea al final al indicar: *‘esperemos que la ansiedad desaparezca’*. También conviene resaltar, aunque se comentará más adelante, que en su adolescencia tuvo un

episodio de emociones descontroladas que no supo afrontar y, en un intento de huir, se tiró por la ventana. A través de ello se puede entender la firmeza de una voz como la de *seguridad* (VD), que busca mantener al sujeto a salvo en todo momento, desconfiando de cualquier actuación (VND) que pueda exponerle a una situación que no controle al 100%. De ahí, inferimos su negativa a recibir terapia cuando considera que no está en condiciones, ya que en ese estado su única opción es estar en casa, a salvo en su refugio.

El diálogo entre las voces, donde la VND es escuchada desde la VD, nos indica que se encuentra en un nivel 2, *reconocimiento vago*, de la APES; estando representado por el marcador “*Estar metido en el problema*”, propio de este nivel.

Fragmento 38.

“Mi hermano, en cierta manera prometió a mi madre que cuidaría de mí. Y mi hermano, en el conflicto con mi padre, intervino y propuso un pacto de que yo me marchaba de casa y mi padre me daba algo de dinero para poder yo subsistir, y lo llevamos a cabo, pero ahora mi hermano cuidaba de mí. Pero mi hermano no era como mi madre, pues cometía ciertos fallos que yo, por depender de él, sufro; y este es el origen de mi disputa con él (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad Caos	4	Dar un paso atrás para ver mejor	El centro del mundo

Este, y los siguientes fragmentos de este tema, corresponden a la narración nº 5 (*Mi disputa con mi hermano y mi modelo de héroe*). En ella, el sujeto vuelve a centrarse en la relación con su hermano, haciendo un alegato final hacia el sentido que tiene para él ser un *héroe*; fragmento que no ha sido codificado y se ha comentado anteriormente.

El sujeto realiza una descripción de lo que ha pasado desde la muerte de su madre,

con el conflicto de su padre y la salida de casa de su padre a vivir solo y supervisado por su hermano. En ese momento, el sujeto alcanza un Insight en relación con ‘el origen de su disputa con su hermano, en tanto que *‘no era como mi madre, pues cometía fallos que yo, por depender de él, sufro’*.

Las voces que interactúan en este fragmento son la voz de *seguridad* (VD), que narra los antecedentes de la situación y es capaz de ver lo expresado por la VND y situar estos elementos como el *origen* de su disputa, y la voz de *caos* (VND), refleja esos aspectos no satisfechos por su hermano y que derivan en inestabilidad para él; en tanto que a lo largo de su experiencia vital no ha desarrollado recursos para gestionarlos de manera personal.

El marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”, propio del nivel 4 de la APES, refleja el movimiento de voces y el cambio de perspectiva del sujeto que le permite ganar algo de distancia y conectar la voz problemática con el origen del problema.

Fragmento 39.

“Comete ciertas deficiencias que yo no esperaba encontrar. Para empezar, las cuestiones materiales mi hermano cuida de ellas muy bien, pero cierto tipo de cuestiones sentimentales no se ocupa o se ocupa malamente, poniéndome en condiciones leoninas. Y eso no está bien (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Lo que pienso influye en el problema	El centro del mundo

En este fragmento volvemos a escuchar al sujeto expresarse acerca de las deficiencias que comete su hermano. Estas deficiencias no son más que los deberías que su hermano no satisface en base a los deseos del sujeto. Así, su hermano, tal como señala en el fragmento anterior, “*no es como su madre*”, y en base a ese deseo de ser

cuidado por él como si fuera su madre el sujeto lo valora negativamente.

En este enunciado nos encontramos que el sujeto siempre sitúa el problema fuera de él, consistiendo éste en que su hermano no satisface todas sus necesidades. En tanto la responsabilidad del cambio está en el otro, su capacidad de llevar a cabo acciones para cambiar la situación está limitada.

Mientras la VND de *caos* plantea las deficiencias, la VD de *seguridad* reconoce los aspectos que sí satisface, produciéndose un diálogo entre voces donde van *enunciando el problema* (nivel 3 de la APES). El marcador “*Lo que pienso influye en el problema*” (nivel 3 de la APES) refleja el tipo de diálogo que se establece entre las voces.

Fragmento 40.

“Pero el hecho de que cuide de mí voluntariamente lo hace bueno mínimamente, pero el hecho de que no me dé un cuidado integral ya no lo hace tan bueno. Un cuidador puro lo cubrirá todo, un cuidador mixto cuidará parte, pero todo no. Pero aun así yo estoy mejor con mi hermano que con mi padre (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos que el sujeto expresa pequeñas reflexiones acerca de su hermano en base al cuidado que ejerce sobre él. Este diálogo entre voces le permite *dar un paso atrás para ver mejor* su situación (marcador de nivel 4 de la APES), de modo tal que el sujeto alcanza un *Insight* sobre este aspecto al comparar estos cuidados con los que recibiría por parte de su padre.

La voz de *seguridad* (VD) hace hincapié en aquello que su hermano le aporta y satisface, llevándolo a valorarlo como bueno, aunque sea mínimamente. Esta voz es la

que posteriormente muestra el Insight que alcanza el sujeto, al considerar que se encuentra mejor con su hermano que con su padre (ya que está más atendido y cuidado con él que con su padre, pese a que el cuidado no sea integral). La voz de *caos* (VND) expresa cierta desesperanza porque el cuidado no satisfaga todas sus necesidades, y le lleva a valorar que su hermano no es tan bueno, porque es un cuidador mixto, y no puro).

Fragmento 41.

“Ocurre que recientemente nos peleamos por una cuestión de internet. Las peleas son hasta cierto punto frecuentes. Y esta vez mi psicóloga S. se decidió a mediar. Yo pretendo decir lo siguiente: Que, dado que mi hermano se ocupa de todas las cosas, quiero que al menos sea consciente de lo que no se ocupa y lo supervise ligeramente para que así al menos ya que no se ocupa haya al menos coordinación (2. Reconocimiento vago)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Cambio deseado	El centro del mundo

Aquí nos encontramos con que el sujeto se posiciona en un acontecimiento concreto que ha ocurrido en los días en que escribió la narración. Esto hace que, posiblemente, el sujeto conecte con experiencias más dolorosas y baja a un nivel 2 de la APES, donde plantea aquello que desea sobre la situación: ‘*Yo pretendo decir lo siguiente*’, ‘*quiero que al menos sea consciente de lo que no se ocupa y lo supervise ligeramente*’.

La voz de *seguridad* (VD) plantea diferentes aspectos que le aportan confianza y seguridad: ‘*esta vez mi psicóloga S. se decidió a mediar*’, ‘*quiero que al menos sea consciente de lo que no se ocupa y lo supervise*’, de forma tal que exista

‘*coordinación*’. La otra voz presente es la de *caos* (VND), que no se aprecia directamente sino a través de la estimulación que experimenta la voz de *seguridad* para buscar la subsanación de las deficiencias encontradas y que le producen malestar. Este diálogo, donde la VND se escucha a través de la VD, nos sitúa al sujeto en el nivel 2 de la APES, *Reconocimiento vago*, y el marcador “*Cambio deseado*” sería el que mejor reflejaría el tipo de intercambio de las voces que se expresan en el fragmento.

Fragmento 42.

“Y espero la mediación de S. repetirla en el futuro. Espero que mi hermano me reproche mi alimentación y mis descuidos, y yo argumentaré que lo prioritario para mí es el sabor y que mis descuidos son consecuencias de mis perturbaciones. Espero avanzar algo en estas cuestiones, pero no mucho. Si mi hermano se niega a algo lo aceptaré con resignación, pero al menos lo habré pedido y dentro de mis límites procuraré hacer lo mejor posible (5. *Elaboración/ Aplicación*). Que en este caso saldré bien librado, pero con torpeza”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	El centro del mundo

En este fragmento nos encontramos con un trabajo entre las dos voces. El diálogo tiene una proyección hacia el futuro, de forma tal que entre ellas establecen un diálogo en el que la voz de *caos* (VND) expresa los reproches y la conducta esperada por parte del hermano, mientras que la voz de *seguridad* (VD) plantea pautas de respuesta y justificaciones a las mismas.

Es interesante resaltar cómo el sujeto es capaz de prever que su hermano se niegue a algunas demandas, y que él tiene asumido que tendrá que aceptarlo, lo que viene a

resaltar cierta comprensión de las condiciones de su relación con su hermano. El diálogo entre las voces sitúa la expresión del sujeto en un nivel 5 de la APES, *Aplicación*, siendo el marcador “*Decide actuar de forma diferente*” el que codifica este intercambio entre las voces en el cual se destacan los diferentes planes de acción, que establece el sujeto X, anticipándose a las respuestas de su hermano.

Fragmento 55.

“Mi hermano es mi cuidador, pero mi hermano comete ciertas deficiencias. Es un buen gestor, pero en ciertas cuestiones sentimentales me abandona, pero ahora yo pienso que porque es torpe en ese sentido. Lo que ocurre es que yo me había generado la falsa expectativa de que no lo era por su engañosa apariencia (4. *Insight*). Le puedo culpar de mentiroso, pero no de abandonar. No obstante, donde no llegue él, llegaré yo (4.8. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	4 4.8	Dar un paso atrás para ver mejor Juntar las piezas de forma distinta.	El centro del mundo

Este fragmento corresponde a la narración 8 (*La gran autorreafirmación*), en la que el sujeto se reafirma en pensamientos rígidos y vinculados con su enfermedad mental y con su forma de estar en el mundo. En el caso de este fragmento hay que decir que es el único de la narración que se ha vinculado con este tema, ya que el sujeto se centraba menos en sus necesidades.

En este fragmento podemos ver que la voz de *seguridad* (VD) expresa que su hermano es su cuidador y es un buen gestor, aunque la voz de *caos* (VND) vuelve a reflejar esos elementos que a él le molestan en su vida diaria: ‘*comete deficiencias*’, ‘*en cuestiones sentimentales me abandona*’. Ante este tipo de exposición, ya

comentado en fragmentos anteriores, responde la voz de *enfermedad mental* (VND) que le lleva a alcanzar un Insight: *‘ahora yo pienso que por que es torpe en ese sentido. Lo que ocurre es que yo me había generado la falsa expectativa de que lo era por su engañosa apariencia’*. El diálogo entre las voces sitúa en el fragmento en el nivel 4 de la APES (*Insight*), siendo el marcador *“Dar un paso atrás para ver mejor”*, propio de este nivel, el que mejor describe el diálogo establecido entre las voces.

La siguiente afirmación: *‘Le puedo culpar de mentiroso, pero no de abandonar. No obstante, donde no llegue él, llegaré yo’*, da cuenta de su posición de juez de la conducta de su hermano (sin una comprensión acerca de sus circunstancias), y de cierta sobrevaloración de sus capacidades al indicar: *‘donde no llegue él, llegaré yo’*. Esta expresión nos ha hecho situarlo el fragmento casi en un nivel 5, en tanto que el sujeto no alcanza a elaborar cómo va a llegar donde su hermano no alcanza, pero sí se propone hacerlo. Además, en este fragmento nos encontramos con la dificultad de valorar esta narración con las mismas referencias que en fragmentos anteriores, en tanto que la voz de *enfermedad mental* (VD) implica unas referencias muy distintas sobre la realidad y su situación. Para lograrlo, nos hemos centrado en los elementos definitorios de cada nivel. El marcador indicado en el último elemento del fragmento, *“Juntar las piezas de forma distinta”* (nivel 4 de la APES), hace referencia a ese darse cuenta de que su hermano no le está engañando, y que ante ello él tendrá que afrontarlo.

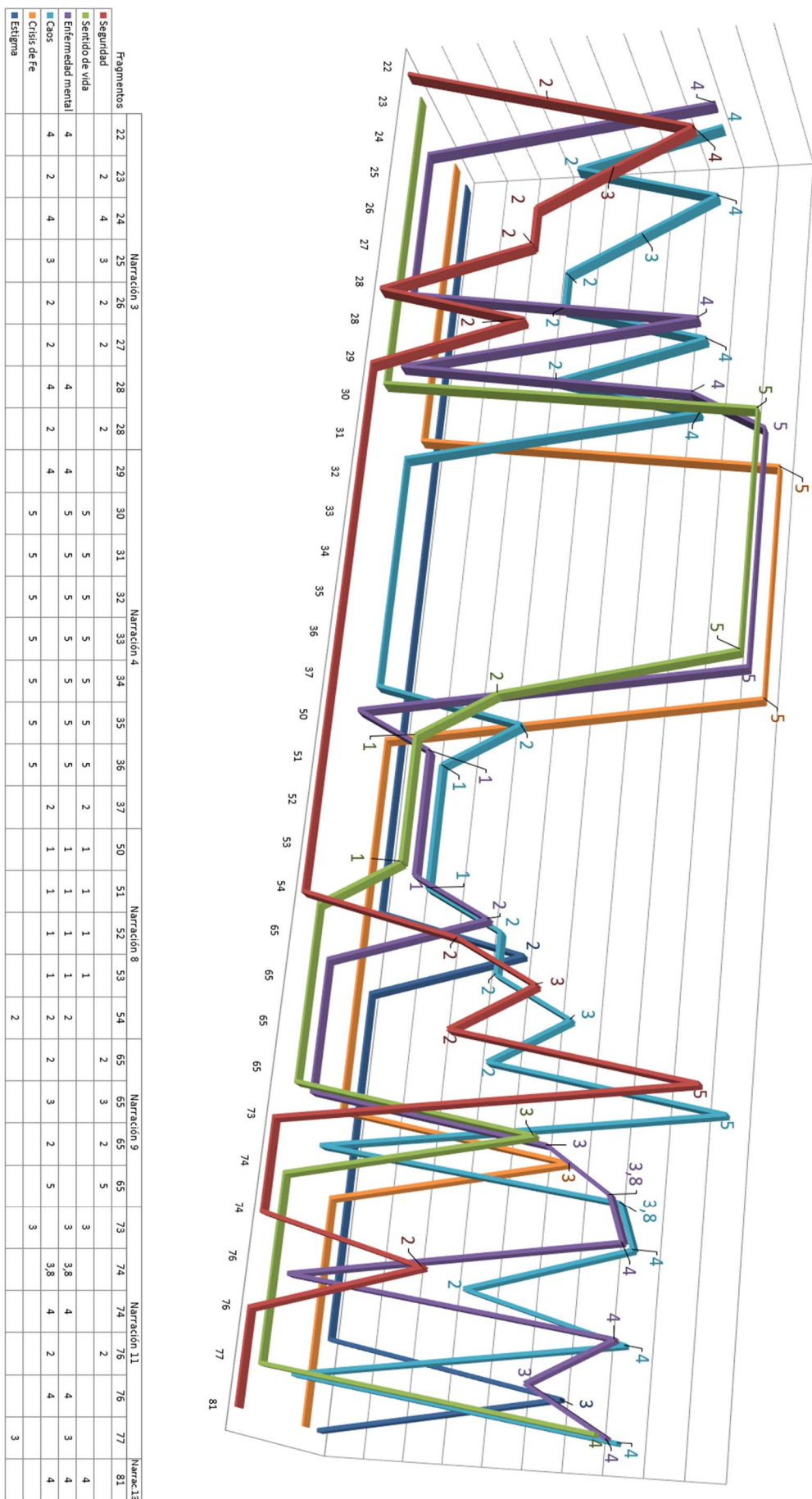


Figura 3.7. Proceso de asimilación de la experiencia problemática de 'enfermedad mental'.

3.2.4. Tema: Enfermedad mental.

En este tema nos encontramos con que el sujeto alcanza niveles altos de asimilación, ya que varios fragmentos alcanzan el nivel 5. Conviene resaltar que las voces que intervienen en este progreso son las voces de *sentido de vida* (VD), *enfermedad mental* (VD), y *crisis de fe* (VND). Por su parte, con las voces de *seguridad* (VD) y *caos* (VND) únicamente se alcanza un nivel 5 en un momento bastante posterior, oscilando de forma más normal entre los valores del nivel 2 y el 4. Contrasta como inicialmente hay una mayor presencia de las voces de *seguridad* (VD) y *caos* (VND), y éstas desaparecen repentinamente frente a las de *sentido de vida* y *enfermedad mental*. En el fragmento 22, se puede observar de forma bastante clara cierta sincronía entre voces que, en pocas ocasiones, se entremezclan. Podemos inferir que, tras puntuaciones altas de la asimilación, el diálogo entre la voz de *caos* (VND) y *enfermedad mental* (VD) lleva el diálogo a niveles bajos de la asimilación (nivel 1, de Pensamientos no deseados). Resaltar también como, en este tema, la voz de *sentido de vida* (VD) y *crisis de fe* (VND) van emparejadas a lo largo de toda la narración, salvo en 2 fragmentos.

Fragmento 22.

“Yo soy enfermo mental y tengo una esquizofrenia. Cada enfermo mental es Único. Mi enfermedad mental se caracteriza por tener delirios de grandeza o ideas extravagantes y emociones descontroladas. Ahora las emociones descontroladas que tengo son ansiedad y fobias, y los delirios me los estoy replanteando ante mi nueva situación (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Enfermedad mental

Este fragmento pertenece a la narración nº 3, '*Mi ansiedad*'. En él podemos observar cómo el sujeto hace una identificación con la enfermedad mental (*Yo soy un enfermo mental*) e identifica el tipo de enfermedad que tiene. Posteriormente se centra en definir en qué consiste su esquizofrenia. Llegado a ese punto el sujeto focaliza su atención en el momento actual, e indica lo que en este momento le afecta. En esta descripción, el sujeto da un paso atrás y llega a mostrar cierta perspectiva al decir que los '*delirios me los estoy replanteando ante mi nueva situación*'.

Cabe decir que en el momento de esta narración el sujeto no parece dejarse llevar por los delirios, y lo que se observa en este fragmento, y en los siguientes, es una cierta capacidad de definirlos o indicar cómo se enfrenta a ellos; por lo que la voz de *enfermedad mental* (VD), que integra la definición de él como un *enfermo mental*, es aquí mucho más flexible que cuando el sujeto se deja llevar por los delirios.

La voz de *enfermedad mental* (VD), se identifica con el rol de enfermo desde una perspectiva médica, esperando que los demás actúen y lleven a cabo acciones para que la enfermedad desaparezca y considerándola, en ocasiones, como una afección externa a él. A su vez, desde esa voz defiende su individualidad respecto a los demás, con lo que finalmente llega a la conclusión (como se verá en fragmentos posteriores) de que él es el único que sabe en qué consiste su enfermedad y que, por tanto, los profesionales no tienen suficientes conocimientos para saber cómo solucionar sus problemas. La otra voz que se expresa en este fragmento es la de *caos* (VND), que hace referencia a aquellos aspectos que le son más disruptivos: las emociones descontroladas. De hecho, es de señalar cómo la expresión acerca de que se está replanteando los delirios nos permite sugerir que, de algún modo, éstos no son tan molestos para él. El posicionamiento de las diferentes voces y su forma de expresarse sitúan el fragmento en el nivel 4 de la APES, *Insight*, siendo el marcador "*Dar un paso atrás para ver*

mejor” el que mejor refleja esta situación de las voces.

Fragmento 23.

“Los ataques de ansiedad se empiezan por una cuestión mínima, o por nada en absoluto, y empiezo a pensar negativamente de todo a mucha velocidad donde lo peor soy yo. Y a su vez me paralizan y siento la necesidad de parar e ir a un refugio y esperar que se me pase (2. *Reconocimiento vago*). Una vez en el refugio la ansiedad para y se hace soportable hasta que el ataque acaba y todo vuelve a ser normal. Cuando estoy en el refugio, la ansiedad hasta se torna placentera. Pero este síntoma es odioso pues no tengo control sobre él y puede interrumpir cualquier cosa que esté haciendo (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Sentirse atrapado/ bloqueado	Enfermedad mental

En este fragmento nos encontramos con que el sujeto da muestras de malestar al describir cómo son sus ataques de ansiedad. Así, las expresiones ‘*me paralizan y siento la necesidad de parar e ir a un refugio y esperar que se me pase*’ y ‘*Pero este síntoma es odioso pues no tengo control sobre él y puede interrumpir cualquier cosa que esté haciendo*’; lo que supone un nivel 2 de la APES (*reconocimiento vago*) y conllevan la sensación de “*sentirse atrapado y bloqueado*” (marcador de ese nivel 2). Así, si bien el sujeto es consciente del problema, no lo conceptualiza y no puede llegar más allá de esa consciencia del mismo.

La voz de *seguridad* (VD), se inicia describiendo en qué consiste su ansiedad y se se vuelve más activa según esta descripción va centrándose en cómo se siente paralizado. También está presente cuando dice que la ansiedad se vuelve placentera, al considerar que en “*un refugio*” se encuentra a salvo y puede llegar a disfrutar de lo

que le pasa. La voz de *caos* (VND), adquiere fuerza según el sujeto va describiendo su ansiedad; hasta el punto de que la voz de *seguridad* (VD) llega a expresar que ‘*ese síntoma es odioso*’.

Fragmento 24.

“No he experimentado qué pasaría si no tuviera un refugio donde refugiarme, ni querría llegar a hacerlo pues podría ser fatal. Esto se parece a los ataques de miedo que provocaron un intento de suicidio (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Enfermedad mental

En este fragmento el sujeto expone, a través de la VD de *seguridad*, la importancia que le proporciona disponer de un *refugio*, al plantear que no querría encontrarse en una situación en que éste no estuviera disponible. La voz de *caos* (VND), es también patente en la confusión que le genera al sujeto que se diese una situación donde tuviera un ataque de ansiedad y no dispusiera de refugio: ‘*podría ser fatal*’. Este diálogo entre voces sitúa el fragmento en el nivel 4 de la APES (*Insight*), siendo el marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*” el que mejor refleja el movimiento entre las voces del sujeto.

Esta expresión conecta con una experiencia del sujeto que derivó en un *intento de suicidio*. Este hecho se detalló en los datos que se recogieron para el TFG (Vañó, 2012), cuando en su adolescencia tuvo un episodio de emociones descontroladas que no supo afrontar y, en un intento de huir, se tiró por la ventana. El sujeto lo expresó del siguiente modo: “cuando aquejado de un ataque de pánico me arrojé por la ventana de mi habitación desde un séptimo piso, no porque quisiera morir sino porque alucinaba y creía que la ventana era una vía de escape a un peligro que había en mi

imaginación, sobreviví milagrosamente a la caída”.

Fragmento 25.

“Mi psicóloga y mi psiquiatra dicen que aun estando así estoy en condiciones de recibir terapia al mismo tiempo. Yo pienso que no, estando así no estoy en condiciones de hacer nada aparte de que la terapia que me dan no sirve para esto. Tal vez otros tipos de ansiedad sí pudiera, pero esta ansiedad mía no (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles	Enfermedad mental

En este fragmento nos encontramos que la voz de *caos* (VND) del sujeto expone el planteamiento de su psicóloga y psiquiatra, en relación con el tratamiento de su ansiedad. Ante esta situación, que para el sujeto implicaría enfrentarse a una experiencia más allá de su zona de refugio, responde la voz de *seguridad* (VD) de forma bastante airada y anteponiendo su pensamiento frente a la opinión de los especialistas.

El diálogo entre las voces sitúa al sujeto en un nivel 3 de la asimilación, *enunciado del problema*, siendo el marcador de este nivel “*manifestando metas incompatibles*” el que mejor refleja este diálogo. Ante el planteamiento, realizado por los profesionales, dirigido al afrontamiento de la ansiedad para su disminución o desaparición surge la necesidad de estar a salvo y seguro, que activa la respuesta del sujeto.

Finalmente inferimos que este deseo o necesidad de ‘estar a salvo’ es tan importante que el sujeto menosprecia cualquier ayuda, aunque señala su posible utilidad para con otras personas.

Fragmento 26.

“Si dicen lo que dicen es porque no la sufren ellos, entonces las cosas serían diferentes. Los psicólogos y los psiquiatras modernos creen saber mucho, pero en realidad no saben tanto. Ninguno sabe dar ninguna explicación concreta a porqué tuve yo ninguna de las emociones descontroladas, la ansiedad tampoco. He sido yo el que ha tenido que buscar paliativos y afortunadamente las emociones descontroladas que he tenido se han ido curando. Esperemos que la ansiedad también. Pero no confío en ningún psicólogo que vaya a dar la clave para resolver esta ansiedad. Confiaré otras cosas, pero esto no (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Estar metido en el problema	Enfermedad mental/ El centro del mundo

Este fragmento se ha ubicado también en el tema de ‘el centro del mundo’ en base a la forma de rechazar todo conocimiento o saber que no pase por él, y la forma en que centra toda su atención en él como única persona capacitada para cuidarse ante la enfermedad mental, siendo pues un fragmento donde hay una convergencia de temas. El fragmento sigue al anterior y todavía focaliza más su atención en él como persona con más autoridad que los especialistas.

En todo el fragmento la actitud del sujeto es de queja y enfado, respondiendo a través de un diálogo en el que justifica su forma de pensar, sentir y hacer. Las voces que aparecen son las de *seguridad* (VD), que da validez a sus pensamientos en base a que es él quien sufre, quien ha tenido que buscar paliativos. Es una voz que está muy activa en rechazar lo que le proponen especialistas, que plantean que podría recibir terapia, aunque tenga sintomatología de ansiedad. Por otra parte, nos encontramos con la voz de *caos* (VND), que refleja el rechazo hacia los profesionales de la salud en base

al desconocimiento de las razones por las que padece su enfermedad.

Conviene resaltar que el sujeto se postula como la persona que busca soluciones, cuando su pauta parece consistir en quedarse quieto en casa a esperar que desaparezcan, tal y como plantea al final al indicar: *‘esperemos que la ansiedad desaparezca’*. La firmeza de una voz como la de *seguridad* (VD), que busca mantener al sujeto a salvo en todo momento, desconfiando de cualquier actuación (VND) que pueda exponerle a una situación que no controle al 100%. En base al episodio de suicidio, mencionado anteriormente de forma breve, se puede explicar que el sujeto no acepta la propuesta de recibir terapia cuando considera que no está en condiciones, ya que en ese estado su única opción es estar a salvo en su refugio.

El diálogo entre las voces, donde la VND es escuchada a partir de la VD, nos indica que se encuentra en un nivel 2, *reconocimiento vago*, de la APES; lo que viene representado por el marcador *“Estar metido en el problema”*, propio de este nivel.

Fragmento 27.

“Yo he sido estudiante de psicología y pensaba que con los medios modernos todo se sabía, pero me han defraudado, ésto que me pasa no encuentran explicación y aparte la psicología debería ser un conocimiento permanente si es que era seguro, pero de un curso para otro la materia cambiaba porque cambiaba la manera de ver, porque no estaban seguros de lo que veían. Y para un algo tan insignificante me he tomado yo la molestia de estudiarlo. No consta como saber eterno y yo vivo para la eternidad, lo que cambia no me gusta (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Tiranía de los debo	Enfermedad mental

Este fragmento es el último que corresponde a la narración 3. En él podemos observar cómo el sujeto expresa una queja acerca de la ciencia y la psicología.

Aquí nos volvemos a encontrar con la voz de *seguridad* (VD) que expresa su idea sobre el mundo, focalizada en la psicología: *‘pensaba que con los medios modernos todo se sabía’*, dando paso a expresar aquellos aspectos que no han cumplido los deberes implícitos en esa afirmación. Así, la voz de *caos* (VND) pasa a espolear a la voz de *seguridad* (VD) de forma tal que ésta desgrana de forma general los elementos en donde su pensamiento se ha encontrado cuestionado: *‘esto que me pasa no encuentran explicación’*, *‘la psicología debería ser un conocimiento permanente si es que era seguro, pero de un curso para otro la materia cambiaba porque cambiaba la manera de ver, porque no estaban seguros de lo que veían’*. Todo ello lleva al sujeto a lamentarse: *‘Y para un algo tan insignificante me he tomado yo la molestia de estudiarlo. No consta como saber eterno...’*.

El juego entre voces, reflejado en el marcador de *“Tiranía de los debo”*, nos sitúa en el nivel 2 de la APES, pudiendo apreciar cómo el pensamiento del sujeto se vuelve rígido ante una afirmación, sin capacidad de ajustarse a la realidad que se le presenta. De ese modo, cualquier elemento que no se ajuste a su concepción del mundo se vuelve un detonante de una situación *caótica*, lo que le lleva a una conducta de búsqueda de *seguridad* y control.

Fragmento 28.

“Parece que a mi ansiedad le afecta el estrés indirectamente, pues a mayor estrés más frecuencia. También parece que ésta evoluciona pues no siempre es la misma (4. Insight). Y parece que el final está cerca pues la siento más rabiosa que nunca, como si fueran los últimos coletazos (2. Reconocimiento vago)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Seguridad (VD) Caos (VND)	4 2	Dar un paso atrás para ver mejor Cambio deseado	Enfermedad mental

Este fragmento corresponde a la narración 4, *Mi situación actual y mis nuevas ideas*, y en él se aprecia un retroceso entre dos niveles APES distintos, que suponen un distinto diálogo entre voces. En primer lugar nos encontramos con que la VD de *enfermedad mental* se encuentra cercana a la VD de *caos* al establecerse un diálogo donde las dos se expresan. Este diálogo, que lleva al sujeto a conseguir ver una relación entre su *ansiedad* y el *estrés*, así como ver ciertas diferencias en la ansiedad, es propio del nivel 4 de la APES (Insight) y se ve reflejado en el marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”. Tras este diálogo surge la VD de *seguridad* que se focaliza en sus deseos: ‘*parece que el final está cerca*’ y expresa a través de ella la VND de *caos*: ‘*la siento más rabiosa que nunca, como si fueran sus últimos coletazos*’; lo que sitúa esta parte del fragmento en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, siendo el marcador de este nivel: “*Cambio deseado*” el que reflejaría este tipo de diálogo donde el sujeto sigue centrado en aquello que le molesta como tal, y en una percepción de la enfermedad como algo externo a él que viene y desaparece.

Las voces que intervienen en este fragmento son la de *enfermedad mental* (VD), que habla de su ansiedad, percibe cómo evoluciona, y vislumbra la relación que tiene con el estrés; la voz de *seguridad* (VD) plantea su deseo de que la situación termine mientras expresa lo *rabiosa* que siente la ansiedad, y la voz de *caos* (VND) se expresa inicialmente al reflejar junto a la voz de *enfermedad mental* (VD) la relación entre ansiedad y estrés, y posteriormente lleva a que la voz de *seguridad* (VD) se exprese en los términos anteriormente definidos.

Fragmento 29.

“Yo tenía unas ideas delirantes desde hace mucho tiempo, y al pasar de una

situación limitada, vivir con mis padres, a otra mucho más amplia, vivir solo, ha hecho que todo me lo replantee. Incluso mis ideas delirantes (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Enfermedad mental

Aquí, el sujeto, se centra en sus ideas delirantes, y plantea cómo el cambio de las condiciones en su vida le permiten replantearse estas mismas ideas delirantes. Las voces que intervienen son las de *enfermedad mental* (VD), que si bien no parece cuestionarse esa parte de identidad sí que se permite plantearse las ideas que mantiene. Por otra parte, nos encontramos con la voz de *caos* (VND), que de alguna forma permite tomar cierta distancia sobre estas ideas delirantes, contemplándolas como algo sobre lo que se puede replantear su validez. El marcador que codifica el diálogo entre las diferentes voces de este fragmento es “*Dar un paso atrás para ver mejor*” (nivel 4 de la APES), y escenifica cómo el sujeto se permite una visión más amplia de su problema, sin verse involucrado por ellas.

Fragmento 30.

“Yo soy la reencarnación de Cristo porque quiero serlo, pues yo sería el Ser más sabio. Pero, aunque me parezco hay importantes diferencias. Cristo es el colmo de la fe, y yo soy fe y razón. ¿Podría ser yo mejor en fe y en razón al mismo tiempo? ¿Aunque hubiera diferencias, estarían justificadas porque de una vida a otra se evoluciona? No lo sé, y hasta que no pueda discernir debo dejar el juicio suspendido, puede que sí o que no (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente.	Enfermedad mental

En este fragmento podemos observar cómo el sujeto expone uno de sus delirios. Con los delirios parece buscar una interpretación con la que dar '*sentido a su vida*' (VD). El sujeto expresa a través de ellos sus deseos ('*porque quiero serlo, pues yo sería el más sabio*'). No obstante, la identificación con un icono, como puede ser Jesucristo, no es tan simple como ha expuesto: '*aunque me parezco hay importantes diferencias*'. Esto lleva al sujeto a plantearse, a través de la voz de *enfermedad mental* (VD) diferentes cuestiones en base a seguir manteniendo esas creencias. Finalmente, la voz de *crisis de fe* (VND) surge planteando la falta de certeza ('No lo sé') acerca de los planteamientos de las voces expresadas anteriormente, dando lugar a una decisión que implica una acción sobre sus delirios: '*hasta que no pueda discernir debo dejar el juicio suspendido, puede que sí o puede que no*'.

El nivel 5 de la APES, *aplicación*, alcanzado por el diálogo de las voces del sujeto en este fragmento, se interpreta en base a la toma de decisión de mantener el juicio sobre sus delirios en suspenso. Es cierto que se trata de una acción que no se define necesariamente hacia la resolución de su experiencia de enfermedad mental, pero sí que es una acción en base a su relación con la misma. Si nos centrásemos en otros aspectos, como su confusión, podríamos realizar otra valoración; pero el tipo de lenguaje empleado es un marcador de este nivel de asimilación.

De hecho, el marcador "*Decide actuar de manera diferente*" (nivel 5 de la APES), es un buen reflejo de la actitud del sujeto, que suele dejarse llevar por los delirios, que continúan activos en mayor o menor medida. Así, el nivel alcanzado hace referencia a la búsqueda de alternativa y selección de un curso de acción, aunque éste sea dudar de sus creencias delirantes y ponerlas en pausa.

Fragmento 31.

“2° Yo soy la reencarnación de Hitler. Con esta idea pasa lo mismo que con la anterior. Hitler es el paradigma de la desconfianza, y yo soy eso y todo lo contrario. ¿Podría ser el mejor en las dos cosas? Adopto la misma solución (5. *Elaboración/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente.	Enfermedad mental

En este fragmento, y en los siguientes, nos vamos a encontrar una situación similar. El sujeto plantea un delirio que le aporta *sentido a su vida* (VD), pero en el momento de la narración el sujeto tiene la facultad de dar un paso atrás y percibir la situación con la suficiente distancia como para plantear que él no se corresponde con la imagen que ofrece el delirio, siendo *eso y mucho más*. Ante esta dicotomía, el sujeto parece asumir el punto de vista de la VD *sentido de vida*, asumiendo en este fragmento la posibilidad de ser Hitler y Jesucristo, aunque optando por *la misma solución*. La solución le lleva pues a un curso de acción que deriva en la espera. Por ello, el nivel 5 de la APES es asignado en base al diálogo de las voces del sujeto que resulta en la aplicación de una conducta en relación con la experiencia problemática de los delirios.

Las voces que intervienen son las de *sentido de vida* (VD), representadas por los delirios que aportan detalles que él querría incorporar a su vida, la voz de *enfermedad mental* (VD), que de alguna forma también está alineada con esos delirios propios de su enfermedad; y la voz de *crisis de fe* (VND), que plantea la dicotomía sobre si debe seguir esos delirios que le dan sentido a su vida o focalizarse en la realidad, mientras que el marcador que refleja este diálogo de voces en el nivel 5 de la APES es: “*Decide actuar de forma diferente*”.

Fragmento 32.

“3° Yo soy un elfo. Pero comparado con los elfos mitológicos, no lo parezco. ¿Será que los elfos del mundo real son diferentes de cómo se les imagina? Podría serlo o no. Me quedo con la duda hasta discernir (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente.	Enfermedad mental

Nuevamente nos encontramos con un fragmento donde se plantea un delirio a través de las voces de las VDs de *enfermedad mental* y *sentido de vida*. En este caso, la iconografía élfica parece venir originada por su afición a jugar a juegos de rol.

Con este fragmento el sujeto plantea, como en los casos anteriores, poner en espera cualquier decisión, y quedarse con ‘*la duda hasta discernir*’, tras “*Decidir actuar de manera diferente*” (marcador del nivel 5 de la APES). Las VDs de *sentido de vida* y *enfermedad mental* plantean el delirio, sin entrar en detalle, mientras que la voz de *crisis de fe* (VND) cuestiona ese delirio en base a la falta de conexión con la realidad. Por ello, desde las voces de *enfermedad mental* (VD) y *sentido de vida* (VND) se intenta seguir manteniendo cierta conexión y se plantea si su concepción de los elfos es la que está equivocada. Así, no plantea que el error esté en considerarse un elfo. En cualquier caso, la decisión tomada se sustenta en el diálogo de voces que da lugar a la *aplicación* de una serie de conductas (nivel 5 de la APES), aunque éstas deriven en la *in-acción*.

Fragmento 33.

“Yo practicaré la poligamia y me casaré con la R. (ex-compañera de clase, de hace mucho tiempo, con fama de barrio-bajera) y la Rs. (ex-profesora de

matemáticas, de hace mucho tiempo). Yo tengo poca energía, no podría con más de una. Y R. y Rs. no me corresponden y se muestran hostiles. Pero, ¿podría ser que concentrándome sacara mejor provecho de mi fuerza y pudiera con varias? ¿Podría ser que, aunque ahora se muestren hostiles en un futuro, por causa del azar, se mostraran favorables? ¿Cuál es la auténtica naturaleza del Universo? ¿Existe la pareja ideal y mi pareja ideal son ellas, o no existe pareja ideal y quedaron fijadas en mi mente por azar? No puedo responder a la pregunta, el juicio queda suspendido. No correré riesgos inútiles, pero no cerraré posibilidades que podría aprovechar (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Caos (VND) Enfermo mental (VD) Crisis de fe (VD)	5	Decide actuar de forma diferente	Amor

Este fragmento se corresponde con el fragmento 33, incluido en el tema ‘Amor’. Se integra también en este tema por cuanto es una expresión de sus delirios en relación con el tema del Amor, siendo uno de los fragmentos donde hay convergencia de temas.

El sujeto muestra, en este fragmento, sus delirios en relación con el tema del Amor. Así, su deseo de dar *sentido a su vida* (VD) como una persona normal se ve afectado por sus delirios de grandeza, a través de la voz de *enfermedad mental* (VD), y el sujeto plantea su interés por tener, no una, sino dos esposas. Frente a este planteamiento se posiciona una VND de Caos que trata de indicar su situación real (*‘tengo poca energía, no podría con más de una. Y R. y Rs. no me corresponden y se muestran hostiles’*). Ante esta intervención, la VND de *crisis de fe*, cuestiona la situación planteada por la VND de CAOS, ofreciendo interrogantes que plantean incertidumbre sobre lo expresado por ella, reafirmandose en sus deseos con tanta fuerza que finalmente logra

silenciar la VND de CAOS, asumiendo como posible lo que ella expresa y planteando dejar la puerta abierta ante la posibilidad de que también sea como él desea. De este modo, ante la falta de evidencia en el sentido deseado, el sujeto opta por llevar a cabo la inacción, es decir *dejar su juicio suspendido*.

Este fragmento ha sido evaluado en un nivel 5, *Aplicación*, por cuanto supone para el sujeto una nueva forma de actuar; no dejándose llevar por los delirios (que le aportarían un sentido a su vida), pero tampoco descartándolos.

Lo que más ha pesado en la valoración final del fragmento, para situarlo en un nivel tan alto de asimilación, es el planteamiento de una alternativa o curso de acción (*No puedo responder a la pregunta, el juicio queda suspendido. No correré riesgos inútiles, pero no cerraré posibilidades que podría aprovechar*). Esto en sí es una forma de actuación diferente a la habitual de dejarse llevar por los delirios.

Las voces presentes son las de *sentido de vida* (VD), que busca crear algo significativo; la voz de *enfermedad mental* (VD), que en este fragmento se acerca a la voz de *sentido de vida* (VD) que asume sus deseos desde una posición distorsionada por el delirio de grandeza (tener una o dos parejas); la voz de *caos* (VND), que plantea la visión realista de su experiencia y la voz de *crisis de fe* (VND), que se sitúa entre las anteriores, más cercana a los postulados de la voz de *enfermedad mental*, y acepta tanto los delirios como plantea dudas sobre los mismos.

Fragmento 34.

“Yo salvaré el mundo, pero llevo 38 años y aún no he salvado nada. ¿Pero podría tener yo una remontada espectacular en poco tiempo para recuperar los retrasos? Algunos personajes de la historia así lo hicieron, ¿por qué no podría ser yo también? Salvaré lo que pueda, pero ¿cuánto salvaré? No lo sé (5.

Elaboración)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	Enfermedad mental

Como en los próximos tres fragmentos, nos encontramos que el sujeto sigue exponiendo sus delirios. En este caso expone el delirio sobre su visión de Salvador. En una primera fase de búsqueda de voces, la voz de *enfermedad mental* (VD) que hacía referencia a este fragmento se denominó *Mesiánica*, aunque como se indicó en el capítulo 2, el listado de voces se fue integrando con otros matices hasta conformar la voz de Enfermedad mental.

El sujeto expone, con este fragmento, su necesidad de ser alguien que sea un referente y tenga un cometido grandioso, y de gran impacto, en la sociedad. Más adelante irá desgranando algunos aspectos en relación con él mismo, pero coste señalar cómo en los momentos en que escribió esta narración el sujeto pudo dar un paso atrás para poder ver la diferencia entre su visión de *Salvador* y la realidad: ‘*llevo 38 años y aún no he hecho nada*’. Tras este punto de partida, que correspondería con un *Insight*, la voz de enfermedad intenta mantener la referencia de Salvador buscando en la historia referentes que lo fueron en periodos posteriores de su vida. Finalmente, el sujeto plantea con su voz *crisis de fe* (VND) que no está en disposición de salvar nada por lo que indica ‘*Salvaré lo que pueda, pero ¿cuánto salvaré? No lo sé*’; dejando este delirio en la misma situación que los anteriores.

El marcador que nos refleja el diálogo entre las voces vuelve a ser el mismo que los anteriores, por lo que no lo comentaremos. Por otro lado, hemos de reconocer que en este fragmento el sujeto no expone de manera clara el curso de acción que decide tomar, estando éste implícito.

Fragmento 35.

“6° Yo salvaré el mundo desde un punto de vista político y religioso, siendo un dictador. Pero ¿deseo la vida de político? A mí me gusta la tranquilidad, ¿me voy a meter en esos follones? Quizás podría conformarme con opinar, ¿o el follón de la política, con el debido entrenamiento, me fuera asumible? No lo sé. No correré riesgos inútiles, pero no descarto nada (5. *Elaboración*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermo mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	Enfermedad mental

En este fragmento el sujeto muestra otro matiz de su delirio, en este caso este delirio desarrolla la faceta anteriormente señalada de *Salvador/ Mesías*. Como en fragmentos anteriores, en esta narración el sujeto puede exponer los delirios con la suficiente distancia como para confrontarlos con la realidad, de forma tal que expone el contraste con la vida que tendría que llevar si lo asumiera y el tipo de necesidades que tiene. No obstante, ante estos *deseos y deberías conflictivos* el sujeto se plantea diferentes posibilidades y al final opta por no correr ‘*riesgos inútiles, pero no descarto nada*’; con lo que toma la misma actitud que en los delirios anteriores. El diálogo de voces refleja que el sujeto se encuentra en un nivel 5 de la APES, *Aplicación*, que viene condicionado por el marcador “*Decide actuar de forma diferente*”.

Se puede resaltar en este fragmento la presencia de la voz de *seguridad* (VD), no señalada en el cuadro por cuanto sólo realiza una pequeña expresión: ‘*No correré riesgos inútiles*’. Destacan, por otro lado, en el tono de la narración las mismas voces que hemos visto en los fragmentos previos. La voz de *enfermo mental* (VD), que plantea el delirio y busca alternativas para poder mantenerlo ajustándose y teniendo en cuenta la realidad: ‘*¿Me voy a meter en esos follones? Quizás podría conformarme*

con opinar, ¿o el follón de la política, con el debido entrenamiento, me fuera asumible'; siendo un ejemplo interesante de una posible acomodación entre distintas voces. También destacan, como en fragmentos anteriores, la voz de *crisis de fe* (VND) con el cuestionamiento del delirio en base a la realidad; y la voz de *sentido de vida*, que junto con la de *enfermedad mental* reflejan la importancia que tienen los delirios para su construcción del self como alguien relevante.

Fragmento 36.

“7° Yo quiero ser profesor de filosofía. Pero lo que yo quiero de la filosofía es crear la mía propia, no enseñar la de otros. ¿O, para hacer valer la mía he de apoyarme sobre la de otros? No lo sé, iré avanzando e iré viendo, pero no sé. También es posible que algunas ideas cambiasen y otras no. No todo ha de orientarse de una manera necesariamente (5. *Elaborando*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermo mental (VD) Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	Enfermedad mental

En este fragmento el sujeto se centra en el papel de profesor. En este contexto, el sujeto plantea como objetivo, que parece más centrado en la realidad que los anteriores, el ser *profesor de filosofía*. En este sentido, y en tanto que ahora habla de ello, podemos incluir para qué considera que sirve la filosofía, en base a lo aportado por el sujeto en la narración 12, '*Cosas que se pueden hacer con la filosofía*'. En este sentido, vamos a incluir el resumen que realiza el sujeto en dicha narración sobre su concepto de filosofía: '*En resumen con filosofía (entiéndase filosofía como pensar general sobre todo fundante y deductivo): TRABAJAR, DIVERTIRNOS, ESTAR SANOS, SUPERARNOS, TENER AMISTADES, COMUNICAR, COORDINAR,*

INTERPRETAR, ENTENDER, DELIBERAR'.

En este fragmento nos encontramos un juego de voces similar al de fragmentos anteriores, pero con algunos matices. Mientras que en fragmentos anteriores la exposición del delirio derivaba en una comparación con la realidad, en este caso no es así por cuanto este delirio no tiene tanto la apariencia de delirio y podría pasar por un simple deseo o meta. Pero ante esto, las VDs de *sentido de vida* y *enfermedad mental* reaccionan matizando lo que quieren decir, y es que hacen referencia a un tipo de vida: *ser filósofo y crear su propia filosofía*, y no a una profesión. Seguidamente, se plantea si es requisito apoyarse en la de otros (VND de *crisis de fe*), ante lo que el sujeto plantea su desconocimiento y alcanza la misma posición que en los fragmentos anteriores (poner el delirio en espera) aunque de forma muy velada. El fragmento se sitúa en el nivel 5 de la APES, *Aplicación*, en base al juego de voces, siendo el marcador “*Decide actuar de forma diferente*” (nivel 5 de la APES), el que refleja este diálogo y plantea el mismo tipo de conducta: “*no lo sé, iré avanzando e iré viendo*”.

Fragmento 37.

“También pienso más cosas añadidas. Me gustaría ayudar a las ONG con mi dinero, pero ¿y sí lo necesito para mí? Podría dejárselo en el testamento, pero ¿y sí mis herederos lo necesitasen? ¿O sí mi dinero llega a manos corruptas y se pierde inútilmente? Podría donarlo en vida, pero ¿en qué medida? También pienso que me afilié al Partido Popular hace mucho tiempo, pero el PP es muy cruel. Si yo entro en política ¿Reformaré el Partido Popular, o me marcharé a otro partido? Ya veré que hago, pero no sé qué haré (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Sentirse confundido	Enfermedad mental

En este fragmento tenemos al final un caso parecido al anterior, en tanto que el sujeto plantea no saber qué hacer, pero el énfasis de todo el fragmento se focaliza de forma más mayoritaria en la confusión y bloqueo ante situaciones que no controla.

Los aspectos tratados en este fragmento son más genéricos y mundanos, por lo que más que las VDs de *enfermedad mental* y *sentido de vida*, se puede apreciar la voz de *seguridad* (VD) y la *de caos* (VND). La voz de *seguridad* (VD) es la que se expresa y plantea sus deseos: ‘*ayudar a las ONG con mi dinero*’, ‘*reformar el Partido Popular*’. Por su parte, la voz de *caos* (VND) alienta situaciones de necesidad en el futuro que hacen expresarse a la VD. De este modo, el diálogo de voces sitúa el fragmento en el nivel 2 de la APES, *Reconocimiento vago*, siendo el marcador de “*Sentirse confundido*” el que codifica este diálogo acerca de unas situaciones en las que no sabe cómo actuar.

Fragmento 50.

“Yo soy la reencarnación de Jesucristo y, por lo tanto, soy la reencarnación de Dios, y voy a salvar el mundo, pero esta vez lo voy a salvar espiritual y materialmente también, y no moriré en el empeño. Creedlo cuando lo veáis, yo no os pediré que lo creáis sin ver, sólo os pediré que me dejéis intentarlo y así yo demostraré mi divinidad. El hijo de Dios no vino para que le sirvieran sino para servir. Más para hacerlo con sabiduría, la sabiduría que hace falta para que el esfuerzo de un solo hombre sirva para movilizar a la humanidad. Yo también soy la reencarnación de Hitler, aunque Hitler no sabía que era Dios. Hitler fue el anticristo que no es sino el mismo Cristo expresado de manera negativa. Y la segunda guerra mundial fue el apocalipsis (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel	Marcador	Tema
-------	-------	----------	------

	APES		
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	1	Evitación	Enfermedad mental

Con este fragmento nos adentramos en la narración 8, ‘*La gran autorreafirmación*’. En ella el sujeto se encuentra en una situación totalmente diferente de las anteriores. En los momentos en que escribía ésta, el sujeto estaba dominado por los delirios y la voz de *enfermedad mental* (VD).

La voz de *sentido de vida* (VD) no consigue expresarse de forma clara, aunque se aprecia en la búsqueda de ser alguien significativo, estando dominando por la voz de *enfermedad mental* (VD). La voz de *caos* (VND) sólo puede apreciarse a través de la VD que intenta justificar desde su planteamientos aquellos aspectos que la VND intenta mostrar (Jesús murió en la cruz, falta de credibilidad por expresar ser la reencarnación de Jesús, justificación de la II Guerra Mundial,...).

El posicionamiento de las voces sitúa el fragmento en el nivel 1, de *Pensamientos no deseados*, siendo el marcador “*Evitación*” el que describe cómo el sujeto *evita* pensar en aquello que puede ser discordante con su pensamiento (lo que no evita que, de alguna forma, esté presente en la fuerza con la que defiende su posición). De esta forma, podríamos inferir trata de ignorar todo lo que no concuerda con su visión, evitando afrontar la realidad que sí se atendía en los fragmentos anteriores.

Fragmento 51.

“Yo soy la imagen real de Ulises, Darth Vader y el auténtico Quijote (que por fuerza de perseverar en su ideal terminará triunfando). Son personajes de ficción que expresan mi personalidad. Pues yo soy valiente y astuto como Ulises, domino mi fuerza interior como Darth Vader, y tengo los altos ideales de Don Quijote (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	1	Evitación	Enfermedad mental

En este fragmento nos encontramos una situación similar a la anterior, en la cual la VD de *enfermedad mental* trata de evitar tomar contacto con una realidad que pueda desacreditar su postura (VND de *caos*). Así, la voz de *enfermedad mental* (VD) refleja que los personajes con los que se identifica, a través de un “Yo soy”, son ‘*personajes de ficción*’; lo que no quita para que se identifique con los valores que ve encarnados en ellos: ‘*Yo soy valiente y astuto como Ulises, domino mi fuerza interior como Darth Vader, y tengo los altos ideales de Don Quijote*’.

La voz de *enfermedad mental* (VD) asume las características expresadas a través de diferentes personalidades, y así da *sentido a su vida* (VD), aunque en estos momentos la atención esté centrada en el delirio como algo más nuclear. La voz de *caos* (VND), nuevamente silenciada, únicamente es percibida por la fuerza con que la VD defiende su postura.

El juego de voces sitúa el fragmento, nuevamente, en el nivel 1 de la APES, *Pensamientos no deseados*, y el marcador que refleja este juego de voces vuelve a ser el de “*Evitación*” La expresión: ‘*Son personajes de ficción que expresan mi...*’, le permite a su VD fortalecerse en sus valores y rechazar cualquier cuestionamiento de la VND.

Fragmento 52.

“Yo practicaré la poligamia y me casaré con Rs., con R., con L., con J. y con O. El amor es una excusa excelente para practicar el psicoanálisis. Quiero una esposa de cada tipo para estudiar la psicología humana. Todas las elegidas se parecen entre sí. Todas tienen mucha mala leche y son muy orgullosas. Yo

primero declararé mi amor a cada una esperando que me rechace, después me retiraré y esperaré que sea rechazada por los otros. Y después me pasearé provocativamente a su alrededor esperando que me acepte pues no tendrá mejor alternativa. Para cazar a más de una llegaré a presidente y legalizaré la poligamia, y sabré con mi don de psicología humana manejarlas a la perfección (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	1	Evitación	Amor/ Enfermedad mental

En este fragmento nos encontramos con otra convergencia de temas entre el tema de “el Amor” y el tema de la “Enfermedad Mental”. El sujeto proyecta sus deseos sobre el Amor, volviendo a plantear la poligamia de forma clara. En cualquier caso, el sujeto minimiza ese aspecto que puede verse como negativo y focaliza la atención en otros planteamientos que no dan lugar a que se exprese ninguna VND. Llevado por su delirio de grandeza, el sujeto expresa sus deseos de “estudiar la psicología humana”, basando en ello la razón de la elección de esas personas. De alguna manera, también plantea un plan de acción para conseguir su objetivo: “*primero declararé mi amor [...] esperando que me rechace, después me retiraré y esperaré que sea rechazada por los otros. Y después me paseare provocativamente a su alrededor esperando que me acepte pues no tendrá mejor alternativa*”. Todo ello es una muestra de su nivel de contacto con el entorno y sus dificultades para comprender las mentes de los otros. También plantea ciertos requisitos para que se cumplan esos objetivos: “*ser presidente*”, “*legalizar la poligamia*”, ...

Este fragmento se ha puntuado en el nivel 1 en base que la VD del sujeto no es consciente de ninguna necesidad y se deja llevar por el delirio, por lo que tampoco da

pie a la expresión de una VND que le haga partícipe de alguna voz problemática que pudiera plantearle aspectos que pudieran ser negativos como su soledad, su enfermedad, etc. El marcador *Evitación* (nivel 1, APES) es el que refleja la fuerte presencia de la VD, que en ningún momento permite la expresión de la VND.

Las voces que se expresan en este fragmento son las de *enfermedad mental* (VD), en tanto que el sujeto se deja llevar por sus delirios, y de alguna manera viene espoleada por la voz de *caos* (VND). Esta voz no está presente en ningún elemento, más allá de que el sujeto responde a la realidad con ese delirio, y esta realidad viene definida por esta voz que expresa la falta de control. La voz de *sentido de vida* (VD) se hace presente a través de la VD de *enfermedad mental* que asume como verdadero aquellos aspectos que darían sentido a su vida (en este caso en el área de “el Amor”).

Fragmento 53.

“Yo seré un Mesías político y religioso. Como religioso predicaré. Como político me meteré en el Partido Popular esperando que dicho partido sea derrotado. Haciéndome famoso como escritor y cuando los populares estén suficientemente derrotados, desesperados me elegirán a mí, pues yo les brindaré la salvación como partido. Pero les obligaré a que rectifiquen sus planteamientos y que el PP pase a ser un PP comunista (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	1	Evitación	Enfermedad mental

Siguiendo con el planteamiento de sus delirios, en este fragmento el sujeto se focaliza en el delirio de carácter político y religioso. Podemos apreciar que la voz de

enfermedad mental (VD) no admite ninguna injerencia por parte de ninguna voz, y se muestra firme en la aceptación del delirio sin fisuras, asumiendo la expresión de la voz de *sentido de vida* (VD) de dar valor y dirección a la misma. Así, donde en la narración anterior el sujeto mostraba dudas, ahora expresa con firmeza lo que va a hacer, dónde y cómo. El tono de la voz de *enfermedad mental* (VD) no deja expresarse a la voz de *caos* (VND), que está presente bajo su firme respuesta.

El posicionamiento de las voces, con una VD tan firme y sin dejar expresarse a la VND sitúa el fragmento en el nivel 1 de la APES, *Pensamientos no deseados*, siendo el marcador de “*Evitación*” el que mejor lo codifica.

Fragmento 54.

“Mi enfermedad mental es real, aunque sea Dios, y el destino ha querido que trate de salvar el mundo con una enfermedad mental a costas. Mi enfermedad mental consiste en tener delirios de grandeza que yo considero verdaderos, y por qué no habrían de serlo. Delirio es una opinión contraria a la normal y la verdad es como las cosas son. ¿Y si la humanidad entera está equivocada y yo acertado? No es tan implausible pues el juicio de la mayoría está viciado por la costumbre, no ve más allá de sus narices. Y alguien con una percepción diferente puede ver más allá de ello. También se caracteriza por emociones descontroladas que ahora tienen la forma de fobias y ataques de ansiedad. Las fobias son a los puentes, a las escaleras mecánicas, a tener miedo a montar en coche, y a los viajes; y los ataques de ansiedad se suceden habitualmente por las tardes, y cuando duran pienso negativamente en todo y me quedo paralizado. También tengo problemas con mi filosofía, conmigo mismo, aunque solo una vez anterior lo tuve, ahora lo vuelvo a tener y me siento

desorientado. También tengo problemas con el estigma, pues soy un marginado en muchos sitios y sufro un cierto aislamiento social (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Caos (VND) Estigma (VND)	2	Problema recurrente Estar metido en sus pensamientos Cambio deseado Sentirse atrapado/ bloqueado Sentirse vulnerable	Enfermedad mental

En este fragmento, el último de la narración donde toca el tema de la *enfermedad mental* (VD), el sujeto habla de la misma y, no tanto, de los postulados que sostiene. Este es un fragmento interesante porque el posicionamiento de las voces del sujeto lo sitúan en un nivel 2 de asimilación y, además, a lo largo del fragmento hay múltiples marcadores que muestran diferentes matices del juego de voces entre la voz dominante y las voces no dominantes.

Las voces que intervienen en este fragmento son la voz de *enfermedad mental* (VD) que se posiciona en sus delirios de grandeza y su defensa, y no deja expresarse al resto, y las VNDs de *caos* (VND), que denota que las cosas no sean como él piensa, y la de *estigma* (VND), que la presiona a hablar acerca de la marginación y aislamiento social que sufre en muchos sitios.

El primer posicionamiento de las voces plantea que ‘*el destino ha querido que trate de salvar al mundo con una enfermedad mental auestas*, lo que se codifica con un marcador de “*problema recurrente*”. Seguidamente, la VD se centra en sus pensamientos al expresar la idea de que ‘*mi enfermedad mental consiste en tener delirios de grandeza que yo considero verdaderos, y por qué no habrían de serlo. Delirio es una opinión contraria a la normal y la verdad es como las cosas son*’, lo que se codifica con el marcador “*Estar metido en sus pensamientos*”. Más adelante,

esa VD plantea cómo le gustaría que fueran las cosas, expresando qué cambio le gustaría que se diera: *‘Y si la humanidad entera está equivocada y yo acertado. No es tan implausible pues el juicio de la mayoría está viciado por la costumbre, no ve más allá de sus narices. Y alguien con una percepción diferente puede ver más allá de ello’*, lo que es reflejado por el marcador “*Cambio deseado*”. La VD del sujeto vuelve a tras ello a focalizarse en sus problemas: *‘También tengo problemas con mi filosofía, conmigo mismo, aunque solo una vez anterior lo tuve, ahora lo vuelvo a tener y me siento desorientado’*, lo que se codificaría con el marcador “*Sentirse atrapado/bloqueado*” porque, como expresa cuando habla de la filosofía en otros fragmentos, sin ella se siente *‘molesto y desorientado’*. Finalmente, la VD se posiciona exponiendo su *vulnerabilidad* ante la marginación y aislamiento social que experimenta en *‘muchos sitios’*.

Fragmento 65.

“5. Yo desde el 20 de junio de 2009 tengo ataques de ansiedad que cuando me vienen me dejan paralizado, y tengo que dejar de hacer lo que estuviera haciendo para marcharme a mi casa y acostarme en la cama, y esperar que se me pase (2. *Reconocimiento vago*). Mientras tengo esa ansiedad pienso negativamente de todo y todo parece negativo, en especial yo. Cuando la ansiedad se acaba se desata una euforia y todo vuelve a ser normal (3. *Enunciado del problema*). Los ataques de ansiedad suceden habitualmente por las tardes, nunca de un día para otro y hasta ahora no he experimentado qué pasaría si me diese uno y no tuviera refugio. Estos ataques no se conoce su causa, ni yo ni el psiquiatra. Yo aspiro a que, con el tiempo, como con otros síntomas que también experimenté, desaparezcan (2. *Reconocimiento vago*).

Los nervios mejoraban despacito hasta que empecé la FP en septiembre de 2014, que empeoraron mucho. Tras dejar la FP mejoraron, pero no tanto como antes de empezar. En el año 2014 aparecieron manifestaciones paralelas al ataque de ansiedad, y apareció el ataque de apatía y el ataque indefinido, igualmente paralizante. También en 2014 aparecieron 4 fobias: a las escaleras mecánicas, a los puentes, a sentir miedo en el coche, y a que me pase algo malo en un viaje (2. *Reconocimiento vago*). Se desconoce el origen de esto, pero mi táctica es esperar a que esto sea vencible para vencerlo y, mientras tanto, evitarlo siempre. Si alguna vez he de afrontarlo por necesidad, ya veremos (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	2	Problema recurrente/ meta incompatible	Enfermedad mental
Caos (VND)	3	Lo que pienso/hago influye en el problema	
	2	Cambio deseado	
	5	Sentirse atrapado Bastante, pero todavía no suficiente	

Este fragmento se encuentra en la narración número 9, ‘*Mi visión general de las cosas*’. Las voces que se expresan son las voces de *seguridad* (VD), que refleja los distintos episodios y progreso de los ataques de ansiedad, y la voz de *caos* (VND), que plantea aspectos más concretos de la ansiedad como que le dejan paralizado, le llevan a pensar negativamente de todo, no se conoce su causa, etc.

El juego de voces a lo largo del fragmento nos permite inferir diferentes niveles APES. La expresión de la VD de *seguridad*: ‘*Yo desde el 20 de junio de 2009 tengo ataques de ansiedad que cuando me vienen me dejan paralizado, y tengo que dejar de hacer lo que estuviera haciendo para marcharme a mi casa y acostarme en la cama, y esperar que se me pase*’, se posiciona en un nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, que queda reflejado por el marcador de “*Problema recurrente*”. El diálogo que se desarrolla posteriormente, donde la VND de *caos* también interviene: ‘*Mientras*

tengo esa ansiedad pienso negativamente de todo y todo parece negativo, en especial yo. Cuando la ansiedad se acaba se desata una euforia y todo vuelve a ser normal', lleva al sujeto a un nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*, que viene codificada en la APES por el marcador "Lo que pienso o hago influye en el problema". Esta exposición del problema evoluciona hacia una expresión de la VD de *seguridad*: 'Yo aspiro a qué con el tiempo, como con otros síntomas que también experimenté, desaparezcan' que vendría reflejado por el marcador "Cambio deseado" (marcador de nivel 2 de la APES), tras lo que plantea una descripción temporal de sus ataques de ansiedad, apatía y fobia: 'También en 2014 aparecieron 4 fobias: a las escaleras mecánicas, a los puentes, a sentir miedo en el coche, y a que me pase algo malo en un viaje' que es reflejado por el marcador "Sentirse atrapado" (nivel 2 de la APES). Tras todo este proceso, el sujeto plantea su plan de acción: 'Se desconoce el origen de esto, pero mi táctica es esperar a que esto sea vencible para vencerlo y, mientras tanto, evitarlo siempre. Si alguna vez he de afrontarlo por necesidad, ya veremos', lo que supone un nivel 5, que se vería reflejado en el marcador de 'Bastante, pero todavía no resolviendo el problema'.

Fragmento 73.

"[...] me creía Dios, la reencarnación de Cristo y de Hitler, y ahora me replanteo mi identidad y trato de justificarla (3. *Enunciado del problema*). Y esto, en resumidas cuentas, son mis mitos, en otro momento profundizaría sobre ellos".

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	3	Negar la validez de lo que uno piensa pero seguir pensándolo.	Enfermedad mental/ Yo en el mundo

Este fragmento corresponde a la narración 11, 'Mi vida actual'. En comparación

con los fragmentos anteriores, el sujeto no se encuentra tan afectado por el delirio y ha vuelto a una situación algo similar a la inicial. Tal como se aprecia en el texto, la voz de *enfermedad mental* (VD) que expone el delirio con menor fuerza y se ha producido la emergencia de la voz de *caos* (VND), que expresa la realidad en la que está inmerso. Esto ha llevado a que la voz de *enfermedad mental* (VND) pueda darse cuenta de que la realidad le estaba dando una información que no se correspondía y le ha llevado a replantearse sus creencias. La voz de *sentido de vida* (VD) expresa la pérdida de fuerza del delirio y el intento de justificar su identidad: “*me replanteo mi identidad*”.

El juego de voces sitúa el fragmento en el nivel 3, *enunciado del problema*, el marcador que nos permite codificar con la APES el fragmento es el marcador de nivel 3 de la APES “*Negar la validez de lo que uno piensa, pero seguir pensándolo*”. El sujeto piensa todavía en que su delirio es la realidad, aunque niega la validez de ese pensamiento: ‘*me creía Dios, la reencarnación de Cristo y de Hitler, y ahora me replanteo mi identidad*’. No obstante, al final sigue pensándolo en tanto que, como dice: ‘*trato de justificarla*’.

Fragmento 74.

“Tengo ataques de ansiedad y cuando los tengo todo se paraliza para mí y empiezo a pensar negativamente de todo, a toda velocidad, y me desespero (3. *Enunciado del problema*). Los tengo desde 2009, y suelen ser habitualmente por las tardes, desde 2015 aparecieron nuevas formas de parálisis y suelen suceder sin que haya causa, o habiéndola parece insuficiente para producir tan devastador sentimiento. Ésto hace que yo no sea previsible, pues si me comprometo y me da un ataque, habré de quedarme paralizado y renunciar a mi compromiso (4. *Insigth*). También hace que no pueda alejarme demasiado

de un sitio donde me pueda quedar paralizado de una manera tranquila. En un autobús o un tren no es aceptable. Por lo que no puedo irme de excursión pues corro el riesgo de quedarme con una angustia que me muero”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Caos (VND)	3,8 4	Lo que pienso/hago influye en el problema Dar un paso atrás para ver mejor	Enfermedad mental/ Yo en el mundo

En este fragmento nos encontramos con una exposición de la sintomatología del sujeto. El fragmento se inicia con una exposición del problema que está muy cercana del *Insight*, aunque no lo alcanza: ‘*Tengo ataques de ansiedad y cuando los tengo todo se paraliza para mí y empiezo a pensar negativamente de todo, a toda velocidad, y me desespero*’. En esta exposición, el juego de VD y VND sitúa al fragmento en el nivel 3, *enunciado del problema*, de la APES, que reflejaría el marcador: “*Lo que pienso/hago influye en el problema*”. Las voces del sujeto, posteriormente, seguirían dialogando hasta alcanzar un *Insight*, nivel 4 de la APES (codificado por la APES con el marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”), acerca de las consecuencias de estos ataques de ansiedad: ‘*Esto hace que yo no sea previsible, pues si me comprometo y me da un ataque, habré de quedarme paralizado y renunciar a mi compromiso...*’.

Las voces que podemos apreciar en este fragmento son las de *enfermedad mental* (VD) y *caos* (VND). El intercambio de expresiones es bastante fluido a lo largo del fragmento, expresándose claramente. La voz de *caos* (VND), expone lo que le ocurre cuando tiene un ataque de ansiedad, la formas que adquiere, y su origen desconocido.

Fragmento 76.

“Yo desde el 2014 he desarrollado una serie de fobias injustificadas desde un punto de vista ingenuo. Tengo miedo de las escaleras mecánicas, de cruzar

puentes, de que me den miedo los coches mientras estoy subido a uno de ellos, de los viajes. Eso hace que las escaleras normales las utilice con apuro. Los puentes no los cruzo, no me puedo montar en los coches y no voy de viaje. Lo que ocurre es que no sé qué es lo que lo causa y no creo que la exposición gradual sirva de nada (2 *Reconocimiento vago*). Parece que hay algo mal en la química de mi cerebro que me hace sentir miedo y hasta que se arregle seguiré sintiendo miedo (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD)	2	Sentirse vulnerable.	Enfermedad mental/ En el mundo
Seguridad (VD)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	
Caos (VND)			

En este fragmento podemos ver cómo las voces del sujeto siguen expresándose, en este caso de sus miedos y fobias, indicando en qué consisten. En una primera parte tenemos una descripción, en la que resalta la afirmación: *‘he desarrollado una serie de fobias injustificadas desde un punto de vista ingenuo’*. Esta descripción no se ha valorado y queda la duda de quién es, para el sujeto, el que se mantiene en el punto de vista *ingenuo*, si él que no puede justificarlas o los profesionales de la salud que para él no saben el porqué de lo que le pasa.

Tras la descripción, la VD de *seguridad* del sujeto expresa: *‘Lo que ocurre es que no sé qué es lo que lo causa y no creo que la exposición gradual sirva de nada’*, en un intento por mantener al sujeto libre de cualquier peligro. Este posicionamiento de la VD se sitúa en el nivel 2 de la APES, y viene reflejado por el marcador *“Sentirse vulnerable”*. El sujeto se *siente vulnerable* y en peligro ante un afrontamiento del problema que le ocupa, exponiéndolo de forma que la VND no puede expresarse.

Tras esta exposición, la VD de *enfermedad mental*, junto con la VND de *caos*, plantean la posibilidad de problemas químicos cerebrales, lo que les lleva a alcanzar

un *Insight*, nivel 4 de la APES, sobre el problema al indicar ‘*Parece que hay algo mal en la química de mi cerebro que me hace sentir miedo y hasta que se arregle seguiré sintiendo miedo*’. Este *Insight* viene definido por el marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”, que perfila el posicionamiento que le permite relacionar su enfermedad con la *química* de su cerebro. No obstante, conviene decir que en este punto ha habido dudas en la valoración, ya que también podría ser una opción que el sujeto derivase hacia ese tema con el fin de plantearse que al ser un problema de la *química* su cerebro no hay nada que probar para resolverlo, más allá de esperar; lo que sería una *evitación* del problema.

Fragmento 77.

“Soy un marginado por no ser normal y lo sigo siendo. Incluso en los círculos más cercanos. Aunque no es una marginación completa pero no soy uno más, soy algo menos. Aunque tenga libertad para relacionarme con quien quiera, de qué me sirve si los demás no quieren relacionarse conmigo (3. *Enunciado del problema*). Yo aprovecho mucho la poca relación que con los demás tengo. Esto no sólo tiene la consecuencia directa de no tener relación, sino que también tiene la consecuencia indirecta de no tener el conocimiento que se transmite de unos a otros, pues yo quedo excluido (3. *Enunciado del problema*). Entre otros, las ofertas de trabajo que dependen mucho de los contactos, tendría narices la cosa que por causa de la negativa de los demás me quede yo sin trabajo por nadie hablar bien de mí”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Estigma (VND)	3	Lo que otros hacen/ piensan influye en el problema	Enfermedad mental/ En el mundo

En este fragmento nos encontramos con que el sujeto expone la marginación y las

consecuencias que tiene en su vida. Las voces predominantes son la de *enfermedad mental* (VD), que se focaliza en expresar cómo es en su relación con otras personas desde una perspectiva que asume parte del estigma, mientras que la voz de *estigma* (VND) expresa aquellos aspectos en que ésta le afecta de forma especial: ‘*no quieren relacionarse conmigo*’, ‘*yo quedo excluido*’. Estas expresiones están matizadas haciendo referencia a aspectos concretos como la libertad, el conocimiento y el trabajo.

Desde el inicio del fragmento las voces del sujeto plantean un *enunciado del problema* (nivel 3 de la APES): ‘*Soy un marginado por no ser normal y lo sigo siendo. Incluso en los círculos más cercanos. Aunque no es una marginación completa pero no soy uno más, soy algo menos. Aunque tenga libertad para relacionarme con quien quiera de qué me sirve si los demás no quieren relacionarse conmigo*’. El marcador que refleja este problema es “*Lo que los otros hacen o piensan influye en el problema*” (nivel 3 de la APES), ya que el sujeto asume que está marginado y explicita que dentro de esa marginación tiene libertad, aunque el conflicto surge en tanto que, pese a ella, nadie se quiere relacionar con él. Más adelante, el sujeto alcanza otro enunciado en otra área donde esta marginación también se ve afectada: ‘*Yo aprovecho mucho la poca relación que con los demás tengo. Esto no sólo tiene la consecuencia directa de no tener relación, sino que también tiene la consecuencia indirecta de no tener el conocimiento que se transmite de unos a otros, pues yo quedo excluido*’. En este caso el marcador es el mismo, “*Lo que los otros hacen o piensan influye en el problema*, ya que pese a sus esfuerzos por rentabilizar la relación que tiene con los demás el sujeto reconoce que no tiene acceso al conocimiento que se transmite entre los otros y él se queda excluido. Las consecuencias las expone seguidamente en una queja: ‘*tendría narices la cosa que por causa de la negativa de los demás me quede yo sin trabajo por nadie hablar bien de mí*’. En todo el fragmento se puede observar cómo el sujeto no

se plantea en ningún momento el papel que él puede jugar en las percepciones de los demás que deriven a su marginación.

Fragmento 81.

“2. Yo tengo una enfermedad mental. Que se traduce en ideas raras, emociones descontroladas y marginación social. Yo creo sin ningún rigor científico, que mi enfermedad está ligada a mi inteligencia y que si quería ser un genio como él que quiero ser tendría que pasar por ella. Las ideas raras, aun equivocadas, son hipótesis de mi tremenda inteligencia. Las emociones descontroladas son producto de un cerebro que se sale, y mi marginación es consecuencia de mis rarezas. Yo tengo que triunfar con la enfermedad que no controlo, aunque si es como pienso que es, lo conseguiría con grandes pero vencibles dificultades. Pero si no es como pienso que es, podría hacerme imposible el éxito e incluso la vida, pues bastaría que ciertos síntomas no desapareciesen (4. *Insight*)”.

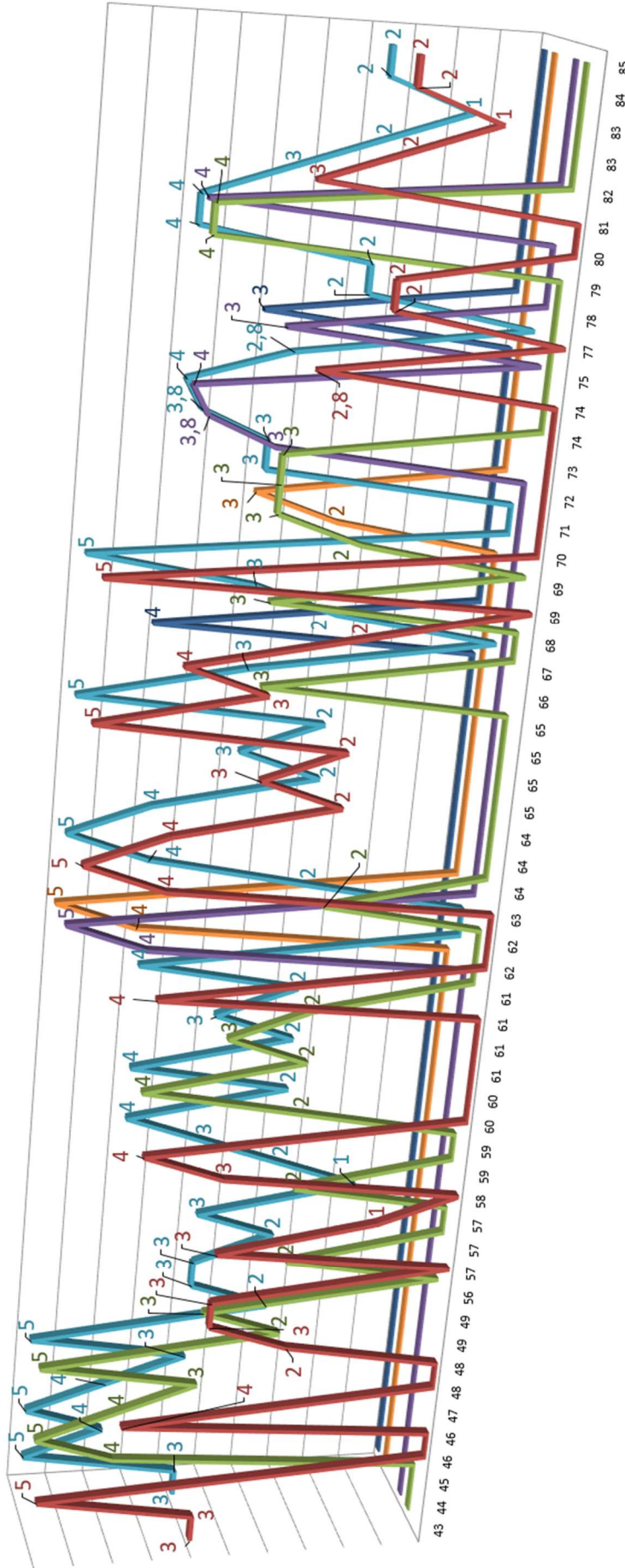
Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Enfermedad mental/ Yo en el mundo

Este fragmento corresponde a la narración 12, ‘*Mi vida*’. En él podemos observar cómo el sujeto vuelve a asumir que tiene una enfermedad mental, y vuelve a expresar en qué consiste su enfermedad. El sujeto, tras esto, parece plantear un enunciado del problema: ‘*Yo creo sin ningún rigor científico, que mi enfermedad está ligada a mi inteligencia, y que si quería ser un genio como el que quiero ser tendría que pasar por ella*’, que podría reflejarse en el marcador ‘*Lo que pienso influye en el problema*’, y señala la importancia que para él tiene que su enfermedad sea un signo de algo que le haga especial. No obstante, en tanto que el sujeto asume este pensamiento de forma natural y no lo hace como un enunciado del problema, sino como una realidad, hemos

descartado su codificación.

Más adelante en el fragmento encontramos otro juego de voces destacado, con un nivel de 4 de la APES, *Insight*, en el que las voces del sujeto interactúan entre sí y el sujeto toma contacto con la realidad al plantear la posibilidad de estar equivocado: ‘*Yo tengo que triunfar con la enfermedad que no controlo, aunque si es como pienso que es, lo conseguiría con grandes pero vencibles dificultades. Pero si no es como pienso que es, podría hacerme imposible el éxito e incluso la vida, pues bastaría que ciertos síntomas no desapareciesen*’. El marcador que describe este fragmento en el nivel 4 de la APES es: “*Dar un paso atrás para ver mejor*”.

En este fragmento se puede observar cómo la voz de *enfermedad mental* (VD), junto con la del *sentido de vida* (VD), apoyan la creencia acerca de triunfar, mientras que la voz de *caos* (VND) refleja la posibilidad de que esté equivocado, para lo cual ‘*bastaría que los síntomas no desapareciesen*’. La voz de *sentido de vida* resalta su importancia en la creencia asumida sobre su inteligencia.



Fragmentos	Narración 6						Narración 8						Narración 9						Narración 11						Narración 13																								
	43	44	45	46	47	48	48	49	56	57	57	58	59	59	60	61	61	61	62	63	64	64	65	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	74	75	77	78	79	80	81	82	83	84	85					
Seguridad	3	3	5	4	4	4	2	3	3	3	3	1	3	4																																			
Sentido de vida	4	5	4	3	5	2	3	2							2	4	2	3	2			2																											
Enfermo mental	3	3	5	4	5	4	3	2	3	2	3	1	2	3	4	2	4	2	3	2	4	2	4	5	3	3	2	3	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
Caos	3	3	5	4	5	4	3	2	3	2	3	1	2	3	4	2	4	2	3	2	4	2	4	5	3	3	2	3	5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
Crisis de Fe																																																	
Estigma																																																	

Figura 3.8. Proceso de asimilación de la experiencia problemática de 'en el mundo'.

3.2.5. Tema: Yo en el mundo.

Este tema surgió a partir de la narración 6, ‘La distinción entre medios y fines, y la necesidad de tener una filosofía propia’, y estuvo presente de una forma más o menos definida hasta la última narración.

A lo largo del tema podremos observar cómo el sujeto habla en primera persona y se centra en lo que ha de llevar a cabo, sus deseos, etc. El aspecto común es cómo le afecta y está en el mundo.

Como se puede observar en la figura 3.7, el sujeto alcanza en 7 ocasiones el nivel 5 de asimilación, y se mueve de manera predominante entre los niveles de 2 y 4; presentándose en una ocasión el nivel 1, y finalizando en niveles más bajos que al inicio del tema. También cabe destacar, al igual que en temas anteriores, que las puntuaciones se mueven en rangos de niveles APES de forma bastante rígida, lo que puede reflejar que en determinadas narraciones el sujeto muestre un nivel de asimilación mayor que en otro a causa del posicionamiento que el sujeto muestra hacia un problema determinado, en base también a las voces que activa.

Fragmento 43.

“Quizás muchos estén acostumbrados a funcionar con su filosofía, que no la llaman filosofía, la llaman actuar y ya está. Y quizás otros ponemos mucho esmero en nuestra filosofía que es radiante y da esplendor, y se nota que lo es. Yo hace poco tenía mi filosofía, pero mi vida cambió mucho en poco tiempo y la tuve que cambiar porque la anterior no funcionaba. Y ahora me encuentro con una filosofía a medio hacer, y por ello me siento molesto y desorientado (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Lo que no puedo conseguir influye en el problema.	Yo en el mundo

Este fragmento pertenece a la narración 6, ‘*La distinción entre medios y fines, y la necesidad de tener una filosofía propia*’. En él podemos ver cómo el sujeto realiza un alegato acerca de la importancia de *funcionar con su filosofía*. Es cierto que es importante conocer qué entiende el sujeto por filosofía, y de alguna manera ya está expresado en una parte anterior de este capítulo.

Las voces que se expresan en este fragmento son las de *seguridad* (VD), que expone lo que le aporta la filosofía y lo importante que es para él, y la voz de *caos* (VND), que plantea el malestar que le genera no disponer de una filosofía en estos momentos. El posicionamiento de las voces lleva al sujeto al nivel 3 de la APES, *Enunciado del problema: ‘ahora me encuentro con una filosofía a medio hacer, y por ello me siento molesto y desorientado’*, donde la VD permite la expresión clara de la VND y es codificado por la APES con el marcador “*Lo que no puedo conseguir influye en el problema*” (Nivel 3 de la APES), que es una variante del “*Lo que pienso influye en el problema*”.

Fragmento 44.

“Generalmente, la gente no le da mucha importancia a esto, pero yo sí. Pues yo con una nueva filosofía hecha por mí mismo soy capaz de estar prácticamente casi todo el tiempo alegre y contento. Y es por eso que la echo en falta (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Lo que pienso influye en el problema	Yo en el mundo

En este fragmento el sujeto expresa de forma clara la importancia de disponer de una filosofía para moverse con el mundo, y el pesar que le genera no encontrarse en

esta situación en estos momentos.

Las voces que aparecen en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que se afirma en la importancia de disponer de una filosofía propia, explicando lo que ésta le aporta; y la voz de *caos* (VND), que se centra en el sentimiento de pérdida. A este posicionamiento de las voces, lleva al sujeto a un nivel 3, *Enunciado del problema*, y es codificado por el marcador de la APES: “*Lo que pienso influye en el problema*”, en tanto el sujeto indica que él le da mucha importancia a la filosofía, y que por eso la echa en falta.

Fragmento 45.

“Yo funciona bien con mi filosofía, pero soy muy torpe sin ella. Aunque muchos por usar una filosofía muy simple apenas han de hacer cambios. Pero la mía es muy elaborada. Pero, en fin, manos a la obra. Crearé mi nueva filosofía y ya está, y mientras tanto haré uso de criterios provisionales o utilizaré la intuición (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	5	Bastante, pero todavía no resolviendo el problema.	Yo en el mundo

En este fragmento el sujeto expone sus creencias acerca de sí mismo en relación con su filosofía, al mismo tiempo que muestra la visión que tiene sobre otras personas en general: ‘*muchos por usar una filosofía muy simple apenas han de hacer cambios*’.

Las voces que intervienen en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que defiende la importancia de la filosofía para él y plantea la acción de crear su nueva filosofía; y la voz de *caos*, que plantea su torpeza ante ella y la necesidad de una filosofía elaborada (frente a la simple que utilizan otras personas). Así, tras comparar su filosofía con la de estas otras personas: ‘*la mía es muy elaborada*’, el juego de voces

se posiciona hacia la resolución del problema: ‘*Pero, en fin, manos a la obra. Crearé mi nueva filosofía y ya está, y mientras tanto haré uso de criterios provisionales o utilizaré la intuición*’, lo que supone un nivel 5, de la APES, que vendría reflejado en el marcador: “*Bastante, pero todavía no resolviendo el problema*”.

Fragmento 46.

“Yo quiero ganarme la vida. Yo creo que mi mejor trabajo es el administrativo de bienes de carácter público. Y a ello pienso dedicarme. Lo primero es esperar a perder los ataques de nervios que atenazan mi alma. Con ellos no será posible trabajar (4. *Insight*). Mientras tanto estudiar cursillos anuales y hacer rehabilitación. Cuando se hayan ido, presentarme a una oposición como minusválido o conseguir un puesto por entrevista, pero hay que buscar un puesto de calidad, es decir, un trabajo seguro y bien pagado donde me pueda jubilar (5. *Elaboración/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD)	4	Reconocer que las cosas dependen de condiciones.	Yo en el mundo
Caos (VND)	5	Bastante, pero todavía no resolviendo el problema	

Este fragmento corresponde a la narración 7, ‘*Mis fines y medios, pros y contras*’. En él, el sujeto plantea sus ideas de desarrollo profesional.

Las voces que se expresan son de *sentido de vida* (VD), que plantea los deseos de normalización del sujeto en el plano laboral, con la consecución de un trabajo, aunque con unas pretensiones irreales en la forma en que están postuladas; y la voz de *caos* (VND), que hace referencia a la sintomatología que le afecta e impide prosperar en este plano laboral.

El juego de voces lleva al sujeto a alcanzar un *Insight*, nivel 4 de la APES: ‘*lo*

primero es esperar a perder los ataques de nervios que amenazan mi alma. Con ellos no será posible trabajar’, donde sus voces se posicionan a cierta distancia del problema y viendo la conexión entre la voz problemática de *caos* y la dominante de *sentido de vida*. Este posicionamiento de las voces es reflejado por el marcador de nivel 4 de la APES: “Reconocer que las cosas dependen de condiciones”; al describir la toma de conciencia acerca de la relación entre la desaparición, o no, de su sintomatología y sus posibilidades de trabajar.

Tras este *Insight*, las voces plantean un plan de acción que le lleve a estar preparado para conseguir su objetivo en el momento en que los *ataques de nervios* desaparezcan: *‘mientras tanto estudiar...’*, aunque se puede observar que el sujeto tiene poco contacto con la realidad, o una visión quizá algo simple, al plantear algunos aspectos de sus deseos: *‘pero hay que buscar un puesto de calidad, es decir, un trabajo seguro y bien pagado donde me pueda jubilar’*. Este juego de voces se sitúa en el nivel 5 de la APES, *Aplicación*, y es codificado a través del marcador de nivel 5: “Bastante pero todavía no resolviendo el problema”. Así, el sujeto se centra en su preparación para el futuro, pero sin atender a la resolución de la sintomatología que le afecta, con lo que no resuelve el problema principal pero sí mejora su preparación *‘por si’* en algún momento desapareciese esa sintomatología.

Fragmento 47.

“el camino trazado es supersensato y es progresivo de una manera estratégica, es cuestión de ponerse manos a la obra. Si nunca se me van los nervios, nunca buscaré trabajo, pero viviré de mi pensión de minusvalía (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Seguridad (VD)	4	Reconocer que las cosas dependen de condiciones	Yo en el mundo

Caos (VND)			
------------	--	--	--

En este fragmento, el sujeto continúa el discurso planteado en el fragmento anterior. Así, sigue valorando su posible futuro de una manera muy favorable y utilizando términos que le dan una connotación de trabajado y bien planificado: '*camino trazado es supersensato y es progresivo de una manera estratégica*', aunque sin aportar los datos en que se basa para exponer esas conclusiones.

Encontramos tres voces diferentes en este fragmento. La voz de *sentido de vida* (VD) impregna el conjunto del fragmento y plantea la importancia del trabajo, mientras que la voz de *caos* (VND) plantea el Insight acerca de la condición de que se vayan los nervios para buscar trabajo; finalmente, la voz de *seguridad* (VD) lleva al sujeto a focalizarse en que independientemente de esas circunstancias dispone de una pensión, lo que se conforma como un *Insight* que implica un movimiento que lleva al sujeto hacia un estado de minimización afectiva sobre el problema, minimizando el carácter de comprensión del problema del *Insight* alcanzado.

Este juego de voces lleva al sujeto a alcanzar un *Insight*, nivel 4 de la APES, centrado en su seguridad hacia el futuro debido a la existencia de una pensión de minusvalía. El marcador que codifica este posicionamiento de las voces "*Reconocer que las cosas dependen de condiciones*" (nivel 4 de la APES), al indicar que '*Si nunca se me van los nervios, nunca buscaré trabajo*'.

Fragmento 48.

"[...] buscaré tener esposa e hijos, pero sólo si soy capaz de tenerlos en buenas condiciones (3. *Enunciado del problema*). Para ello buscaré ser independiente. Mientras tanto podría buscar novia en condiciones limitadas. Como mi condición no es muy boyante buscaré novia entre las mujeres que salgan al paso. Si aún no hubiera encontrado y hubiera mejorado, me tomaría la molestia

de buscarla adrede, pero ya veremos (5. *Elaboración/ Aplicación*). Un camino lógico”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD)	3	Deseos y deberías conflictivos.	Yo en el mundo
Caos (VND)	5	Bastante, pero todavía no resolviendo el problema	

En este fragmento, el sujeto se centra en el aspecto futuro del establecimiento de relaciones de pareja.

Las voces expresadas en este fragmento son la de *sentido de vida* (VD), que refleja la importancia que para el sujeto tiene la familia, y la voz de *caos* (VND), que plantea algunos de los problemas que le afectan como su capacidad para tener una familia en buenas condiciones, su condición económica, y la ausencia de mejora y de pareja.

Las voces del sujeto alcanzan el nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*, al plantear: ‘*buscaré tener esposa e hijos, pero sólo si soy capaz de tenerlos en buenas condiciones*’. El marcador que refleja estas posiciones entre las voces es “*Deseos y deberías conflictivos*”, que plantea el conflicto entre su *deseo* de formar una familia y un *debería* ‘*tenerlos en buenas condiciones*’.

Posteriormente, las voces del sujeto se focalizan en aquello que debe lograr para ser capaz de tener una familia en buenas condiciones: ‘*buscaré ser independiente*’, y mientras tanto intentará atender al problema dentro de las condiciones reales: ‘*podría buscar novia en condiciones limitadas*’, ‘*como mi situación no es muy boyante buscaré novia entre las mujeres que salgan al paso*’, o ‘*me tomaría la molestia de buscarla adrede*’; alcanzando un nivel 5 de la APES, *Aplicación*, que viene codificada por el marcador: “*Bastante, pero todavía no resolviendo el problema*”, en tanto plantea conductas que no resolverían el problema, éstas conllevan pautas nuevas a las consideradas anteriormente.

Fragmento 49.

“todo mi ser sabe a mí. Mis medios se asemejan a mí. Y yo soy valiente, sensato, honorable, ingenioso, bien organizado, gracioso, sabio, perseverante. En definitiva, soy una joya, y mis medios saben a mí (2. *Reconocimiento vago*). Pero ésto tiene de bueno que soy reconocido como bueno, pero de malo que por ser tan honorable soy intratable para las cosas malas o imperfectas moralmente. O, dicho de otra manera, soy bueno y eso es bueno, pero soy súper pesado, y eso es molesto, pero también soy tenaz y eso vuelve a ser bueno (3. *Enunciado del problema*). Descartando de mi tenacidad mis debilidades como enfermo”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD)	2	Estar metido en sus pensamientos.	Yo en el mundo
Seguridad (VD)	3	Lo que <i>soy</i> influye en el	
Caos (VND)		problema.	

Este fragmento es el último de la narración 7. En él podemos ver al sujeto cómo hace una alegación hacia sus bondades, que concluye con la afirmación de ‘*soy una joya*’. Tras esto, el sujeto da un paso más allá en la expresión de la experiencia problemática, al plantear lo que estas bondades suponen de bueno y de malo para él en relación con su entorno.

Las voces que participan en este fragmento son la de *sentido de vida* (VD), que da una imagen idílica y muy positiva de sí mismo; la voz de *seguridad* (VD) que intenta reflejar parte de la realidad al hacer valer valores como su bondad y su tenacidad, y la voz de *caos* (VND), que exhorta al sujeto a hacer un alegato sobre sí y posteriormente señala los aspectos en que tanta perfección le son contraproducentes: ‘*por ser tan honorable soy intratable para las cosas malas o imperfectas moralmente*’, ‘*soy súper pesado y eso es molesto*’, ‘*mis debilidades como enfermo*’.

En un primer momento, la VD de *sentido de vida* se posiciona en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, al ofrecer una imagen idílica y muy positiva de sí mismo que no atiende a ninguna VND; aunque por la forma de expresarse podemos inferir que puede ser una reacción a la VND. El marcador que refleja este posicionamiento es “*Estar metido en sus pensamientos*” (nivel 2 de la APES). El sujeto, al plantear estos pensamientos no muestra encontrarse mal, pero la forma de expresión es un indicativo de cierta presión por no apreciar el malestar que puede generar la falta de concordancia con la realidad.

Tras esta afirmación, la VD de *seguridad* intenta reflejar parte de la realidad al hacer valer valores como su bondad y su tenacidad junto a la voz de *caos* (VND) que señala los aspectos en que tanta perfección le son contraproducentes. En este posicionamiento de voces el sujeto alcanza un nivel 3 de la APES, *Enunciado del problema*, que viene codificado por el marcador “*Lo que pienso influye en el problema*” (nivel 3 de la APES), que queda definida como “*Lo que soy influye en el problema*”, siendo explicada esta influencia en el problema por el propio sujeto a lo largo del fragmento.

Fragmento 56.

“8. Yo tengo que cuidar de mi casa y de mí mismo, pero acometo muchas deficiencias pues constantemente me estoy preocupando por todo y no hallo tiempo para cuidar bien de estas cosas (3. *Enunciado del problema*). Pero en ello estoy”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles.	Yo en el mundo

Este fragmento corresponde a la narración 8, ‘*la gran autorreafirmación*’. En esta

narración el sujeto ha expuesto en el tema de la enfermedad varios de sus delirios. En este fragmento concreto, el sujeto expone su problema para cuidar de su casa.

Las voces que surgen en este fragmento son la voz de *seguridad* (VD), que expresa el deseo de cuidarse y cuidar la casa, y la atención a sus preocupaciones, mientras que la voz de *caos* (VND), se expresa a través de la expresión de las deficiencias que acomete por no hallar tiempo (a causa de las preocupaciones) para cuidar bien de esas cosas. De este modo, las voces se interactúan alcanzando el nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*, en el que se expresa tanto la VD como la VND. Esto viene reflejado en el marcador, de nivel 3 de la APES, “*Manifestando metas incompatibles*” que expone la naturaleza del problema expuesto por las voces. Por un lado, el sujeto tiene un *deseo* de cuidar la casa y así mismo y, por otro, el sujeto expresa como ‘*constantemente me estoy preocupando por todo y no hallo tiempo para cuidar bien estas cosas*’. La falta de tiempo se debe a que, ante las preocupaciones, el sujeto se encierra en su cuarto hasta que se le pasen y encontrar el momento en que se encuentre bien (segunda meta) para llevar a cabo esas acciones que derivarían en el cuidado de su casa y de sí mismo. El problema es que ese estado nunca llega y por eso no tiene tiempo.

Fragmento 57.

“9. Yo quiero seguir estudiando y yo quiero trabajar y recibir terapia en el CRIS, MENSTOPIA, ASIEM y Salud Mental. Yo quiero reunir los títulos que me hacen falta para ser profesor de filosofía. Es decir, valenciano, inglés y master de secundaria. También quiero estudiar cosas útiles. Trabajar quiero de profesor de filosofía, a ser posible en el colegio donde fui estudiante. Y si no de administrativo, y si no de cualquier cosa (2. *Reconocimiento vago*). Ahora

tengo el problema de la ansiedad, mientras lo tenga no podré trabajar ni hacer estudios fuertes (3. *Enunciado del problema*). Esperaré que la ansiedad se vaya (1. *Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD)	2	Cambio deseado.	Yo en el mundo
Seguridad (VD)	3	Lo que no puedo conseguir influye en el problema.	
Caos (VND)	1	Evitar la responsabilidad.	

Aquí el sujeto se focaliza en diferentes logros que espera realizar en áreas como los estudios, terapia y el trabajo.

Las voces que se expresan en este fragmento son las de *sentido de vida* (VD), que expresa el cambio deseado que el sujeto quiere para su vida; la voz de *caos* (VND), que plantea el problema de la ansiedad que le puede impedir llevar a cabo sus objetivos, y la voz de *seguridad* (VD), que lleva al sujeto a una acción segura en lugar de plantear afrontar sus problemas.

En un primer momento, la VD de *sentido de vida* expone aquello que desea hacer y conseguir, se entiende que en respuesta a la VND que no llega a expresarse claramente. El nivel de la APES de esta parte del fragmento es el nivel 2, *reconocimiento vago*, y es codificada por la APES con el marcador de “*Cambio deseado*”. Posteriormente, la VND de *caos* expone la ansiedad, a lo que responde la VD de *seguridad* sentando las bases de su conducta, y definiendo así el problema (nivel 3 de la APES), lo que se refleja en el marcador: “*Lo que no puedo conseguir influye en el problema*”, en este caso la desaparición de la ansiedad. Tras este enunciado, la VD de *seguridad* expone: “*Esperaré que la ansiedad se vaya*”, lo que supone un nivel 1 de la APES, *Pensamientos no deseados*, que se codificaría con el marcador “*Evitar la responsabilidad*”, propio de asumir que la ansiedad es algo externo sobre lo que no se puede actuar.

Fragmento 58.

“Tengo que navegar con mucha ignorancia, con condiciones limitadas, con cuestiones voluntarias y con otras obligatorias. También tengo que procurar disfrutar de la vida ante tanta inestabilidad (2. *Reconocimiento vago*). Pero creo que al final lo resolveré haciendo uso de mis facultades y recursos”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida Caos	2	Problema recurrente	Yo en el mundo

En este fragmento nos encontramos que el sujeto se fija en aquello a lo que tiene que enfrentarse, en su día a día, y que de alguna forma le da indicaciones de por dónde puede ir su problema. No obstante, el sujeto únicamente se centra en lo que supone para él de molestia, expresando un pensamiento acerca de la consecución de sus objetivos.

Las voces que se expresan en este fragmento serían las de *sentido de vida* (VD), en tanto que estos desafíos estarían relacionados con lo expuesto en el fragmento anterior donde busca desarrollarse como persona, y la voz de *caos* (VND), que expresa la situación recurrente que ocurre con esta situación. De este modo, la VD de *sentido de vida* asume el papel fundamental y no deja expresarse a la VND, dando su visión de la realidad que la VND podría ofrecer. Ello lleva a que el nivel de asimilación logrado sea bajo, nivel 2 de asimilación, *reconocimiento vago*; al no tener una conceptualización del problema y sólo expresar continuos desafíos interpersonales o intrapersonales que refleja el marcador de nivel 2 de la APES: “*Problema recurrente*”.

Fragmento 59.

“Se avecinan muchos cambios y se hará necesaria otra actualización dentro de poco. Y es que estoy en crisis por mi independencia (3. *Enunciado del*

problema), a la cuál temo por ser de carácter desconocido (*4 Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	3	Deseos y deberías conflictivos.	Yo en el mundo
Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	

Este es el último fragmento de la narración 8. En este fragmento el sujeto plantea una esperanza de cambios, aunque lo más importante en materia de asimilación es el enunciado de problema que plantea y el Insight que alcanza seguidamente.

Las voces que se expresan en este fragmento son la de *seguridad* (VD) y *caos* (VND). La primera de ella aventura el cambio y la actualización, como algo que puede aportarle más estabilidad, mientras que la voz de *caos* señala la situación de crisis en la que se encuentra, lo que sitúa este juego de voces en el nivel 3 de la APES, *Enunciado del problema*, que reflejaría una situación de “*Deseo y debería conflictivo*” (marcador de nivel 3 de la APES). Seguidamente, la voz de seguridad y caos vuelven a expresarse alcanzando un *Insight*, nivel 4 de la asimilación, al plantear su temor por el carácter desconocido del cambio; lo que es codificado por la APES a través del marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”.

Fragmento 60.

“Introducción: Se hace necesaria una actualización de mi visión general pues mi situación es muy novedosa y eso hace que me replantee las cosas, y muchas cosas han cambiado o van a cambiar (*2. Reconocimiento vago*). Y el hecho de tener mi personalidad vacía o desorganizada me desespera o al menos me molesta (*2. Reconocimiento vago*). La anterior visión general fue un intento de dejar las cosas como estaban, pero no he tenido éxito pues las cosas han cambiado (*4. Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
-------	------------	----------	------

Sentido de vida	2	Cambio deseado	Yo en el mundo
Caos	4	Sentirse atrapado Dar un paso atrás para ver mejor.	

Este fragmento corresponde con la narración 9, ‘Mi visión general de las cosas’, y se inicia indicando la necesidad de un cambio o actualización de su visión general. Conviene resaltar que la narración anterior y ésta están firmadas en el mismo día, y mientras que en la anterior defendía desde su posición desde los delirios, aquí parece plantear un cambio.

Las voces que intervienen en este fragmento son la de *sentido de vida* (VD), que refleja sus intentos por dar una forma coherente a su visión de la vida y de sí mismo, y la voz de *caos* (VND), que plantea las molestias y desesperación que le supone cómo se siente.

Al inicio de la narración, estas voces se posicionan en un nivel 2 de la APES, con la VD exponiendo sus deseos, lo que se codificaría por la APES con el marcador “Cambio deseado”: *‘se hace necesaria una actualización de mi visión general pues mi situación es muy novedosa y eso hace que me replantee las cosas, y muchas cosas han cambiado o van a cambiar’*, y posteriormente expresando circunstancias personales que le desagradan: *‘el hecho de tener mi personalidad vacía o desorganizada me desespera o al menos me molesta’*, lo que se codificaría con el marcador de nivel 2 de la APES “Sentirse atrapado”. Seguidamente, la VD de *sentido de vida* intenta dar una visión general del proceso y permite la expresión de la VND de *caos*, que expresa el poco éxito obtenido: *‘La anterior visión general fue un intento de dejar las cosas como estaban, pero no he tenido éxito pues las cosas han cambiado’*. Este juego de voces alcanza un nivel 4 de la APES, *Insight*, que se reflejaría por el marcador: *dar un paso atrás para ver mejor*.

Fragmento 61.

“Yo antes creía en ciertos signos o señas de identidad, y pensaba que era preciso comulgar o no comulgar con ellos (2. *Reconocimiento vago*). Pero siendo más sensato puedo comulgar hasta cierto punto, pero no necesariamente del todo. Yo me creía la reencarnación de Hitler y de Jesucristo, y soy muy parecido a dichos personajes históricos, pero no exactamente igual (3. *Enunciado del problema*), por lo que comulgo a medias con la idea. Jesucristo era sabio como yo, pero era un irresponsable pues se dejó matar inútilmente, pues su mensaje era válido vivo o muerto. Hitler era una persona con una gran fuerza de voluntad, como yo, pero era cruel y sanguinario. Yo también creí ser un elfo pues soy contemplativo, pero también soy apasionado, y tengo el don de la muerte que hace que aprecie mi vida. Los elfos, por ser inmortales, se cansan de vivir (2. *Reconocimiento vago*). Ahora doy pie a tener más símbolos, pero no con todos comulgo al 100 %, y eso me alivia (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	2	Sentirse atrapado.	Yo en el mundo
Sentido de vida (VD)	3	Negar la validez de lo que uno piensa, pero seguir haciéndolo.	
Caos (VND)	2	Estar metido en sus pensamientos.	
	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	

Las voces que se expresan en este fragmento son la voz de *sentido de vida* (VD), que intenta encontrar el punto de equilibrio entre aquellos planteamientos que, aunque ilusorios, le dan sentido a su vida; la voz de *caos* (VND), que refleja aquellos aspectos donde no coincide su concepción de sí mismo con la realidad, y la voz de *seguridad* (VD), que busca la forma de cuadrar sus delirios con la realidad, con el fin de adaptarse mejor a ésta última.

Al inicio del fragmento, la VD de *sentido de vida* plasma su visión hacia sus

propias ideas, lo que la sitúa en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, con el marcador “*Sentirse atrapado*” (marcador de nivel 2 de la APES), describiendo el juego de voces. Esto supone un pensamiento rígido acerca de estos signos. Es de resaltar cómo esta reflexión se focaliza en un tiempo pasado. Siguiendo el movimiento de las voces, nos encontramos con que las voces de *sentido de vida* (VD) y *caos* (VND) llegan a plasmar un nivel 3 de asimilación, al *enunciar el problema*, al expone alguna de sus creencias pasadas (entendiendo por pasadas a que corresponden a la narración anterior, fechada en el mismo día) acerca de ser la ‘*reencarnación de Hitler y de Jesucristo*’ planteando ser muy parecido a ellos, pero no exactamente igual. El marcador del nivel 3 de la APES que refleja este posicionamiento de las voces es “*Negar la validez de lo que uno piensa, pero seguir pensándolo*”. La razón de valorar este marcador se basa en que el sujeto expresa desechar las ideas que plantea, aunque sigue actuando como si lo fueran. Tras definir este problema, la VD de *sentido de vida* se centra en sus pensamientos estableciendo un diálogo consigo misma, lo que corresponde a un nivel 2 de la APES, que se refleja en el marcador “*Estar metido en sus pensamientos*” (marcador de nivel 2 de la APES), señalando los aspectos de Hitler, Jesucristo, y los elfos con los que no se siente identificado. Mientras está metido en sus pensamientos, el sujeto minimiza las creencias que mantiene sobre los delirios al plantear aspectos donde no coincide con la realidad. Finalmente, las voces se sitúan en el momento presente y expresan su mayor apertura hacia otros símbolos, con los que no necesita comulgar al 100%, lo que lo sitúa en un nivel 4, de Insight; que se ve codificado con el marcador de la APES “*Dar un paso atrás para ver mejor*”.

Fragmento 62.

“Yo antes estaba enamorado de Rs. y de R., y pretendía casarme con las dos,

pues creía que eran mis parejas ideales, únicas y necesarias. Pero ahora pienso que toda mujer que tenga ciertas características es ideal pues entra dentro de mis ideas, por lo que en el mundo hay una minoría inmensa de mujeres ideales. Y entonces, por qué insistir tanto por una determinada si no te corresponde, si hay tantas. R. y Rs. son ideales, pero no son las únicas (4. *Insight*). Dejaré de considerarlas necesarias y serán solo posibles, y dadas las circunstancias, no las esperaré, directamente buscaré el amor en otras mujeres ideales más fáciles de conseguir y sólo una al mismo tiempo (5. *Elaborando*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	Amor/ Yo en el mundo
Crisis de fe (VND)	5	Decide actuar de forma diferente	

Este fragmento pertenece a la narración 9, ‘*mi visión general de las cosas*’, y en él encontramos convergencia de temas entre el tema de “el Amor” y el de “En el mundo”. En este fragmento, el sujeto hace una referencia a los planteamientos que tenía sobre el amor y plantea una visión que trasciende la que expresa cuando se ve motivado por un estado más delirante.

En esta narración la voz de *enfermedad mental* (VD) no está influida por los delirios y se centra en su presente y en el amor. Esta voz hace una referencia a los planteamientos que tenía sobre el amor y plantea una visión que trasciende la que expresa cuando se ve motivado por un estado más delirante. En cualquier caso, aunque la expresión de la voz de *enfermedad mental* (VD) está en un rango más normalizado, sigue presente tal y como se puede observar que no descarta a sus dos referencias (R. y Rs.); aunque ya no expresa que deban ser ambas de simultáneamente, sino que asume disfrutar de una mayor flexibilidad. La mayor apertura de la voz de *enfermedad mental* (VD) permite la expresión de la voz de *crisis de fe* (VND), alcanzando una nueva

comprensión sobre el problema, que le aporta esa apertura de expectativas al sujeto (*‘hay una minoría inmensa de mujeres ideales’, ‘R. y Rs. son ideales, pero no son las únicas’*). Con todo ello, el sujeto alcanza un nivel más alto de asimilación, estableciendo una alternativa a su conducta habitual en este tema; siendo el marcador *“Dar un paso atrás para ver mejor”* (nivel 4, APES) el que refleja toda esta situación.

El nivel 5, *aplicación*, se ve claramente en la afirmación realizada: *“dadas las circunstancias no las esperaré, directamente buscaré el amor en otras mujeres ideales más fáciles de conseguir y sólo una al mismo tiempo”*. El sujeto plantea un plan de acción en relación con la situación problemática, que viene señalado por el marcador *“Decide actuar de forma diferente”* (nivel 5, APES).

Fragmento 63.

“Yo antes creía que yo era el Mesías a nivel político y a nivel religioso, porque tenía buenas ideas. Pero aparte de que es una responsabilidad muy grande. Yo veo lo que hace Rajoy con tanto ajetreo y siento que no quiero una vida como esa, yo quiero tranquilidad. Así que, en lugar de trabajar como político, me gustaría trabajar como funcionario administrativo, y a ser posible entrar en un puesto y permanecer en el de por vida con un sueldo decente. Mis ideas las daré a conocer esperando que alguien las coja y las aplique. Que yo sólo lo aplicaré en mi ámbito cotidiano. Seré como Marx esperando un Lenin. Y, además, no seré profesor de filosofía en un instituto de secundaria. Pues yo lo que quiero es crear mi filosofía propia, no dar a conocer las filosofías de otros. Seré, pues, un funcionario y un escritor de filosofía, y también crearé una pequeña hermandad donde investigar los misterios del alma humana y recibir y dar solidaridad (2. Reconocimiento vago)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Sentirse atrapado. Estar metido en sus pensamientos	Yo en el mundo

En este fragmento el sujeto se encuentra en el nivel 2 de la APES, *Reconocimiento vago*. En un primer momento, la VD de *seguridad* expresa las dificultades de asumir los postulados derivados de las figuras que propone la VD de *sentido de vida*. La VND de *caos* se expresa a través de la VD que rechaza lo que supondría asumir la posición defendida por la VD de *sentido de vida*. En esta parte de la narración, el marcador que refleja este posicionamiento de las voces es el de “*Sentirse atrapado*” entre la VD de *sentido de vida* y la VD de *seguridad*. Más adelante, la VD de *seguridad* toma fuerza y desarrolla un diálogo que justifica su posición, lo que se codifica con la APES a través del marcador “*Estar metido en sus pensamientos*” (nivel 2 de la APES) que describe el posicionamiento que toma la voz de *seguridad* (VD), planteando alternativas que sean más aceptables para ella. La VND de *caos* no puede expresarse, por lo que no logra distanciarse para alcanzar niveles más altos de asimilación como *enunciar un problema* o lograr un *Insight*.

Fragmento 64.

“Mi hermano y cuidador es un buen gestor, pero es torpe cuando hablamos de sentimientos, y también juega mucho a las apariencias pues cuida mucho su imagen y trata de aparentar ser excelente en todo para venderse bien. Yo caí en el engaño y creí que mi hermano también podía hacerse cargo de mis sentimientos, y no lo hacía porque no quería. Pero ahora me doy cuenta de que en realidad él es torpe en sus sentimientos, o sea que no puede cuidar de ello; pero afortunadamente yo sí soy hábil en ellos (4. *Insight*). Por lo que dejaré que

mi hermano gestione lo que tenga que gestionar y yo me ocuparé de lo que él no se ocupa (5. *Elaboración/ Aplicación*). Mi hermano sólo es culpable de aparentar, no de abandonarme. Pero lo mismo que aparenta conmigo lo hace también con todo el mundo. Yo le aconsejaría que no lo hiciera, pero no creo que me haga caso (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Yo en el mundo
Caos (VND)	5	Bastante, pero todavía no resolviendo el problema.	
	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	

En este fragmento el sujeto se centra en el papel de su hermano. Las voces expresadas en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que sobre la base de la incapacidad de su hermano para atenderle de forma global se plantea resolverlo por su parte, y la voz de *caos* (VND), que expresa su malestar por aquello que su hermano no satisface, y porque su hermano no le vaya a hacer caso a sus consejos.

El juego de voces lleva a situar el fragmento en niveles altos de asimilación. Así, el sujeto alcanza un *Insight*, nivel 4 de la asimilación al plantearse la percepción de que su hermano es *torpe en sus sentimientos*... El marcador que refleja este *Insight* es “*Dar un paso atrás para ver mejor*”, de forma que tiene una mejor perspectiva de los planteamientos que normalmente sostiene sobre su relación. Tras ello, el sujeto se posiciona y decide unas pautas de actuación sobre el *Insight* alcanzado, lo que le lleva a un nivel 5 de la APES, *Elaboración/ Aplicación*, diciendo: ‘*dejaré que mi hermano gestione lo que tenga que gestionar y yo me ocuparé de lo que él no se ocupa*’; el marcador del nivel 5 de la APES, que codifica este posicionamiento de las voces, es: “*Bastante, pero todavía no resolviendo el problema*”. Finalmente, las voces del sujeto alcanzan otro *Insight*, aunque más centrado en su hermano, al decir: ‘*Mi hermano sólo es culpable de aparentar, no de abandonarme. Pero lo mismo que aparenta conmigo*

lo hace también con todo el mundo. Yo le aconsejaría que no lo hiciera, pero no creo que me haga caso', que vendría definido por el marcador de nivel 4: "*Dar un paso atrás para ver mejor*".

Fragmento 65.

"5. Yo desde el 20 de junio de 2009 tengo ataques de ansiedad que cuando me vienen me dejan paralizado, y tengo que dejar de hacer lo que estuviera haciendo para marcharme a mi casa y acostarme en la cama, y esperar que se me pase (2. *Reconocimiento vago*). Mientras tengo esa ansiedad pienso negativamente de todo y todo parece negativo, en especial yo. Cuando la ansiedad se acaba se desata una euforia y todo vuelve a ser normal (3. *Enunciado del problema*). Los ataques de ansiedad suceden habitualmente por las tardes, nunca de un día para otro y hasta ahora no he experimentado qué pasaría si me diese uno y no tuviera refugio. Estos ataques no se conoce su causa, ni yo ni el psiquiatra. Yo aspiro a que, con el tiempo, como con otros síntomas que también experimenté, desaparezcan (2. *Reconocimiento vago*). Los nervios mejoraban despacito hasta que empecé la FP en septiembre de 2014, que empeoraron mucho. Tras dejar la FP mejoraron, pero no tanto como antes de empezar. En el año 2014 aparecieron manifestaciones paralelas al ataque de ansiedad, y apareció el ataque de apatía y el ataque indefinido, igualmente paralizante. También en 2014 aparecieron 4 fobias: a las escaleras mecánicas, a los puentes, a sentir miedo en el coche, y a que me pase algo malo en un viaje (2. *Reconocimiento vago*). Se desconoce el origen de esto, pero mi táctica es esperar a que esto sea vencible para vencerlo y, mientras tanto, evitarlo siempre. Si alguna vez he de afrontarlo por necesidad, ya veremos (5.

Elaborando/ Aplicación)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	2	Problema recurrente/ meta incompatible	Enfermedad mental
Caos (VND)	3	Lo que pienso/hago influye en el problema	
	2	Cambio deseado	
	5	Sentirse atrapado Bastante, pero todavía no suficiente	

Este fragmento se encuentra en la narración número 9, ‘*Mi visión general de las cosas*’. Las voces que se expresan en este fragmento son las voces de *seguridad* (VD), que refleja los distintos episodios y progreso de los ataques de ansiedad, y la voz de *caos* (VND), que plantea aspectos más concretos de la ansiedad como que le dejan paralizado, le llevan a pensar negativamente de todo, no se conoce su causa, etc.

El juego de voces a lo largo del fragmento nos permite inferir diferentes niveles APES. La expresión de la VD de *seguridad*: ‘*Yo desde el 20 de junio de 2009 tengo ataques de ansiedad que cuando me vienen me dejan paralizado, y tengo que dejar de hacer lo que estuviera haciendo para marcharme a mi casa y acostarme en la cama, y esperar que se me pase*’, se posiciona en un nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, que queda reflejado por el marcador de “*Problema recurrente*”. El diálogo que se desarrolla posteriormente, donde la VND de *caos* también interviene: ‘*Mientras tengo esa ansiedad pienso negativamente de todo y todo parece negativo, en especial yo. Cuando la ansiedad se acaba se desata una euforia y todo vuelve a ser normal*’, lleva al sujeto a un nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*, que viene codificada en la APES por el marcador “*Lo que pienso o hago influye en el problema*”. Esta exposición del problema evoluciona hacia una expresión de la VD de *seguridad*: ‘*Yo aspiro a qué con el tiempo, como con otros síntomas que también experimenté, desaparezcan*’ que vendría reflejado por el marcador “*Cambio deseado*” (marcador de nivel 2 de la APES), tras lo que plantea una descripción temporal de sus ataques de ansiedad, apatía y fobia: ‘*También en 2014 aparecieron 4 fobias: a las escaleras*

mecánicas, a los puentes, a sentir miedo en el coche, y a que me pase algo malo en un viaje que es reflejado por el marcador “*Sentirse atrapado*” (nivel 2 de la APES). Tras todo este proceso, el sujeto plantea su plan de acción: *‘Se desconoce el origen de ésto, pero mi táctica es esperar a que ésto sea vencible para vencerlo y, mientras tanto, evitarlo siempre. Si alguna vez he de afrontarlo por necesidad, ya veremos’*, lo que supone un nivel 5, que se vería reflejado en el marcador de *‘Bastante, pero todavía no resolviendo el problema’*.

Fragmento 66.

“Yo siento molestias por tener mi filosofía de vida sin montar, porque la que tenía se me desmontó al cambiar la situación (3. *Enunciado del problema*). Trato de montarla y de crear señas de identidad y conocerme mejor. Mi filosofía se nutre del eclecticismo de las filosofías anteriores a mí, en desigual manera, dando importancia a todas, pero a unas más que a otras, y también tengo invenciones propias. Para mí, lo sustancial de la realidad es que estamos vivos y buscamos ser felices, y para ello lo somos mientras placemos, pero también cuando usamos la virtud para autorrealizarnos. Y para ello no es solo oportuna la libertad, también es preciso que haya justicia y solidaridad, derechos y deberes. Pues la libertad sola no es buena para el ser humano, hace falta también cierta seguridad, cierto apoyo o guía para la misma”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Lo que no puedo conseguir influye en el problema.	Yo en el mundo

En este fragmento el sujeto se centra en el tema de la filosofía. En él podemos ver que las voces del sujeto elaboran un enunciado del problema. En el que las VDs de

sentido de vida y seguridad plantean la necesidad de una filosofía para no sentir molestias en la vida, y por cuanto le aporta estabilidad. La voz de *caos* (VND) referencia las molestias que sufre en tanto que la filosofía de que disponía se desmontó. El posicionamiento entre las voces, que da lugar a este nivel 3 de la APES, viene referenciado por el marcador de ese nivel: “*Lo que no puedo conseguir influye en el problema*”. En el fragmento restante del fragmento podemos apreciar algunos de los aspectos a los que el sujeto da especial importancia: ‘*la realidad en la que vivimos y buscamos ser felices, y para ello lo somos mientras placemos... cuando buscamos la virtud para autorrealizarnos...*’.

Fragmento 67.

“[...] me gustaría tener más cantidad y mejor relación con el exterior. Mucha más cantidad no, pero mejor calidad sí (4. *Insight*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Estigma (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Yo en el mundo

En este fragmento, las voces presentes son las de *seguridad* (VD), a través de la cual el sujeto expresa su deseo una mayor relación con el exterior, que le aportaría más apoyos y seguridad, y la voz de *caos* (VND), que matiza su afirmación en base a que una mayor cantidad tampoco le sería útil; posiblemente, además, fuera muy disruptiva para él por no poder gestionar sus relaciones con tantas personas.

El marcador que codifica por la APES este posicionamiento de voces es el de “*Dar un paso atrás para ver mejor*” (Nivel 4 de la APES), En tanto que le permite al sujeto exponer su deseo de disponer de mejor relación con el exterior. Ante este deseo, el sujeto detalla que no es ‘*más cantidad*’ lo que necesita sino ‘*mejor calidad*’.

Fragmento 68.

“8. Yo tengo que cuidar de mi salud y de mi casa, y para ello contratamos Menstopía. Pero el resultado es deficiente porque, aun habiendo tiempo, éste se pierde con las preocupaciones en torno a la filosofía, y necesito mejorar; aparte de que cuando tenga tiempo también habré de practicar (2. *Reconocimiento vago*). Mis preocupaciones me importan mucho, lo que pretendo primero es que se acaben filosofando bien. Lo segundo sería que aun teniéndolas pudiera hacer faena”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Estar atrapado	Yo en el mundo

Aquí podemos ver un fragmento en el cual las voces que se expresan son la de *seguridad* (VD), que expone la importancia de su cuidado y del cuidado de su casa, y la voz de *caos* (VND), que expone la ruptura que le suponen sus preocupaciones acerca de la filosofía, así como su falta de práctica en relación con su cuidado.

El sujeto vuelve a expresar el problema de cuidarse a sí mismo y a su casa, que ya se trató en el *fragmento 56*. En este caso, el diálogo entre las voces del sujeto no llega a enunciar el problema, quedándose en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*. El juego de voces se refleja en el marcador de este nivel: “*Estar atrapado*”. El sujeto, ante las obligaciones que debería realizar se encuentra bloqueado y atrapado, al perder el tiempo por las preocupaciones en torno a la filosofía. Además, señala que además de ello tendría que seguir mejorando su cuidado a base de práctica.

Fragmento 69.

“9. Yo tengo la aspiración de trabajar, pero tengo entre muchos el impedimento de los ataques de ansiedad que hasta que no desaparezcan no podré

prácticamente trabajar, aparte de que también habré de mejorar más cosas (3. *Enunciado del problema*). Para ello, mientras tanto, buscaré ir al CRIS para recibir terapia y pasar el tiempo. [...] (5. *Elaborando/ Aplicación*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD)	3	Lo que pienso influye en el problema.	Yo en el mundo
Sentido de vida (VD)	5	Bastante pero todavía no resolviendo el problema	
Caos (VND)			

Este es el último fragmento que corresponde a la narración 9. En él, el sujeto se centra en una *aspiración* que espera se haga realidad en su vida: ‘trabajar’.

Las voces que intervienen en este fragmento son las de *sentido de vida* (VD), que expresa la importancia de trabajar para él; la voz de *seguridad* (VD), por cuanto impide que el sujeto realice ninguna acción cuando se encuentra ante un ataque de ansiedad, y la de *caos* (VND) que expresa los ataques de ansiedad y otras áreas de mejora.

El juego entre voces sitúa al sujeto en un nivel 3 de la APES, *enunciado del problema*, al expresar la aspiración de la VD de *sentido de vida* y los impedimentos por parte de la VND de *caos*, que la VD de *seguridad* exige que desaparezcan para poder implicarse en las metas. Este nivel viene reflejado por el marcador de nivel 3 de la APES: “*Lo que pienso influye en el problema*”, que refleja la posición de la VD de *seguridad* para no llevar a cabo ninguna acción hasta que la sintomatología desaparezca. Tras ello, el sujeto cambia de foco de atención y plantea un marco de trabajo a la espera de que se alcance esa circunstancia. Este nuevo posicionamiento se ha situado en un nivel 5 de la APES, *Elaboración/ Aplicación*, hasta que llegue el momento en que esas condiciones se alcancen, el cual viene codificado por la APES con el marcador de nivel 5: “*Bastante, pero todavía no resolviendo el problema*”.

Fragmento 70.

“Vivo solo en una casa de segunda mano que es mía, en la cual aprendo a ser

libre y a desenvolverme en el mundo actual con el apoyo de mi hermano. Pero me siento un poco abandonado por el destino, con la firme esperanza de que yo con los apoyos que tengo lograré remontar el vuelo y recuperar el terreno perdido o por ganar (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Crisis de fe (VND)	2	Sentirse vulnerable Cambio deseado	Yo en el mundo

Este fragmento corresponde a la narración 11, ‘*Mi vida actual*’. En ella el sujeto expone su situación actual, en el momento de la escritura de la narración, alejado de la exaltación de sus delirios.

Las voces que intervienen son las de *sentido de vida* (VD), centrada en su situación y la ‘*esperanza de remontar el vuelo y recuperar el terreno perdido o por ganar*’; y la voz de *crisis de fe* que aparece remarcada por la expresión de ‘*abandonado por el destino*’.

Las voces se posicionan de forma que la VD expone su visión de su situación y responde a la presión de la VND con el deseo de que todo cambie, lo cual sitúa el fragmento en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*. En este fragmento el juego de voces se refleja a través de dos marcadores del nivel 2 de la APES que aparecen de forma consecutiva. En un primer lugar, el juego de voces es reflejado por el marcador “*Sentirse vulnerable*”, que se indica que se siente abandonado por el destino tras describir su situación, dónde vive y el apoyo de su hermano. El juego de voces se refleja posteriormente en el marcador: “*Cambio deseado*” al plantear que mantiene la ‘*firme esperanza de que con los apoyos que tengo lograré remontar el vuelo y recuperar el terreno perdido o por ganar*’. Ambos marcadores corresponden al nivel 2 de la APES.

Fragmento 71.

“Yo pretendía triunfar en política, ahora me cuestiono cómo seré capaz de hacer eso siendo tan vulnerable como soy y con qué bandera triunfaré, pues no sé a ciencia cierta lo que es bueno (3. *Enunciado del problema*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Crisis de fe (VND)	3	Lo que no puedo conseguir influye en el problema.	Yo en el mundo

Ahora el sujeto retoma los delirios que tenía para revisarlos desde su situación actual. En el fragmento que nos ocupa se centra en su delirio acerca de la política. De esta forma, la voz de *sentido de vida* (VD) expresa su interés acerca de la política y la voz de *crisis de fe* (VND) expresa su cuestionamiento de esas ideas en base a que, al contactar con la realidad, se ve vulnerable y no sabe muy bien qué dirección tomar. De esta forma, las voces plantean un *enunciado del problema*, nivel 3 de la APES, que viene codificado por la APES con el marcador “*Lo que pienso influye en el problema*”; en tanto que el sujeto expone su deseo de destacar en la política, pero no se ve competente por ser vulnerable, ni tiene claras sus ideas acerca de qué ideas defender.

Fragmento 72.

“También pretendía practicar la poligamia con mujeres difíciles y ahora me planteo a quién quiero, en qué orden y de qué manera. Aparte de que estoy muy débil para tener pareja y todas mis parejas ideales parecen pasar de mí” (3. *Enunciado del problema*).

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles	Amor

Este fragmento corresponde a la narración 11, ‘*mi vida actual*’, reflejando una voz de *Sentido de vida* (VD) que expresa los planteamientos que tenía el sujeto cuando se

dejaba llevar por los delirios e intenta averiguar cómo llenar ese espacio. Para ello, cuenta con el apoyo de la voz de *Caos* (VND), que refleja la realidad de su situación en esta área.

Es por ello que este fragmento se ha puntuado en el nivel 3 en base a que la VD del sujeto es consciente de sus deseos y necesidades, así como de su situación real, expresada a través de la VND; por lo que puede poner ambas voces juntas para dar forma a un *enunciado del problema* (Nivel 3 de la APES) donde el área afectiva queda en segundo lugar tras la consideración de su situación personal. El marcador “*Manifestar metas incompatibles*”, refleja el contacto que se establece entre la VD de *Sentido de vida* y la VND de *Caos* en este fragmento, que adquiere su importancia por cuanto la VND puede expresar claramente el rechazo por parte de sus ‘parejas ideales’.

Fragmento 73.

“[...] me creía Dios, la reencarnación de Cristo y de Hitler, y ahora me replanteo mi identidad y trato de justificarla (3. *Enunciado del problema*). Y éstos, en resumidas cuentas, son mis mitos, en otro momento profundizaría sobre ellos”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	3	Negar la validez de lo que uno piensa pero seguir pensándolo.	Enfermedad mental/ Yo en el mundo

Este fragmento corresponde a la narración 11, ‘*Mi vida actual*’. En comparación con los fragmentos anteriores, el sujeto no se encuentra tan afectado por el delirio y ha vuelto a una situación algo similar a la inicial. Tal como se aprecia en el texto, la voz de *enfermedad mental* (VD) que expone el delirio con menor fuerza y se ha producido la emergencia de la voz de *caos* (VND), que expresa la realidad en la que está inmerso. Esto ha llevado a que la voz de *enfermedad mental* (VND) pueda darse cuenta de que

la realidad le estaba dando una información que no se correspondía y le ha llevado a replantearse sus creencias. La voz de *sentido de vida (VD)* expresa la pérdida de fuerza del delirio y el intento de justificar su identidad: “*me replanteo mi identidad*”.

El juego de voces sitúa el fragmento en el nivel 3, *enunciado del problema*, el marcador que nos permite codificar con la APES el fragmento es el marcador de nivel 3 de la APES “*Negar la validez de lo que uno piensa, pero seguir pensándolo*”. El sujeto piensa todavía en que su delirio es la realidad, aunque niega la validez de ese pensamiento: ‘*me creía Dios, la reencarnación de Cristo y de Hitler, y ahora me replanteo mi identidad*’. No obstante, al final sigue pensándolo en tanto que, como dice: ‘*trato de justificarla*’.

Fragmento 74.

“Tengo ataques de ansiedad y cuando los tengo todo se paraliza para mí y empiezo a pensar negativamente de todo, a toda velocidad, y me desespero (3. *Enunciado del problema*). Los tengo desde 2009, y suelen ser habitualmente por las tardes, desde 2015 aparecieron nuevas formas de parálisis y suelen suceder sin que haya causa, o habiéndola parece insuficiente para producir tan devastador sentimiento. Ésto hace que yo no sea previsible, pues si me comprometo y me da un ataque, habré de quedarme paralizado y renunciar a mi compromiso (4. *Insigth*). También hace que no pueda alejarme demasiado de un sitio donde me pueda quedar paralizado de una manera tranquila. En un autobús o un tren no es aceptable. Por lo que no puedo irme de excursión pues corro el riesgo de quedarme con una angustia que me muero”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD)	3,8	Lo que pienso/hago influye en el problema	Enfermedad mental/ Yo en el mundo
Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	

En este fragmento nos encontramos con una exposición de la sintomatología del sujeto. El fragmento se inicia con una exposición del problema que está muy cercana del *Insight*, aunque no lo alcanza: ‘*Tengo ataques de ansiedad y cuando los tengo todo se paraliza para mí y empiezo a pensar negativamente de todo, a toda velocidad, y me desespero*’. En esta exposición, el juego de VD y VND sitúa al fragmento en el nivel 3, *Enunciado del problema*, de la APES, que reflejaría el marcador: “*Lo que pienso/hago influye en el problema*”. Las voces del sujeto, posteriormente, seguirían dialogando hasta alcanzar un *Insight*, nivel 4 de la APES (codificado por la APES con el marcador “*Dar un paso atrás para ver mejor*”), acerca de las consecuencias de estos ataques de ansiedad: ‘*Ésto hace que yo no sea previsible, pues si me comprometo y me da un ataque, habré de quedarme paralizado y renunciar a mi compromiso...*’.

Las voces que podemos apreciar en este fragmento son las de *enfermedad mental* (VD) y *caos* (VND). El intercambio de expresiones es bastante fluido a lo largo del fragmento, expresándose claramente. La voz de *caos* (VND), expone lo que le ocurre cuando tiene un ataque de ansiedad, la formas que adquiere, y su origen desconocido.

Fragmento 75.

“Yo ahora, por mi exceso de novedad y cambio de situación por la independencia, viviendo solo, necesito una nueva filosofía de vida personal mía (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2.8	Cambio deseado.	Yo en el mundo

En este fragmento nos volvemos a encontrar con la demanda del sujeto de una *filosofía nueva*. Las voces que intervienen son la de *seguridad* (VD), que expone la necesidad de esa filosofía nueva personal, y la voz de *caos* (VND), que expone su

exceso de novedad y su nueva situación, que le genera problemas para gestionarse en la sociedad.

Las voces del sujeto, a través de la VD de *seguridad* exponen su situación, con su exceso de novedad, independencia, etc., para plantear el deseo de disponer de una filosofía de vida: ‘*necesito una nueva filosofía de vida personal mía*’; lo que sitúa el fragmento en un nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, siendo codificado a través del marcador “*Cambio deseado*”, que corresponde al nivel 2 de la APES.

Fragmento 77.

“Soy un marginado por no ser normal y lo sigo siendo. Incluso en los círculos más cercanos. Aunque no es una marginación completa pero no soy uno más, soy algo menos. Aunque tenga libertad para relacionarme con quien quiera, de qué me sirve si los demás no quieren relacionarse conmigo (3. *Enunciado del problema*). Yo aprovecho mucho la poca relación que con los demás tengo. Esto no sólo tiene la consecuencia directa de no tener relación, sino que también tiene la consecuencia indirecta de no tener el conocimiento que se transmite de unos a otros, pues yo quedo excluido (3. *Enunciado del problema*). Entre otros, las ofertas de trabajo que dependen mucho de los contactos, tendría narices la cosa que por causa de la negativa de los demás me quede yo sin trabajo por nadie hablar bien de mí”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Enfermedad mental (VD) Estigma (VND)	3	Lo que otros hacen/ piensan influye en el problema	Enfermedad mental/ En el mundo

En este fragmento nos encontramos con que el sujeto expone la marginación y las consecuencias que tiene en su vida. Las voces predominantes son la de *enfermedad mental* (VD), que se focaliza en expresar cómo es en su relación con otras personas

desde una perspectiva que asume parte del estigma, mientras que la voz de *estigma* (VND) expresa aquellos aspectos en que ésta le afecta de forma especial: *‘no quieren relacionarse conmigo’*, *‘yo quedo excluido’*. Estas expresiones están matizadas haciendo referencia a aspectos concretos como la libertad, el conocimiento y el trabajo.

Desde el inicio del fragmento las voces del sujeto plantean un *enunciado del problema* (nivel 3 de la APES): *‘Soy un marginado por no ser normal y lo sigo siendo. Incluso en los círculos más cercanos. Aunque no es una marginación completa pero no soy uno más, soy algo menos. Aunque tenga libertad para relacionarme con quien quiera de qué me sirve si los demás no quieren relacionarse conmigo’*. El marcador que refleja este problema es *“Lo que los otros hacen o piensan influye en el problema”* (nivel 3 de la APES), ya que el sujeto asume que está marginado y explicita que dentro de esa marginación tiene libertad, aunque el conflicto surge en tanto que, pese a ella, nadie se quiere relacionar con él. Más adelante, el sujeto alcanza otro enunciado en otra área donde esta marginación también se ve afectada: *‘Yo aprovecho mucho la poca relación que con los demás tengo. Esto no sólo tiene la consecuencia directa de no tener relación, sino que también tiene la consecuencia indirecta de no tener el conocimiento que se transmite de unos a otros, pues yo quedo excluido’*. En este caso el marcador es el mismo, *“Lo que los otros hacen o piensan influye en el problema, ya que pese a sus esfuerzos por rentabilizar la relación que tiene con los demás el sujeto reconoce que no tiene acceso al conocimiento que se transmite entre los otros y él se queda excluido. Las consecuencias las expone seguidamente en una queja: ‘tendría narices la cosa que por causa de la negativa de los demás me quede yo sin trabajo por nadie hablar bien de mí’*. En todo el fragmento se puede observar cómo el sujeto no se plantea en ningún momento el papel que él puede jugar en las percepciones de los demás que deriven a su marginación.

Fragmento 78.

“Teniendo tantos problemas interiores vivo ahora en gran medida solitariamente para, en soledad, tratar de resolverlos. Y me siento a gusto, pero ésto es pasajero, yo quiero cuanto antes asegurar la recuperación (2. *Reconocimiento vago*). Aparte de que tengo que aprender a gestionar el tiempo y cuidar de mí mismo y de mi casa”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Cambio deseado	Yo en el mundo

En este fragmento, el sujeto se centra en sus necesidades, que consisten en resolver sus problemas y asegurar la recuperación. Las voces expresadas en este fragmento son la de *seguridad* (VD), que plantea sus necesidades, y la voz de *caos* (VND), que espolea a la voz de *seguridad* (VD) para que focalice la atención en estos aspectos por cuanto son disruptivos para el sujeto.

El juego de voces sitúa el fragmento en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*, lo que es codificado por la APES con el marcador (de nivel 2 de la APES): “*Cambio deseado*”. Por otra parte, el sujeto parece dar un paso atrás al minimizar la negatividad al plantear ‘*me siento a gusto, pero esto es pasajero*’; que no ha sido valorado por cuanto seguidamente el sujeto plantea parte del cambio deseado: ‘*asegurar la recuperación*’. Dentro de ese *cambio* se podría incluir el deseo de gestionar el tiempo y cuidar de sí mismo y su casa, aunque éstos tienen el cariz de obligaciones que no son desarrolladas más allá de nombrarlas.

Fragmento 79.

“[...] a mí me gustaría trabajar y no tener necesidad de ser cuidado. Eso sí, vivir en el mismo sitio donde estoy (2. *Reconocimiento vago*). Aunque de momento,

dentro de lo posible, estoy muy a gusto, pero tiempo al tiempo”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Cambio deseado	Yo en el mundo

En este fragmento, las voces expresadas son la de *seguridad* (VD), que plantea su deseo de trabajar y de dejar de necesitar cuidados, y la voz de *caos* (VND), que hace que la voz de seguridad se focalice en este tema. Posteriormente, la voz de *seguridad* (VD) se centra principalmente en aspectos como su vivienda.

El juego de voces del sujeto se centra en su deseo de desarrollar una actividad laboral y ser independiente en materia de cuidados, posteriormente se focaliza en describir cómo se encuentra en su piso sin aportar nada nuevo, no dando pie a una expresión directa de la VND; lo que sitúa el fragmento en el nivel 2 de la APES, *reconocimiento vago*. El marcador, de este nivel, que refleja este juego de las voces es “*Cambio deseado*”.

Fragmento 80.

“1. Yo tengo un deseo apasionado de sobresalir y ser una lumbrera en el ámbito de la filosofía. Yo quiero ser un Platón o un Aristóteles, o un Kant o un Marx. Porque siento que tengo buenas ideas acerca del mundo que yo bien podría aportar. Pero soy introvertido, lo cual significa que yo podré dar ideas, pero no las podré aplicar, pues para aplicarlas necesitaría enfrentarme a mucho estímulo y no puedo (4. *Insight*). Yo daré mis ideas y aplíquelas quien quiera y pueda, yo me sentiré muy orgulloso de que otros las hagan suyas.”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Sentido de vida (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor	Yo en el mundo

Este fragmento pertenece a la narración 2, ‘*Mi vida*’. Aquí podemos apreciar cómo

el sujeto reconoce su *deseo apasionado* de sobresalir. Las voces que intervienen en este fragmento son las de *sentido de vida* (VD), que expresa su '*deseo apasionado de sobresalir y ser una lumbrera*', dejándose llevar por filósofos de referencia, y la voz de *caos* (VND), que expresa sus limitaciones para llevar a cabo su deseo: '*pero soy introvertido... no las podré aplicar pues para aplicarlas necesitaría enfrentarme a mucho estímulo y no puedo*'.

Las voces del sujeto alcanzan el nivel 4 de *Insight*: '*Pero soy introvertido, lo cual significa que yo podré dar ideas, pero no las podré aplicar, pues para aplicarlas necesitaría enfrentarme a mucho estímulo y no puedo*'; siendo este nivel reflejado por el marcador de la APES: "*Dar un paso atrás para ver mejor*" (nivel 4 de la APES), ya que el sujeto es capaz de abstraerse de su problema y verlo de manera más amplia reconociendo a la voz no dominante, que se expresa de forma clara.

Fragmento 81.

"2. Yo tengo una enfermedad mental. Que se traduce en ideas raras, emociones descontroladas y marginación social. Yo creo sin ningún rigor científico, que mi enfermedad está ligada a mi inteligencia y que si quería ser un genio como él que quiero ser tendría que pasar por ella. Las ideas raras, aun equivocadas, son hipótesis de mi tremenda inteligencia. Las emociones descontroladas son producto de un cerebro que se sale, y mi marginación es consecuencia de mis rarezas. Yo tengo que triunfar con la enfermedad que no controlo, aunque si es como pienso que es, lo conseguiría con grandes pero vencibles dificultades. Pero si no es como pienso que es, podría hacerme imposible el éxito e incluso la vida, pues bastaría que ciertos síntomas no desapareciesen (*4. Insight*)".

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
-------	------------	----------	------

Enfermedad mental (VD) Sentido de vida (VD) Caos (VND)	4	Dar un paso atrás para ver mejor.	Enfermedad mental/ Yo en el mundo
--	---	-----------------------------------	-----------------------------------

Este fragmento corresponde a la narración 12, *‘Mi vida’*. En él podemos observar cómo el sujeto vuelve a asumir que tiene una enfermedad mental, y vuelve a expresar en qué consiste su enfermedad. El sujeto, tras esto, parece plantear un enunciado del problema: *‘Yo creo sin ningún rigor científico, que mi enfermedad está ligada a mi inteligencia, y que si quería ser un genio como el que quiero ser tendría que pasar por ella’*, que podría reflejarse en el marcador *‘Lo que pienso influye en el problema’*, y señala la importancia que para él tiene que su enfermedad sea un signo de algo que le haga especial. No obstante, en tanto que el sujeto asume este pensamiento de forma natural y no lo hace como un enunciado del problema, sino como una realidad, hemos descartado su codificación.

Más adelante en el fragmento encontramos otro fragmento destacado, con un nivel de 4 de la APES, *Insight*, en el que las voces del sujeto interactúan entre sí y el sujeto toma contacto con la realidad al plantear la posibilidad de estar equivocado: *‘Yo tengo que triunfar con la enfermedad que no controlo, aunque si es como pienso que es, lo conseguiría con grandes pero vencibles dificultades. Pero si no es como pienso que es, podría hacerme imposible el éxito e incluso la vida, pues bastaría que ciertos síntomas no desapareciesen’*. El marcador que describe este fragmento en el nivel 4 de la APES es: *“Dar un paso atrás para ver mejor”*.

En este fragmento se puede observar cómo la voz de *enfermedad mental* (VD), junto con la del *sentido de vida* (VD), apoyan la creencia acerca de triunfar, mientras que la voz de *caos* (VND) refleja la posibilidad de que esté equivocado, para lo cual *‘bastaría que los síntomas no desapareciesen’*. La voz de *sentido de vida* resalta su importancia en la creencia asumida sobre su inteligencia.

Fragmento 82.

“Yo soy profundamente introvertido. Es decir, que con poca estimulación tengo bastante (3. *Enunciado del problema*). Eso me hace fácil de satisfacer, pero incapaz de abarcar demasiado. También me hace capaz de contemplar cosas pequeñas y ver sus matices con claridad. Yo hago un mundo de nada, pues con poco hago mucho. No soy de los que con mucho hacen mucho más. Mucho, para mí, es sofocante”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	3	Manifestando metas incompatibles	Yo en el mundo

Este fragmento, que sigue al anterior, lleva al sujeto a plantearse sus características. Las voces que se presentan son, por un lado, la de *seguridad* (VD), que asume su situación de introvertido permitiéndole aceptar las cosas buenas que le aporta: ‘*con poco tengo bastante. Eso me hace fácil de satisfacer*’, ‘*me hace capaz de contemplar cosas pequeñas y ver sus matices con claridad*’..., y la voz de *caos* (VND) que se centra en cómo le impide desarrollar sus sueños: ‘*pero incapaz de abarcar demasiado*’, ‘*mucho para mí es sofocante*’.

De alguna manera, frente a los deseos de sobresalir, ser una lumbrera y disponer una gran inteligencia, el sujeto se focaliza en su carácter introvertido. Es así que, el juego de voces, se sitúa en el nivel 3 de la APES, *Enunciado del problema*: ‘*Yo soy profundamente introvertido [...] Eso me hace fácil de satisfacer, pero incapaz de abarcar demasiado*’. El sujeto, con ello, plantea dos de sus metas, la satisfacción, que alcanza con poca cosa, y la incapacidad de abarcar demasiado, que se contrapone con sus deseos y delirios de grandeza. Este juego de las voces es reflejado por el marcador, del nivel 3 de la APES: “*Manifestando metas incompatibles*”.

Fragmento 83.

“Tengo un carácter contemplativo. Me gusta observar las cosas que para mí son interesantes y estudiarlas en profundidad, y ver cómo evolucionan. No me gustan los viajes, pues ello supone mucho estímulo e inseguridad (2. *Reconocimiento vago*). Las cosas que yo suelo contemplar son las ideas, las personas y las civilizaciones. ¿Para qué quiero yo desplazarme hasta un sitio para ver algo si puedo verlo por la tele o puedo ver algo similar en mi entorno? ¿Para qué quiero ir en persona a decir algo si puedo decirlo por escrito o por teléfono? Yo soy universalista como Kant, pero no me obliguéis a desplazarme que no me gusta. La verdad es universal y, en tanto que puedo hallarla en mí mismo, y como soy introvertido, los débiles impulsos que trae la gente desde lejos bastan como inspiración a mi filosofía (*1. Pensamientos no deseados*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Estar metido en sus pensamientos Sentirse vulnerable	Yo en el mundo
	1	Miedo a la pérdida de funcionamiento adaptativo.	

En este fragmento el sujeto se centra en el carácter contemplativo introducido, como uno de los resultados positivos de la introversión, en el fragmento anterior.

Las voces que intervienen son la de *seguridad* (VD), que se hace fuerte en una posición contemplativa y que plantea lo innecesario de llevar a cabo desplazamientos y viajes; de forma que el sujeto se garantiza no tener que afrontar su fobia a los coches, puentes y, quizás también, escaleras mecánicas. Por otro lado, la voz de *caos* (VND) ejerce presión en la voz de *seguridad* (VD) haciéndose presente a través del alegato de ésta VD.

El juego de voces inicial sitúa al sujeto en un nivel 2 de la APES, en el cual podemos encontrar un pequeño movimiento de estas voces que viene reflejado por dos

marcadores de la APES. Así, en primer lugar podemos inferir que el sujeto se halla *metido en sus pensamientos* (marcador del nivel 2 de la APES), logrando que la voz dominante se haga firme y obviando la voz no dominante: *‘Tengo un carácter contemplativo. Me gusta observar las cosas que para mí son interesantes y estudiarlas en profundidad, y ver cómo evolucionan’*. Seguidamente, el sujeto se mueve y podemos inferir cierta *vulnerabilidad* (que corresponde con marcador de nivel 2 de la APES: “*Sentirse vulnerable*”), también a través de la voz dominante: *‘No me gustan los viajes, pues ello supone mucho estímulo e inseguridad’*. Tras esta expresión, el sujeto retrocede al nivel 1 de la APES, *Pensamientos no deseados*, y la VD de *seguridad* se posiciona más firme rechazando la necesidad de realizar viajes (en tanto que le pueden producir inseguridad): *‘¿Para qué quiero yo desplazarme hasta un sitio para ver algo si puedo verlo por la tele o puedo ver algo similar en mi entorno? ¿Para qué quiero ir en persona a decir algo si puedo decirlo por escrito o por teléfono?’*. Con ello, inferimos que el sujeto logra evitar cualquier sensación de malestar o molestia, ya que justifica la falta de necesidad de llevarlo a cabo. No obstante, y para que no quede ningún rastro de duda, el sujeto hace un alegato en el que expone sus ideas acerca de la verdad, y de lo universal. En este alegato, *‘Yo soy universalista como Kant, pero no me obliguéis a desplazarme que no me gusta. La verdad es universal y, en tanto que puedo hallarla en mí mismo, y como soy introvertido, los débiles impulsos que trae la gente desde lejos bastan como inspiración a mi filosofía’*, que también correspondería a un *miedo a la pérdida de funcionamiento adaptativo* se puede observar como en esa exhortación aparece la presión ejercida por la voz no dominante acerca de la movilidad: *‘pero no me obliguéis a desplazarme que no me gusta’*, señalando de forma bastante clara este temor a la pérdida de funcionamiento adaptativo. Toda esta parte, dónde el sujeto ha retrocedido al nivel 1 de la APES, viene

codificada por la APES a través del marcador, de nivel 1: “*Miedo a la pérdida de funcionamiento adaptativo*”.

Fragmento 84.

“Vivimos en un mundo capitalista donde el dinero es necesario. Para ello es preciso hacer algo que los demás entiendan como trabajo. Mi mejor baza regular es la de administrador, pues se me da bien administrar las cosas. Como filósofo no pagan por contemplar el universo, pero sí pagarían por derechos de autor los libros que yo escribiera respecto a mis conclusiones al contemplarlo para ayudar a otros a contemplarlo también. También como estratega soy un hacha, puedo ser un buen asesor para cualquier tipo de gente, para dar consejos. Pero no sería un desalmado y cobraría por ellos, o quizás a lo sumo la voluntad, o si fuera una empresa sobrada aceptaría donativos, para los demás consejos gratis (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Estar metido en sus pensamientos.	Yo en el mundo

Aquí podemos encontrar un fragmento en donde el juego de voces del sujeto se sitúa en un nivel 2 del proceso de la asimilación, *Reconocimiento vago*. Las voces presentes en este fragmento son la VD de *seguridad* y la VND de *caos*.

El juego de voces que se establece en el fragmento viene codificado por la APES a través del marcador, del nivel 2 de la APES: “*Estar metido en sus propios pensamientos*”. En realidad, se trata de un diálogo acerca de sus deseos, pero sin plantear nada más allá de su propia visión del mundo y de sí mismo; a través de una voz dominante que se ha hecho fuerte y que sólo deja traslucir la presencia de la voz no dominante al plantearse qué pasaría si lo que plantea no fuera cierto.

Por ello, podemos ver cómo las voces del sujeto se centran en su futuro, desde la base del tipo de sociedad *capitalista* en la que vivimos. En respuesta a ello plantea un pensamiento negativo acerca de lo que esto implica, siendo una reflexión que se podría considerar un problema recurrente (*‘donde el dinero es necesario’*). A partir de ese momento, el sujeto hace fuerte la voz dominante de *seguridad* (VD) que empieza a fabular sobre sus posibilidades en el mundo laboral y sobre su visión del mundo acerca del mismo. La voz no dominante de *caos* no se hace patente ante el posicionamiento de la voz de *seguridad*, dejándose sentir por la forma en que la VD plantea su visión del mundo. En cuanto a la voz de *seguridad* (VD), se puede resaltar el hincapié que hace en sus puntos fuertes, que están sin contrastar: *‘Mi mejor baza... es la de administrador, pues se me da bien administrar las cosas’*, *‘Como filósofo... si pagarían por derechos de autor los libros que yo escribiera’*, *‘como estratega soy un hacha, puedo ser un buen asesor para cualquier tipo de gente, para dar consejos’*, ...

Fragmento 85.

“Las amistades son para mí muy importantes, lo cual no quita para que yo sea un solitario empedernido contemplando el universo. Pero la amistad es una cosa que me gusta mucho. Desearía tener unos cuantos buenos amigos y otros muchos amigos en la distancia. Yo soy tímido, pero se cultivar y aprovechar al máximo una amistad (2. *Reconocimiento vago*)”.

Voces	Nivel APES	Marcador	Tema
Seguridad (VD) Caos (VND)	2	Dificultad articulando lo que está mal.	Yo en el mundo

En este, último fragmento, podemos observar cómo el sujeto se plantea nuevamente la importancia que para él tiene la amistad. Las voces que intervienen son las de *seguridad* (VD), que considera la amistad como algo positivo, y la voz de *caos*

(VND) que impulsa a la voz dominante a expresar matices, en ocasiones contrarios, a lo que expone sobre el valor de la amistad: *‘lo cual no quita para que yo sea un solitario empedernido contemplando el universo’*, *‘soy tímido’*.

El posicionamiento de voces, a lo largo del fragmento, lleva a que la VD de *seguridad* sea la que se exprese de forma clara, mientras que la VND de *caos* no puede expresarse más que a través de la VD que da su visión del mundo; lo cual sitúa el fragmento en el nivel 2 de la APES, *Reconocimiento vago*, siendo codificado por la APES con el marcador: *“Dificultades para articular lo que está mal”*. Estas dificultades se expresan en cierta ambigüedad entre la importancia de la amistad para él, su definición como *“solitario empedernido contemplando el universo”*, y su carácter tímido, aunque cuidadoso en relación con la amistad.

No se puede considerar que se intente hacer una integración entre la valoración de las amistades y el ser un solitario, y por la forma de expresar este último aspecto inferimos cierta evitación acerca del problema. Por ello, el sujeto no acaba de definir cuál es el problema que tiene con las amistades, en base a que desea tener más y por qué no las tiene, ... no permitiéndose contemplar lo que la voz no dominante le plantea. Un detalle es cuando indica: *‘Desearía tener unos cuantos buenos amigos y otros muchos en la distancia’*, ya que una de las posibles interpretaciones hacia ese *deseo* de mantener amigos en la distancia podría ser que si hubiera muchas relaciones cercanas se convertirían en un problema en cuanto a su gestión.

CAPÍTULO 4.

DISCUSIÓN.

En el origen de este trabajo se encuentra otro estudio anterior (Vañó, 2012) en el que se estudió el progreso de asimilación de experiencias problemáticas con el mismo sujeto. En aquel momento se planteó que una de las posibles causas de la baja asimilación mostrada por el sujeto pudo deberse a la ausencia de un feedback acerca de los contenidos desarrollados a lo largo de las narraciones. En este sentido, en el presente trabajo se decidió introducir unas sesiones de Counselling que pudieran aportar alguna retroalimentación al sujeto, con el fin de intentar fomentar el desarrollo de niveles más altos de asimilación. Los resultados, tal y como se ha podido observar en el capítulo anterior, nos parecen indicar, al menos en el caso representado por el Sujeto X, que este tipo de intervención no supone un elemento diferenciador suficiente para que se dé un mayor desarrollo de la asimilación de las experiencias problemáticas del sujeto.

En este capítulo de la Discusión, vamos a prestar atención, de manera principal, a tres aspectos. En primer lugar, nos centraremos, brevemente, en los cambios entre el Pretest y el Posttest del Sujeto X, con el objeto de analizar las puntuaciones obtenidas en cuanto al cambio medido de forma estándar. En segundo lugar, vamos a discutir acerca del modelo de la asimilación como marco desde el que explorar las narraciones de un sujeto con esquizofrenia, y de forma más particular a nuestro propio sujeto, atendiendo a resultados de otras investigaciones y analizando las dificultades inherentes a un sujeto con estas características. En tercer lugar, nos centraremos en explorar los déficits presentados por el sujeto, y puestos en evidencia a través de las narraciones, para lo que introduciremos datos de las últimas investigaciones acerca de los delirios de grandeza y la metacognición, con la idea de complementar mejor el estudio del Sujeto X mediante el modelo de asimilación.

4.1. Cambio entre el Pretest – Postest del Sujeto X.

El sujeto no muestra en las medidas Pretest y Postest ninguna evidencia de cambio positivo o mejoría en las pruebas utilizadas, pudiendo interpretarse un cambio negativo en tanto que hay un empeoramiento en algunas de ellas.

Hemos de reconocer que en el planteamiento inicial acerca del uso de narraciones para explorar la asimilación de experiencias problemáticas, en un sujeto con esquizofrenia, se encontraba la expectativa de que el uso de las mismas se ha mostrado beneficioso para otras personas (Frattaroli, 2006; Pennabaker y Beall, 1986; Pennebaker y Seagal, 1999; Smyth, 1998; Travagin, et al., 2015; Taylor et al., 2016). Incluso, tanto desde planteamientos generales de la psicoterapia (Hermans y Dimaggio, 2004; White, 2007), como desde modelos de terapia narrativa (p.e. Gonçalves et al., 2009; Matos, Santos et al., 2009; Osatuke et al., 2004) proponen que el cambio psicológico se expresa en un cambio en la narrativa del sí mismo.

No obstante, hay que señalar que, si bien como conclusión puede considerarse que este tipo de aproximaciones se ha mostrado útil, los efectos mostrados no siempre son similares. De hecho, y sólo por poner un ejemplo, en poblaciones de adolescentes en general pueden ser muy bajos (Travagin et al., 2015), aunque sí se encontraron tamaños de efecto positivos en estudiantes en riesgo de problemas psicológicos. En cualquier caso, estos mismos autores señalan que hay varias variables interviniendo que conllevan variaciones en el tamaño del efecto; como, por ejemplo, el número de sesiones, que la escritura no sea secuencial, y la edad.

Los resultados obtenidos, son coherentes con los hallados en un estudio anterior (Vañó, 2012), por lo que en esta ocasión planteamos que la escritura de las narraciones

se llevaría a cabo con el apoyo de sesiones de Counselling de carácter semanal. Pese a ello, el resultado negativo mostrado inicialmente en las medidas Pretest-Posttest nos obliga a atender al proceso e identificar y señalar con mayor precisión cuáles pueden ser las razones de estos resultados.

Entre las posibles causas de la falta de mejoría entre el Pretest-Posttest, no podemos descartar que la primera recogida de datos estuviera manipulada por él, tal como él afirmó en su momento, existiendo ciertas dudas sobre la tendencia de respuesta del sujeto. En ambos casos, la puntuación PST fue superior a la planteada por Derogatis (1977) como indicador de una tendencia de respuesta aumentadora (si bien es cierto que en la muestra de población normal esto supone que la persona se encuentra en un percentil superior al 95; mientras que en el baremo de varones de muestra clínica el sujeto se sitúa en el Pretest por encima del percentil 75 y en el Posttest del 90). Ante estas puntuaciones, si valoramos las PSDI, observamos que en el Pretest la puntuación es muy inferior (percentil 35), mientras que en el Posttest es superior a la media (percentil 75). Por todo ello, pensamos que el sujeto sí pudo alterar en cierta forma la medición realizada en el Pretest asignando valores inferiores a los que describían la intensidad de los síntomas experimentados por él. De la misma forma, hay cierto riesgo de que en el Posttest el sujeto corrigiese ese error ante la recomendación de que contestase de forma real a sus síntomas, y el recordatorio, por parte del investigador, de lo sucedido en la recogida de pruebas anterior.

Inicialmente tenemos que plantear que encontramos diferencias entre el estudio tratado en esta Tesis con los estudios acerca de narraciones sobre las emociones (Pennebaker y Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Pennebaker y Seagal, 1999). Es así que los estudios sobre escritura emocional, de Pennebaker, se edificaron sobre diseños de investigación donde se utilizaban grupos experimentales y

control, y en la mayoría de las ocasiones se evaluaba como medida de mejoría la disminución de las visitas a los servicios médicos de los sujetos; medida que aquí no podemos utilizar por cuanto éstas están concertadas por la disposición del centro de salud y no responden directamente a las necesidades personales de los clientes. Sí podemos señalar que en las primeras sesiones de Counselling y de recogida de narraciones el sujeto relataba muchas molestias en cuanto a sueño, etc., y problemas con la medicación, por lo que se le animó a solicitar que le adelantasen la cita con el psiquiatra que le supervisaba.

Por otro lado, en los estudios de Pennebaker el periodo de recogida de material era más breve, aproximadamente 4 días consecutivos, en los que los sujetos tenían que escribir durante un periodo de 15 minutos bajo dos premisas: al grupo experimental se le planteaba que escribiera sobre una o varias experiencias traumáticas que hubieran experimentado en su vida, mientras que al grupo control se le solicitaba que se centrara en escribir acerca de cualquier tema, o en describir un objeto, pero sin entrar a considerar sus pensamientos y sentimientos.

En este trabajo nos encontramos con un estudio de caso, centrado en el estudio de la asimilación de las experiencias problemáticas del sujeto, en el cual la recogida de material se planteó de forma semanal, aunque este planteamiento sufrió modificaciones en tanto el sujeto no escribía con esa frecuencia. Otra modificación supuso el intento de aprovechar las sesiones de Counselling para identificar un tema importante para el sujeto, que le motivase a escribir y centrado en los problemas que el sujeto había expresado como importantes en la sesión. No obstante, éste no fue un planteamiento válido para el sujeto en tanto que no respondía a los temas que le podían ser problemáticos y presentaba escritos relacionados con temas que para él eran importantes pero desconectados de su realidad diaria. En base a ello, y con el objetivo

de que el sujeto siguiera elaborando narraciones para su análisis, se optó por no imponerle el tema con el fin de facilitarle la escritura y bajo la premisa de que la traducción de las experiencias emocionales en palabras puede ser beneficioso (Ramírez-Esparza y Pennebaker, 2006).

Cabe decir que, en los resultados, pudieron también influir otros aspectos no referidos por el sujeto en las sesiones de Counselling, ni en las narraciones, y que pudieran producirse durante el periodo de recogida de narraciones. Así, por ejemplo, al inicio de la recogida de narraciones el sujeto estaba matriculado en un Ciclo Formativo de Grado Superior en Administración y Finanzas que abandonó, lo que le coincidió con una mejoría en la sintomatología.

En la sesión realizada días antes de escribir la narración nº 8, el sujeto planteaba tener problemas porque había tareas que tenía que hacer (su cuidado, cuidado de la casa,...) y no conseguía llevarlos a cabo porque le venían “ataques de preocupaciones”. En esa sesión se intentó abordar esto buscando alguna forma en que pudiera simultanear las tareas de autocuidado con los “ataques de preocupaciones”, pero la respuesta del sujeto se limitaba a señalar que le habían dicho que tenía que organizarse, pero que “no hago caso, [...] porque me importan muchísimo las preocupaciones que tengo, me importan muchísimo. Yo tengo previsto que con el tiempo las preocupaciones se acabarán, cuando se acaben las preocupaciones ya haré algo”.

De este modo, de forma inicial, hemos de valorar que estas decisiones tomadas para adecuarnos al Sujeto X pudieron influir en los resultados obtenidos. Aunque, en cualquier caso, la amplitud de circunstancias, problemas y déficits del sujeto hacen difícil poder identificar las posibles causas y puede que no se deba tanto a estas decisiones sino a aspectos concretos del sujeto que, de alguna manera, intentaremos ir

desglosando en otros apartados de esta discusión.

4.2. El modelo de asimilación de experiencias problemáticas y su aplicación a un caso de esquizofrenia.

Osatuke, Reid et al. (2011) indican que el modelo de la asimilación parece especialmente adecuado para el espectro de la esquizofrenia, en tanto que parte de la patología consiste en la pérdida de conexión entre fragmentos de experiencia subjetiva, y la resultante incapacidad de afrontamiento de esas experiencias.

Su aplicación, no obstante, requiere matizaciones que vamos a desarrollar a lo largo de este apartado de la Discusión; ya que la cantidad de déficits que puede acumular una persona (como por ejemplo proponen Jørgensen et al. (2015) en relación al Insight cognitivo y clínico), así como las particularidades de su enfermedad, pueden influir de manera decisiva en la aplicación del modelo a su caso. Es por eso que vamos a pasar a relacionar nuestros datos, de modo tentativo, con los estudios realizados sobre la asimilación de experiencias problemáticas.

Es evidente, como ya se ha expresado, que en la esquizofrenia hay una relación entre la fragmentación de la experiencia subjetiva y el deterioro del Insight (Lysaker France, Hunter y Davis, 2005; Lysaker et al., 2013; Nicolò et al., 2012; Osatuke, Ciesla, Kasckow, Zisook y Mohamed, 2008; Phalen, Viswanadhan, Lysaker y Warman, 2015; Rabin et al., 2014). Por otra parte, Osatuke y Stiles (2010) consideran que las dificultades metacognitivas se encuentran relacionadas con las dificultades para asimilar las experiencias problemáticas en el sí mismo, pudiéndose considerar que la asimilación es una forma de describir la metacognición (como una voz que es capaz de pensar y crear relaciones con otra). De todo ello, podríamos plantear que la presencia de déficits metacognitivos podría derivar en una ausencia de asimilación.

4.2.1. Un estudio sobre un proceso fallido de asimilación.

Hasta el momento podemos plantear que los resultados obtenidos concuerdan con lo definido por Osatuke y Stiles (2010), ya que no se ha encontrado evidencia de mejoría en las pruebas pasadas en el Pretest y el Postest, y como se ha señalado en los resultados, tampoco se observa una asimilación de sus experiencias problemáticas.

No obstante, si confiamos en la propuesta de Osatuke, Reid et al. (2011) acerca de que el modelo de la asimilación parece especialmente adecuado para el espectro de la esquizofrenia, podemos plantearnos qué puede aportar entonces el estudio del proceso de asimilación de un sujeto con esquizofrenia al modelo de asimilación, y viceversa.

En la investigación sobre la APES, la mayoría de estudios publicados se centran en analizar el proceso de asimilación seguido por una persona que ha utilizado algún tipo de tratamiento terapéutico con el fin de resolver sus dificultades en un problema concreto o de carácter más amplio (Caro 2003a, 2003b, 2009, 2011; Field, Barkham, Shapiro y Stiles, 1994; Honos-Web, Surko et al., 1999; Humphreys et al., 2005; Knobloch et al., 2001; Kramer, Meystre, Imesch y Kolly, 2016; Osatuke, Reid et al., 2011; Osatuke y Stiles, 2006, 2010; Stiles, 2002, 2005; Stiles et al., 1998; Varvin y Stiles, 1999). En estos estudios se observa cómo el sujeto se desplaza a través de los diferentes niveles de la APES, de una forma más o menos continua.

No obstante, como señala Caro (2006b), el análisis de casos negativos es particularmente importante para mantener los pies en tierra, en tanto que, si el cambio terapéutico está relacionado con el proceso de asimilación, también cabría preguntarnos cómo se mostrará la asimilación y la APES en un caso sin cambio terapéutico.

La gran mayoría de estudios publicados sobre la APES se centran en casos de éxito terapéutico, lo que tiene sentido si lo que se pretende es explorar el modelo de

asimilación de forma más general a la vez que se ofrece a través del mismo una perspectiva de cómo se produce el cambio. No obstante, esto puede tener un matiz pernicioso por cuanto genera la expectativa de que cualquier caso analizado debe satisfacer ese patrón.

En cambio, el estudio de caso donde no se alcanza la asimilación puede también aportar información interesante al modelo en general, o a algún nivel del mismo; información que pudiera en algún caso estimular su desarrollo, siguiendo la perspectiva de los estudios de caso que construyen una teoría (Stiles, 2007). Por otro lado, el modelo sigue pudiendo informar de cuáles son los niveles en los que se mueve el sujeto de ese caso concreto, pudiendo aportar datos para un mejor abordaje de su experiencia problemática.

En los diferentes estudios realizados con el modelo de la asimilación, éste se ha aplicado también al análisis del proceso de asimilación de personas con trastorno mental grave. El más antiguo es el de Humphreys et al. (2005), que se centraron en un caso de trastorno disociativo de identidad. Otras áreas donde se ha aplicado es en el estudio del proceso de asimilación de clientes con trastorno de la personalidad límite (Kramer et al., 2016; Osatuke y Stiles, 2006), con trastorno por somatización (Reid y Osatuke, 2006), con trastorno de estrés postraumático (Osatuke y Stiles, 2010), y con esquizofrenia (Osatuke, Reid et al., 2011; Vañó, 2012; Vañó y Caro, 2015).

De todos ellos, la mayor parte de los mismos hacen referencia a casos donde el resultado terapéutico es positivo (Humphreys et al., 2005; Kramer et al., 2016; Osatuke, Reid et al., 2011; Osatuke y Stiles, 2006, 2010), mientras que únicamente Reid y Osatuke (2006), se focalizaron, exclusivamente, en el estudio del nivel 1 de la APES (Pensamientos No Desados) del proceso de cambio de un sujeto con un trastorno somático.

Nuestro trabajo, por otra parte, se centra en las narraciones de un sujeto que no alcanza niveles altos de asimilación de sus experiencias problemáticas, pudiendo atender a los procesos que se producen en estas etapas tempranas de la asimilación; como hicieron Reid y Osatuke (2006), que se focalizaron en el nivel 1 del proceso de cambio de un sujeto con un trastorno somático.

Nuestros datos contrastan con el trabajo publicado por Osatuke, Reid et al. (2011), en tanto que su sujeto sí alcanzó niveles más altos de asimilación de su experiencia problemática. No obstante, Osatuke, Reid et al. (2011, p. 44) señalaron que el caso que ilustra su artículo fue seleccionado por cuanto mostraba una sustancial mejora y sus entrevistas eran las más fáciles de presentar de forma breve y concisa, frente a otros clientes que mostraron menos o ninguna asimilación.

Inicialmente, esta ausencia de cambio, en cuanto a asimilación debe complementarse con otros modelos, como veremos en los apartados 4.3.1 y 4.3.2.

4.2.2. Un proceso dentado, sin intervención terapéutica.

El proceso de asimilación mostrado por el sujeto sigue un proceso *dentado* similar al encontrado en la aplicación de la APES a los resultados terapéuticos de terapias cognitivas (Caro 2003a, 2003b, 2005, 2006, 2007; Osatuke, Glick et al., 2005). Este aspecto es destacable por cuanto al sujeto sólo se le aplicaron unas sesiones de Counselling. Además, este dato coincide con los datos obtenidos en un estudio anterior, con el mismo sujeto (Vaño 2012; Vaño y Caro, 2015). En este sentido, podemos plantear que este patrón puede ser el resultado del estilo utilizado por el sujeto al escribir las narraciones, en el cual incluía un primer fragmento como pequeña introducción de lo que iba a escribir que, en ocasiones, incluía una síntesis de su visión sobre lo que iba a desarrollar; otra razón, que puede estar detrás de este patrón, puede ser la existencia de déficits metacognitivos que le incapacitan para elaborar

representaciones complejas, reduciéndose así su comprensión sobre sí mismo, sobre su cuerpo, a un concepto de fragmentos que le sirven como guía de orientación hacia diferentes metas (Péc, Bob y Lysaker, 2015). Un ejemplo de esta disgregación en relación con su entorno podemos observarlo a lo largo del tema “Mis relaciones”, en el cual el sujeto escribe sobre las mismas de forma disgregada, sin conexión ni desarrollo entre ellas, dedicándole un espacio a cada una como si se trataran de grupos aislados para él (su familia materna, su hermano, sus compañeros de rol, etc.).

En cuanto a los retrocesos observados, podemos sugerir, ya que requiere un estudio específico, que algunos de ellos se ajustan a diferentes explicaciones que ya se han propuesto en la introducción, concretados y revisados de forma más exhaustiva por Caro y Stiles (2013). Así, podemos referir que el *trabajo en la zona de desarrollo próximo*, entre el sujeto y su psicóloga y psiquiatra, puede ser el detonante de los retrocesos mostrados en el tema de “Enfermedad mental” cuando reacciona a la afirmación de que podría hacer otras actividades (limpiar la casa, ir al CRIS, acudir a terapia) a pesar de los ataques que padece; el *cambio espontáneo* es un tipo de retroceso que también puede observarse, cuando el sujeto cambia de foco de atención en el tema de “mis relaciones”, por ejemplo cuando está hablando de su relación con su padre, y luego habla de su familia materna, o cuando después de hablar de sus amigos se focaliza en la gente en general; la *interferencia de sucesos de la vida diaria* es un tipo de retroceso que también se puede observar, p. ej., por la situación sobrevenida al contar una información privada de su hermano a su padre, y la reunión que éste había convocado.

Por último, podríamos plantear que las sesiones de *Counselling* también pueden haber influido en los retrocesos mostrados por el sujeto, y se podría reconocer que en ellas, en algunas ocasiones, se excedió la *zona de desarrollo próximo*, al intentar que

el sujeto tuviera una perspectiva más amplia de las situaciones que relataba. No obstante, una gran parte de las narraciones no se realizaron de forma consecutiva a estas sesiones de Counselling, por lo que, si bien pudo haber algún elemento de estas sesiones, es poco probable que tuviera una influencia directa; más aún cuando el sujeto escribía sobre los temas que en ese momento se activaban y no tanto sobre lo que se trataba en dichas sesiones.

4.2.3. La dominancia entre voces.

Osatuke y Stiles (2006) proponen una serie de dimensiones descriptivas que vinculan los postulados teóricos del modelo con las observaciones clínicas, ayudando a explicar los procesos de asimilación. Se trata de 5 dimensiones que representan un aspecto diferente de la asimilación, o una forma diferente de manifestarla: (1) dominantes o no dominantes, (2) inclusión en distintos grados en la comunidad de voces, (3) amplitud de los segmentos de experiencia representados, (4) pueden ser procesadas de forma superficial o profunda, y (5), pueden ser evitadas por la comunidad en grados diferentes.

Si bien podemos considerar que el sujeto no tiene una gran variedad de voces (6 diferentes en los 5 temas, alguna de ellas con muy poca presencia), pensamos que, en el caso del Sujeto X, la dimensión de voces dominantes y no dominantes es especialmente interesante.

4.2.3.1. Voces Dominantes y no Dominantes.

Si atendemos al proceso de asimilación, en el tema de “El Amor”, en el fragmento 8 podemos presentar, a modo de sugerencia, cómo la voz de *Sentido de vida* (VD) adquiere un carácter no asimilado o no dominante desde la perspectiva de la voz de *Enfermedad mental* (VD). Ya que, si bien expresa el objeto de R., la VD de *Enfermedad mental* alcanza un Insight que va en la dirección de negar la expresión de

la VD; siendo así un Insight sobre su situación personal para tener novia, y un proceso de evitación del tema de “El Amor” de R.

Por otra parte, la VD de *Enfermedad mental* tiene una capacidad de anular la presencia de la VND de *caos* cuando se relaciona con la VND de *Crisis de fe* en el fragmento 33. Es así que sugerimos se crea un polo de dominancia alrededor de ella (y su expresión característica de los delirios de grandeza), que es diferente al que se manifiesta con otras voces.

De esta forma tenemos una VD (*Enfermedad mental*) con un carácter muy dominante que controla y sitúa en posiciones No Dominantes al resto de voces (p.ej., la voz de *Sentido de vida*). Sus límites son bastante amplios y puede asumir tanto posiciones muy férreas y alejadas de la realidad, y otras muy cercanas. La única voz que consigue mantenerse sobre ella es la VD de *seguridad*, que sigue supervisando los riesgos que le pueden derivar de sus conductas aun cuando se encuentra en un estado con predominancia de los delirios.

Esta relación entre las comunidades de voces puede llevar al caso, planteado por Osatuke et al. (2007), de que se dé una paradoja sobre la dominancia de las voces. En esta paradoja, observada en personas con depresión, nos encontramos con que una voz dominante en las relaciones interpersonales se ve dominada por una VD (intrapersonal) sumisa; de forma que el recurso que proporciona la VD intrapersonal se convierte en una causa de dolor por cuanto la VD intrapersonal no la deja expresarse.

En el caso del Sujeto X, podemos apreciar esta paradoja en la relación que se establece entre las voces dominantes de *seguridad*, *enfermedad mental* y *sentido de vida*; siendo también un ejemplo de una forma de truncar el desarrollo de la asimilación de una voz con el objetivo de satisfacer la necesidad de otra voz. Así, nos encontramos

con la VD de *sentido de vida*, cuya pretensión es tener una vida plena que deje una huella en el mundo (lo que hace que sea una voz que tiende hacia la dominancia interpersonal). Por su parte, se encuentra frente a ella a las voces de *seguridad* y *enfermedad mental*, que desarrollan acciones que minimizan la relación con el mundo por parte del sujeto.

Si atendemos a la VD de *seguridad*, por ejemplo, ésta tiende a tomar medidas para que el sujeto se encuentre a salvo, siendo su actitud de Dominancia intrapersonal, es decir esta seguridad ejerce un control sobre cualquier otra voz que vaya a realizar actos que sitúen al sujeto en un mínimo riesgo; lo que incluye cualquier intento de socialización más allá de las pautas ya conocidas, o cualquier posibilidad de realizar actos que puedan influir en los demás. De ahí que, en varios fragmentos, el sujeto alcance un Insight en el que asume que él no va a poder llevar a cabo sus deseos (*influir en los demás siendo un líder político, religioso, un filósofo, etc.*), en tanto que la dominancia de la VD de *seguridad* se sitúa por encima de la voz de *sentido de vida*.

Por su parte, con la VD de *enfermedad mental* encontramos una situación parecida, en tanto que bien trata a la VD de *sentido de vida* como si fuera una VND, aliándose con la VND de Caos para silenciarla (Fragmento 8), o bien asume en mayor o menor medida lo que ésta propone, pero desnaturalizándolo; es decir, sugerimos que asume su aparente intención de destacar y dar un sentido a su vida, pero niega la posibilidad de tener un impacto al plantear que es un ser único y especial, y negar la validez o importancia de aquello que no sea lo que él piensa o valora. Es así que, podríamos decir, no consigue contactar con nadie, frustrando la posibilidad de imprimir ese impacto de su vida, en tanto que esta voz tiene una gran dominancia intrapersonal y no permite tener en cuenta nada más que su núcleo de razonamiento (véase de manera general los fragmentos que corresponden a las narraciones 4 y 9, por ejemplo).

Con todo lo ofrecido hasta el momento podemos llegar a la conclusión de que el sujeto X muestra una delimitación de sus voces en posiciones dominantes y no dominantes, estando también presente en cada uno de los grupos generales (en las VNDs tenemos la postura de las voces de *caos* y *crisis de fe*, que asumen posturas diferentes en especial ante la VD de *enfermedad mental*; de modo tal que la VND de *crisis de fe* tiene más fácil alcanzar niveles más altos de asimilación). Todo ello contrasta con el caso planteado por Osatuke, Reid et al. (2011), ya que su sujeto con esquizofrenia no mostró posiciones claramente dominantes, lo que posiblemente le facilitase alcanzar niveles más altos de asimilación que al Sujeto X. En cualquier caso, no tenemos suficientes datos para saber si estas posiciones menos claramente dominantes eran la causa de una mejor asimilación o un efecto de otros componentes, como por ejemplo la metacognición, que situara al sujeto en un punto de partida peor.

4.2.4. El Insight.

El Insight es un componente crucial para la asimilación de experiencias problemáticas. A través del Insight se establecen puentes de significado entre las VDs y las VNDs, siendo el punto del continuo de la asimilación a partir del cual se diferencian los casos de éxito terapéutico por cuanto el cliente experimenta una mejoría (Brinegar et al, 2006; Detert et al., 2006; Honos–Webb et al., 1998; Stiles y Brinegar, 2007).

Como se ha comentado anteriormente, la elaboración de Insights queda dentro de los procesos metacognitivos, siendo éste uno de los que puede estar afectado de forma severa en la esquizofrenia (Jørgensen et al., 2015; Lysaker et al., 2005, 2013; Nicolò et al., 2012; Osatuke et al., 2008; Phalen et al., 2015; Rabin et al., 2014).

Lysaker et al. (2013) y Phalen et al. (2015) realizan una distinción entre tipos de *Insights*, proponiendo el *Insight clínico* que hace referencia a la comprensión o

aceptación del propio diagnóstico, y el *Insight cognitivo*, que se refiere a la capacidad de distanciarse de uno mismo para evaluar las propias creencias e interpretaciones. Aunque suponga un avance de lo que se desarrollará en el apartado de los déficits presentados por el sujeto X a través de las relaciones, cabe señalar que en las narraciones únicamente encontramos un ejemplo de *Insight clínico* en el fragmento 76: “Parece que hay algo mal en la química de mi cerebro que me hace sentir miedo, y hasta que se arregle seguiré sintiendo miedo”. El resto de ellos corresponderían al tipo de *Insight cognitivo*.

En las narraciones, el Insight se alcanza de forma mayoritaria por la VD de *seguridad* y la VND de *caos*, aunque conviene también destacar que son las voces más presentes en el conjunto de las narraciones. Y los marcadores que más nos alertan de encontrarnos en el nivel 4 de la APES han sido: “*dar un paso atrás para ver mejor*”, “*reconocer que las cosas dependen de condiciones*” y “*juntar las piezas de forma distinta*”.

Avanzando nuevamente a lo que se desarrollará más adelante, podemos asumir que el proceso a través del cual el Sujeto X logra alcanzar un Insight suele tener un mecanismo común, que está vinculado con el modelo de desarrollo de los delirios de grandeza propuesto por Knowles, McCarthy-Jones y Rowse. (2011). De alguna forma, sin entrar todavía a desarrollar este modelo con el contenido de las narraciones aportado por el Sujeto X, podemos plantear que los déficits metacognitivos llevan al sujeto a realizar una búsqueda *no* exhaustiva; reflejando un salto a las conclusiones que le aporta cierta sensación de reducción del malestar por la situación (Buck, Warman, Huddy y Lysaker, 2012; Corrigan y Watson, 2002; Phalen et al., 2015).

Es de esa forma cómo el sujeto podría desarrollar un nivel bajo de Insight cognitivo, en el que el elemento fundamental fuera la *certeza en uno mismo*, por cuanto

no ha conseguido realizar una búsqueda exhaustiva de referencias en sucesos de su historia de vida, en los factores culturales, o haber optado por una limitación de datos a utilizar en la explicación (Dudley, Taylor, Wickham y Hutton, 2015; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler y Bebbington, 2002; Garety y Freeman, 1999). La firmeza asumida sobre la decisión podría desarrollarse con la certeza del Insight alcanzado, haciendo que se vuelva una creencia rígida con el tiempo.

En líneas generales, consideramos que es este tipo de Insight el conseguido por el sujeto, con lo que en realidad no deriva en una resolución de su experiencia problemática, sino en una minimización de su malestar, lo que explicaría en parte por qué pese a que el sujeto obtiene diferentes valoraciones de Insight, no se consigue un avance en la asimilación de sus experiencias problemáticas.

4.3. Déficits presentados por el sujeto a través de las narraciones.

A lo largo del bloque anterior, en la Discusión, hemos hecho referencia a la escasa investigación focalizada en personas con esquizofrenia que se ha llevado a cabo desde el modelo de asimilación, haciendo sugerencias respecto a mejorar el estudio del progreso, o no progreso, en el modelo de asimilación. Por ello, vamos a seguir profundizando en nuestros datos desde otras perspectivas, complementarias, atendiendo al papel de los delirios y a los estudios sobre metacognición.

4.3.1. Delirios de grandeza.

A modo de ubicación, los delirios presentados por el sujeto se engloban dentro de los delirios de grandeza. Estos son el tercer tipo de delirio más común, tras el delirio de persecución y el delirio de referencia (Lai, Chang, Tam, Hui y Chen, 2013; Menon, Addington y Remington, 2013), siendo experimentado por personas con diferentes patologías: trastorno bipolar, esquizofrenia, y personas con trastorno por abuso de sustancias.

Hay que tener en cuenta que se presenta una alta comorbilidad de estos delirios con otros tipos de delirios (especialmente de persecución), por lo que se estima su presencia entre el 25 y el 50% de las personas con este diagnóstico (Knowles et al., 2011); siendo los delirios de grandeza el segundo tipo de delirios en la esquizofrenia (Garety et al., 2013; Knowles et al., 2011).

Los delirios, para la APA (2014), son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. Y, en concreto, los de grandeza se dan cuando el sujeto cree que él o ella tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales. Además, según Knowles et al. (2011), tienen un carácter multidimensional, pudiendo

variar en cuanto al grado de convicción y preocupación, así como en cuanto a los niveles de malestar o disfunción que generan.

Si bien esta definición nos da una primera descripción, no es especialmente útil para analizar las narraciones del sujeto; por lo que debemos de profundizar más para conocer de qué estamos hablando cuando intentamos vincularlos a las voces que sustentan los delirios de grandeza del sujeto. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la mayor parte de la investigación sobre los delirios se ha centrado en los delirios de persecución, y los delirios de grandeza no han recibido una gran atención (Knowles et al., 2011). De hecho, parte de su investigación ha ido ligada a la de los delirios de persecución, y así, para Lake (2008), los delirios de grandeza pueden potenciar los delirios de persecución, en cuanto a que sus convicciones acerca de sus extraordinarias capacidades, talentos, o poderes pueden interaccionar con otros procesos de atención y razonamiento que den lugar a ideas acerca de que las otras personas les pueden querer quitar lo que les pertenece.

En la actualidad, Knowles et al. (2011) han combinado e integrado en un único modelo, que incluye tanto factores cognitivos como afectivos, los planteamientos teóricos que intentaban explicar la formación de delirios de grandeza y que estaban representados por dos modelos distintos: el modelo del *delirio-como-defensa* y el modelo *consistente con la emoción*; los cuales denominaremos a partir de ahora como sub-modelos por formar parte de un modelo que los engloba. Aunque en el análisis nos vamos a centrar en este modelo más completo, conviene señalar algunos aspectos de los que subyacen a su base, por cuanto reflejan vías de formación de los delirios.

El primer sub-modelo de los que componen el modelo de Knowles et al., (2011) a tener en cuenta, es el conocido como el *delirio-como-defensa*. Este modelo plantea que una persona puede desarrollar delirios de grandeza como una forma de

compensación por un sentido subyacente de soledad, indignidad o impotencia. Según Knowles et al. (2011), Beck y Rector (2005) se apoyaron en que muchos clientes con delirio de grandiosidad "han experimentado crisis vitales caracterizadas por sentimientos de fracaso o de inutilidad" (p. 588). Si bien los estudios realizados hasta la fecha no han conseguido hallar evidencia clara acerca de esta relación, bien por las medidas adoptadas (Smith, Freeman y Kuipers, 2005), o porque las conclusiones que se extraen afectan a aspectos que no se corresponden con el delirio de grandeza, no se puede descartar la vía que proponen de formación de estos delirios.

El segundo sub-modelo es el denominado *consistente con la emoción*, que sugiere que el estado emocional podría dirigir una búsqueda de significado y comprensión que fuera consistente con el afecto.

El modelo resultante plantea que hay que atender a diferentes estilos cognitivos presentes en los delirios de grandeza. En primer lugar, encontramos el sesgo de *saltar a las conclusiones*, que puede limitar la cantidad de datos utilizados en una explicación y que se ha asociado con creencias delirantes en general (Dudley et al., 2015; Freeman et al., 2002; Garety y Freeman, 1999) y que podemos observar en las narraciones del Sujeto X. En segundo lugar, los *estilos de atribución*, consistentes en un sesgo al servicio del sí mismo en el que los sujetos tienden a hacer atribuciones de carácter interno para las experiencias positivas y que las personas con esquizofrenia lo muestran de forma muy amplia, aunque actualmente Boyden, Knowles, Corcoran, Hamilton y Rowse (2015) no han hallado hallazgos entre este sesgo y los delirios de grandeza. En tercer lugar, el *modo de pensamiento*, se basa en el efecto de los pensamientos positivos en este tipo de delirio planteando la existencia de una modalidad de pensamiento más visual que verbal (Holmes, Lang y Shah, 2009; Holmes y Mathews, 2010; Mammarella, 2011), sustentada en estudios con trastorno

bipolar (Gregory, Brewin, Mansell y Donaldson, 2010; Knowles et al., 2007). Y, en cuarto lugar, el *pensar acerca del pensar*, atendiendo a la rumiación como enfoque repetitivo en cuanto a contenido, causas y consecuencias de los eventos y la reflexión o distanciamiento cognitivo a medida que los eventos se ven más objetivamente desde una perspectiva en tercera persona.

En la figura 4.1 podemos observar el modelo planteado por Knowles et al. (2011), desarrollado desde las narraciones del Sujeto X.

El primer punto del proceso es la presencia de un elemento o suceso desencadenante. Al tratar con elementos desencadenantes hemos de tener en cuenta que estos pueden derivar, o no, en un delirio. Por nuestra parte, podemos seleccionar el fragmento 59, en el que habla de los ataques de ansiedad. Este fragmento nos permite explorar parte del modelo, con lo que esperamos ejemplificar una mayor comprensión de los procesos seguidos por el Sujeto X. Así, ante este ataque de ansiedad, el sujeto sufre un cambio de estado interno positivo, que se concreta en *pensamientos acelerados*. El sujeto expresa que “cuando me vienen me dejan paralizado, y tengo que dejar de hacer lo que estuviera haciendo para marcharme a mi casa y acostarme en la cama, y esperar que se me pase”, seguidamente indica: “Mientras tengo esa ansiedad pienso negativamente de todo y todo parece negativo, en especial yo. Cuando la ansiedad se acaba se desata una euforia y todo vuelve a ser normal”. En el fragmento 23 plantea que “Los ataques de ansiedad se empiezan por una cuestión mínima, o por nada en absoluto, y empiezo a pensar negativamente de todo y a mucha velocidad donde lo peor soy yo. Una vez en el refugio, la ansiedad para y se hace soportable [...] Cuando estoy en el refugio la ansiedad hasta se torna placentera”. En este punto podemos observar que el sujeto experimenta *pensamientos acelerados* que no

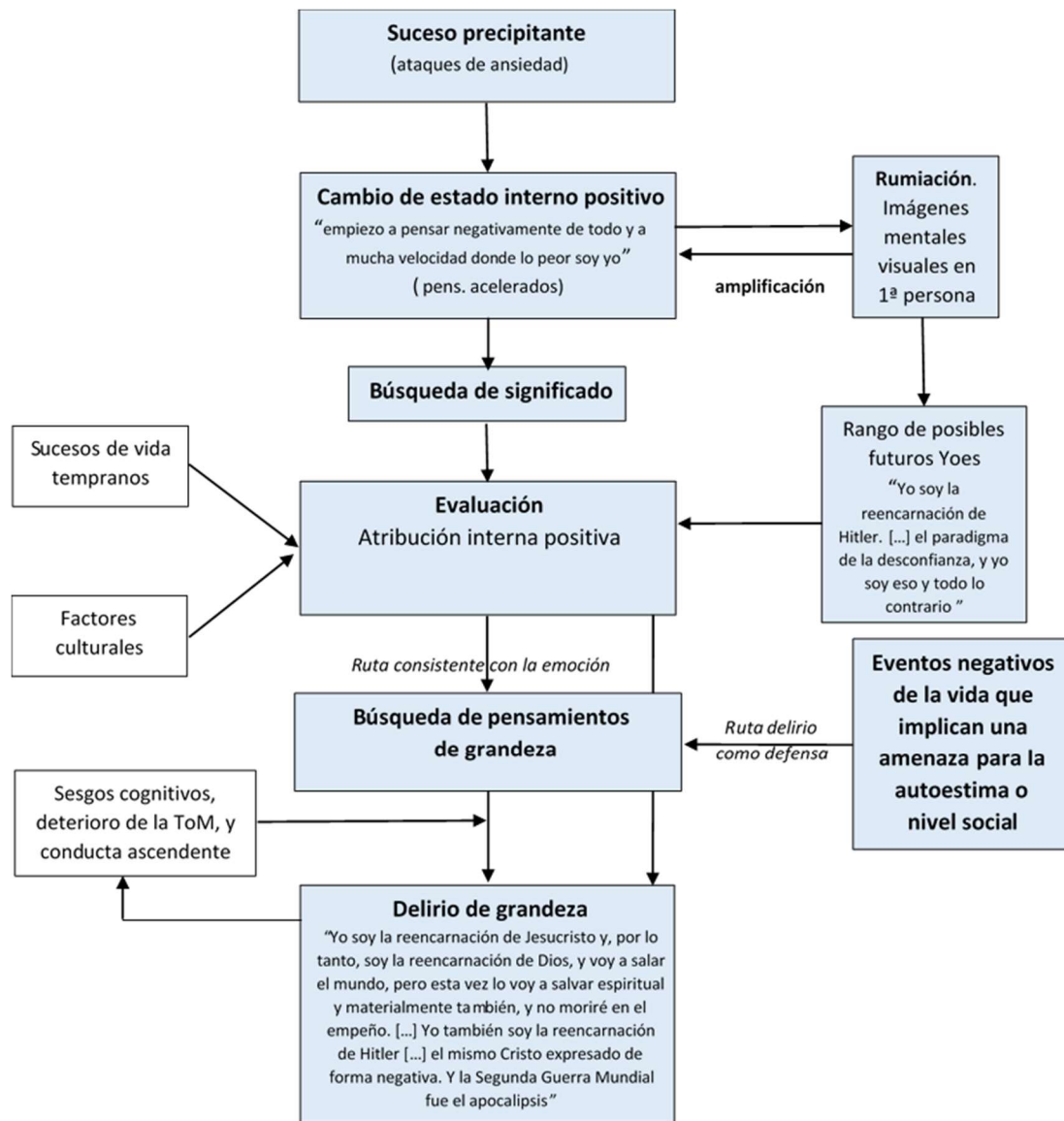


Figura 4.1. Ejemplo hipotético del desarrollo de un delirio sobre textos aportados por el Sujeto X. (Basado en el modelo preliminar de los delirios de grandeza de Knowles, et al., 2011)

podemos verificar que correspondan con imágenes (Gregory et al., 2010; Knowles et al., 2007), aunque sí tendría cierto sentido ya que el procesamiento visual es más rápido que el verbal. Por otro lado, contrasta con lo planteado sobre que el procesamiento sea en base a pensamientos positivos (Holmes et al., 2009; Holmes y Mathews, 2010; Knowles et al., 2011; Mammarella, 2011).

Este tipo de proceso estaría, inicialmente, más vinculado a un mecanismo de

delirio como defensa, ya que desde el mismo se proponen que éstos se relacionan con estados emocionales negativos y pensamientos negativos (Bentall et al., 2009; Benzeev, Morris, Swendsen y Granholm, 2012; Garety et al., 2013; Garety y Freeman, 2013), con mayor evidencia en relación con los delirios de persecución que en los delirios de grandeza (en los cuáles se ha incluido por cuanto puede ser un mecanismo complementario).

Además, en la descripción del procedimiento planteado por el sujeto podríamos entender que el sujeto, una vez se encuentra en un lugar seguro, inicia una serie de procesos relacionados con el pensar que se englobaría en el concepto de *rumiación*. En este sentido, Gruber, Harvey y Johnson (2009) plantean que la rumiación es una focalización repetitiva sobre un contenido, causa o consecuencia de sucesos que no está dirigida a resolver el problema, el cual suele implicar una perspectiva en primera persona que deriva en la inmersión de la persona en la experiencia mental, lo que se puede traducir en un aumento de las emociones negativas (Kross, Ayduk y Mischel, 2005).

Si tras este proceso de rumiación, que supondría una amplificación, derivase una búsqueda de significado acerca de ese estado interno, y ésta se vinculase a una serie de posibles Yoés futuros, podríamos considerar que esto daría lugar a búsqueda de pensamientos de grandeza.

Hay que tener en cuenta que, como señalan Knowles et al. (2011) en la fase de Evaluación, las atribuciones positivas internas estarán influidas tanto por acontecimientos anteriores de la vida como por factores culturales y, quizás incluso, por un deseo de sentirse mejor y la motivación para aprovechar la oportunidad de modificar su estado de ánimo negativo. Por nuestra parte, asumimos que el sujeto puede desear sentirse mejor y minimizar o rechazar su estado de ánimo negativo, ya

que en las narraciones éste se convierte en un elemento no deseado o generador de niveles bajos de asimilación, como se ha visto en el capítulo de Resultados.

La inclusión de estas atribuciones facilita que el proceso pueda seguir un desarrollo consistente con las emociones (que no parece ser el proceso en el caso del sujeto X) o de carácter centrado en la defensa de los estados de ánimo generados (lo que, como se ha comentado, sí que parece más coherente con su procesamiento).

Todo ello podría dar lugar a un pensamiento de grandeza, que no necesariamente implicaría un delirio, pero la presencia de sesgos cognitivos facilitaría el salto de uno a otro. Un ejemplo de pensamiento de grandeza podría surgir, en un caso de estado emocional negativo, cuando una persona ve una película y se plantea que es el protagonista; pero ello no derivaría en un delirio de grandeza si los sesgos atribucionales funcionaran de forma adecuada. En este sentido, Lai, Chang, Tam, Hui y Chen (2013) plantean el caso de una mujer con esquizofrenia que acabó desarrollando delirios de grandeza, si bien plantean que tras el tratamiento los abandonó y tomó conciencia de lo que había ocurrido. Este caso sigue un proceso consistente con las emociones, pero lo destacamos como ejemplo de que el inicio surge tras el contacto con un amigo que compartía con ella creencias acerca de poderes sobrenaturales y formas de ganar dinero, y se afianzaron tras una serie de buenas experiencias laborales hasta derivar en un delirio. De alguna forma, estas experiencias pueden plantearse en un rango de situaciones y personas relativamente amplio sin derivar en este tipo de delirios. De hecho, como señalan Knowles et al. (2011) un 10% de la población general experimenta creencias grandiosas sin que por ello satisfagan todos los criterios de un delirio. Y es aquí donde es importante la presencia o no de sesgos cognitivos, el fracaso en el procesamiento de la retroalimentación social, y los posibles déficits en Teoría de la Mente. De hecho, So et al. (2012) confirmaron que

los sesgos de *saltos a las conclusiones* y *creencias inflexibles* (éstas relacionadas con *convicción*) mantenían los delirios

En el caso del sujeto X, podemos valorar la presencia de *saltos a las conclusiones*, así como presencia de una fuerte convicción, y creencias inflexibles, en los momentos en que el sujeto está involucrado de manera plena en el delirio. P.ej “Yo seré un Mesías político y religioso. Como religioso predicaré. Como político me meteré en el Partido Popular esperando que dicho partido sea derrotado. Haciéndome famoso como escritor y cuando los Populares estén suficientemente derrotados, desesperados me elegirán a mí, pues yo les brindaré la salvación como partido. Pero les obligaré a que rectifiquen sus planteamientos y que el PP pase a ser un PP comunista”.

Un aspecto a tener en cuenta es que como señalan Appelbaum, Robbins y Vesselinov (2004) la estabilidad de los delirios a lo largo del tiempo es muy heterogénea. También señalan que tienen una mayor tendencia a persistir en personas ancianas, personas que nunca han estado casadas, así como aquellas que tienen delirios de control del cuerpo/mente, de radiodifusión del pensamiento, y aquellos con niveles más altos de psicopatología y discapacidad funcional. En el caso de nuestro sujeto nos encontramos que, además de psicopatología y discapacidad funcional, reuniría también la característica de su soltería. Por nuestra parte, decir que, si bien el delirio no está activo de una manera continua y con conductas exacerbadas, los pensamientos que subyacen al mismo, y el mantenimiento de las creencias del delirio sí parecen estarlo; aunque el sujeto no las exprese o muestre una mayor flexibilidad en su consideración respecto a ellas.

Aunque Knowles et al. (2011), al plantear el modelo preliminar de los delirios indican como sesgos el *pensar sobre el pensamiento*, en artículos posteriores que se centran en los delirios de grandeza, intentando buscar evidencias que sirvan de

verificación del mismo, plantean como sustituto la Teoría de la mente. Por nuestra parte, entendemos que hay diferencias entre disponer de una *teoría de la mente* y el *pensamiento sobre el propio pensamiento* (ya que consideramos que este otro concepto es más abierto y se puede aplicar de forma más productiva a la esquizofrenia). Es por ello que a continuación vamos a centrarnos en los estudios que se han llevado a cabo sobre metacognición, con el fin de seguir identificando los errores que pueden llevar a que el sujeto no logre una mayor asimilación de sus experiencias problemáticas.

Antes de ello, en la figura 4.1, podemos ver un ejemplo del proceso que podría haber dado lugar al desarrollo del delirio de grandeza del sujeto. Este ejemplo se ha realizado sobre la estructura planteada por Knowles et al. (2011), en su modelo preliminar de los delirios de grandeza. Para servirnos de ejemplo, vamos a utilizar las valoraciones realizadas por el sujeto en cuanto a sí mismo como Dios, Jesús, Hitler y Elfo.

4.3.2. Metacognición.

La metacognición se ha definido como el conjunto de actividades que implica pensar sobre el pensamiento, incluyendo desde la consideración de sensaciones y pensamientos discretos hasta la síntesis de simples percepciones en una representación íntegra de uno mismo y de los otros (Lysaker, Buck et al., 2014; Semerari et al., 2003, 2005). Las personas con esquizofrenia parecen experimentar dificultades en diferentes dominios de la metacognición, que incluyen la reflexión sobre uno mismo, la conciencia de la mente de los demás; descentramiento, o habilidad de comprender a los otros como personas independientes, y Maestría, o habilidad para usar el conocimiento metacognitivo para responder a los desafíos psicológicos (Lysaker, Buck et al., 2014).

De hecho, Lysaker, Buck et al. (2014) exponen que en el modelo original de la esquizofrenia propuesto por Bleuler, en 1950, se sugería que las personas que experimentaban esta enfermedad tenían dificultades para elaborar ideas complejas y sintetizadas sobre sí mismos y los demás, así como crear un sentido del lugar que ocupan ellos mismos y los demás en el mundo. Esta incapacidad para elaborar representaciones complejas reduce la comprensión de la persona, sobre su cuerpo, a un concepto de fragmentos que no pueden servirle como guía de orientación hacia diferentes metas (Pec et al., 2015), considerándose una barrera a la adherencia del tratamiento (Jónsdóttir et al, 2013) y un factor de riesgo para obtener peores resultados en los tratamientos (Jørgensen et al., 2015).

Para tratar de interpretar nuestros datos desde la metacognición vamos a centrarnos en los desarrollos realizados en la *familia de terapias metacognitivas*, centrándonos en el trabajo de autores como Giancarlo Dimaggio y Paul L. Lysaker; aunque queremos resaltar la existencia de otro enfoque desarrollado a partir de las *terapias basadas en*

la mentalización (Bateman y Fonagy, 2011, citados en Dimaggio y Lysaker, 2015) con el que comparten la idea de que estos déficits pueden variar de forma significativa en función del contexto interpersonal (Dimaggio y Lysaker, 2015).

Como una especie de síntesis, sobre la que pasaremos a extraer conclusiones en base a las narraciones del sujeto, hemos de indicar que, un alto grado de Maestría (MAC) se relaciona con menos saltos a las conclusiones (Buck, Warman, Huddy y Lysaker, 2012), lo que es consiste con que el pensar acerca de los propios pensamientos puede conllevar una tendencia a aceptar y alcanzar decisiones firmes sin la suficiente información, y con que los déficits en la metacognición desempeñarían un papel en el desarrollo psicosocial de la esquizofrenia. Además, la maestría se relaciona con un mejor afrontamiento del estrés relacionado con el pensamiento, así como una mayor capacidad para hablar sobre los pensamientos (Lysaker, Erickson et al., 2011; Lysaker, Buck et al., 2014; Lysaker, Leonhardt et al., 2014).

Por el contrario, bajos niveles de metacognición se han relacionado con una mayor severidad de sintomatología negativa (Nicolò et al., 2012; Lysaker, France, Hunter y Davis, 2005; Rabin et al., 2014), con baja motivación intrínseca (Luther et al. 2016; Tas, Brown, Esen-Danaci, Lysaker y Brüne, 2012; Vohs y Lysaker 2014), niveles menores de competencia (Lysaker, Dimaggio et al., 2011) y un sentido subjetivo de la recuperación, entre otros aspectos.

Quizás, antes de abordar de forma más directa el tema de la metacognición, en relación con nuestros datos, convendría señalar que para Lysaker y Dimaggio (2014), la discapacidad en la esquizofrenia puede resultar del afrontamiento, por parte de estos sujetos, de los desafíos de su enfermedad, la adversidad social asociada con ésta, y de las tensiones regulares de la vida cotidiana; lo que daría lugar a una ausencia de integración de sus pensamientos, sentimientos, anhelos e intenciones, así como a una

ausencia de integración de los que corresponden a las otras personas.

Si bien la metacognición hace referencia al proceso de pensar acerca de los estados cognitivos, puede pensarse en ella como en un conjunto de actividades mentales que van desde aspectos muy discretos, tales como el reconocimiento de pensamientos, sensaciones y sentimientos, y juicios básicos, hasta capacidades que requieren una mayor síntesis cognoscitiva (Vohs et al., 2015). En este sentido, en las narraciones de nuestro trabajo encontramos fragmentos que nos alertan de posibles errores a niveles discretos de metacognición.

De este modo, si atendemos al tema de su *enfermedad mental*, podemos apreciar cómo el sujeto no es consciente de lo que le pasa, más allá de las etiquetas que posiblemente se le han ido ofreciendo, presumiblemente, por parte de su entorno o los especialistas que le han tratado. Así, si bien en el fragmento 22, el sujeto expresa en qué consiste su enfermedad mental: “se caracteriza por tener *delirios de grandeza* o *ideas extravagantes* y *emociones descontroladas*. Ahora las emociones descontroladas que tengo son *ansiedad* y *fobias*, y los *delirios* me los estoy replanteando ante mi nueva situación”, no consigue dar una explicación más definida de en qué consiste la ansiedad, ni qué la desencadena. Por ejemplo, podemos ver los siguientes fragmentos. Fragmento 23: “Los ataques de ansiedad se empiezan por una cuestión mínima, o por nada en absoluto [...]”; fragmento 24: “Esto se parece a los ataques de miedo que provocaron un intento de suicidio”; fragmento 25: “Tal vez otros tipos de ansiedad sí pudiera, pero esta ansiedad mía no”; fragmento 26: “...Ninguno sabe dar ninguna explicación concreta a por qué tuve yo ninguna de las emociones descontroladas, la ansiedad tampoco...”; fragmento 28: “Parece que a mi ansiedad le afecta el estrés indirectamente, pues a mayor estrés más frecuencia. También parece que ésta evoluciona pues no siempre es la misma. Y parece que el final está cerca pues la siento

más rabiosa que nunca, como si fueran los últimos coletazos”.

Como puede apreciarse en estos ejemplos, el sujeto no consigue expresar una descripción clara de su sintomatología, las palabras empleadas parecen querer remarcar que son emociones que el sujeto agranda con la etiqueta de “ataque”: ataque de ansiedad, ataque de miedo, etc., con lo que éstos denotan, además, una característica de ser sobrevenidos para el sujeto sin relación con el contexto general de su vida. Este aspecto no ha quedado bien definido en estas narraciones elaboradas por el sujeto, pero en Vañó y Caro (2015) sí se puede apreciar este detalle de manera más definida en su expresión. Dos ejemplos, extraídos de este trabajo son: “Llegó el momento en que mi apatía desapareció en 1989 como por arte de magia y con ello desapareció también mi ingenuidad.”, o “la agorafobia me vino de repente el 3 de enero de 2007 y con angustia tuve que volver a casa, y entonces pensé que eso sólo duraría diez días, y duró dos años y medio. [...] no le encuentro explicación emotiva posible por lo que considero que fue una enfermedad producida por la química de mi cerebro”.

Acercas de este tema, en las sesiones de *Counselling* se aprovechó para preguntarle de forma explícita si podía definir en qué consistían sus ataques de ansiedad, o de forma más directa en qué parte del cuerpo se evidenciaba y de qué forma sabía que era un ataque de ansiedad, pero el sujeto en ningún momento pudo dar una referencia al respecto (p.ej, señalando la respiración o el pecho, etc.) más allá de que era un ataque de ansiedad.

En relación con el dominio metacognitivo que hace referencia a la reflexión sobre uno mismo, en las narraciones podemos observar que el sujeto sí lleva a cabo procesos que pretenden ser de *reflexión*, aunque finalmente acaban siendo de *rumiación*, en los que el sujeto se focaliza de forma repetida en el contenido, las causas y las consecuencias de su estado afectivo sin dirigir la atención a la resolución del problema

(Gruber et al., 2009). La base para esta conjetura ya fue expresada en el apartado en el que desarrollamos los delirios de grandeza, por lo que únicamente mencionaremos que el proceso que sigue el sujeto es, ante un ataque de ansiedad, acudir a su lugar de refugio y esperar que éste desaparezca. De hecho, si atendemos a los conceptos de voces utilizados en el modelo de la asimilación, la VD de *seguridad* impide al sujeto llevar a cabo cualquier tipo de acción que ponga en riesgo su seguridad por lo que éste no llega a plantearse las posibles soluciones que pudiera llevar a cabo, y todos sus planteamientos derivan en “cuando hayan desaparecido los síntomas”. Estas dificultades de reflexión pueden afectar también a la visión que tiene el sujeto del mundo, ya que se vuelve muy simple y rígida, donde los demás son sólo personajes que están a su alrededor, pero no son percibidos como teniendo sus propias intenciones, deseos, expectativas, etc., como expondremos un poco más detalladamente al hablar del descentramiento. En cualquier caso, en las narraciones, el sujeto muestra pequeños matices en cuanto a alguna pequeña reflexión, centrada en cómo responder a su hermano en base a sus propios deseos como, por ejemplo, en el fragmento 42: “Espero que mi hermano me reproche mi alimentación y mis descuidos, y yo argumentaré que lo prioritario para mí es el sabor y que mis descuidos son consecuencias de mis perturbaciones...”

En el dominio de la conciencia sobre los demás, el sujeto muestra serios déficits. La conciencia sobre los demás hace referencia a su capacidad de distinguir y definir los componentes emocionales y cognitivos de otras personas. Podemos utilizar diferentes referencias para dar ejemplos de estos déficits, pero vamos a centrarnos en un ejemplo acerca del tema de “El Amor”, que puede ser muy explícito. En el fragmento 52, el sujeto expone desde su delirio, su táctica para conquistar a las personas de las que indica estar enamorado “Yo practicaré la poligamia y me casaré

con Rs., con R., con L., con J. y con O. El amor es una excusa excelente para practicar el psicoanálisis. Quiero una esposa de cada tipo para estudiar la psicología humana. Todas las elegidas se parecen entre sí. Todas tienen mucha mala leche y son muy orgullosas. Yo primero declararé mi amor a cada una esperando que me rechace, después me retiraré y esperaré que sea rechazada por los otros. Y después me pasearé provocativamente a su alrededor esperando que me acepte pues no tendrá mejor alternativa. Para cazar a más de una llegaré a presidente y legalizaré la poligamia, y sabré con mi don de psicología humana manejarlas a la perfección”. Como se puede observar, en ningún momento se plantea las necesidades emocionales, deseos, intenciones, etc., que puedan tener cualquiera de esas mujeres que él desea. En el fragmento 62, cuando asumimos que ya no está tan aferrado al delirio, el sujeto realiza otra expresión que, de alguna manera, sigue planteando esa falta de contacto con los aspectos emocionales y cognitivos de las otras personas: “Yo antes estaba enamorado de Rs. y de R., y pretendía casarme con las dos; pues creía que eran mis parejas ideales únicas y necesarias. Pero ahora pienso que toda mujer que tenga ciertas características es ideal pues entra dentro de mis ideas, por lo que en el mundo hay una minoría inmensa de mujeres ideales. Y entonces, por qué insistir tanto por una determinada si no te corresponde, si hay tantas. R. y Rs. son ideales, pero no son las únicas. Dejaré de considerarlas necesarias y serán solo posibles, y dadas las circunstancias, no las esperaré, directamente buscaré el amor en otras mujeres ideales más fáciles de conseguir y sólo una al mismo tiempo”. En este caso observamos que nos encontramos con una circunstancia similar en tanto que el sujeto sólo atiende a la búsqueda de pareja, pero en ningún momento se plantea qué puede buscar la otra persona para valorar ser su pareja.

En el caso de su hermano, es todavía más evidente en cuanto a que en muy pocas

ocasiones atiende a las necesidades, intenciones, deseos que pueda tener éste. Al hablar del pasado, y describir a su hermano, sí aprovecha para indicar que es un interesado, como señala en la descripción que realiza en el fragmento 2: "...mi hermano era desenfadado y divertido, *interesado* y extrovertido. [...] solía llevarse 'el gato al agua' pese a no ser serio ni desinteresado, pues tenía un carisma increíble". En el fragmento 5, da una muestra de cómo desvirtúa las necesidades o las limitaciones de su hermano hacia una incapacidad del mismo: "...no está capacitado para atender una urgencia, no hay buena comunicación pues es muy buenas palabras, pero no me comprende, me abandona en cuestiones secundarias y ejerce algunas prohibiciones un tanto desmesuradas en aspectos puntuales. Podría mejorar si fuera más responsable, empático, solidario y más liberal". El sujeto confunde las necesidades de su hermano de imponerle ciertos límites con una falta de capacidad. No obstante, cabe señalar que, a cierto nivel, el sujeto sí es consciente de su hermano como *ser* independiente de él y con mente propia; tal como señala en el fragmento 11: "... pues es una mente realista juzgando una soñadora".

El descentramiento, o habilidad de comprender a los otros como personas independientes, consideramos que es un nivel que se ve seriamente afectado en el sujeto. En este caso no vamos a indicar ningún ejemplo porque el tema "El centro del mundo" es todo él un ejemplo; además de que en los otros temas también es evidente esa centralidad en sí mismo y en su mundo, y la no consideración de los demás como personas independientes.

En cuanto al nivel de *maestría*, o habilidad para usar el conocimiento metacognitivo para responder a los desafíos psicológicos, únicamente señalar que el sujeto no ha desarrollado un nivel alto de maestría, supuestamente debido a la falta de desarrollo de los niveles inferiores de metacognición.

Para Buck et al., (2012), hay una relación entre los niveles altos de maestría y una menor cantidad de saltos a las conclusiones. Los *saltos a las conclusiones* consisten en la tendencia a aceptar y alcanzar decisiones firmes sin la suficiente información, lo que generaría problemas en el desarrollo psicosocial. Este elemento también se trató al considerar la formación de los delirios, ya que es un sesgo que puede afectar a que una idea de grandeza acabe derivando en un delirio.

En el caso del sujeto consideramos que los saltos a las conclusiones son importantes, siendo un indicador más de la falta de consecución de un grado elevado de maestría, y a su vez del fracaso de su asimilación. Por un lado, podemos observar que una parte importante de los Insights alcanzados se corresponden con el marcador “Dar un paso atrás para ver mejor” (nivel 4 de la APES), y en algunos de ellos el sujeto se posiciona como un observador de la situación y genera una expresión del tipo: “En cierta manera es cierto, con la de achaques que tengo como para tener una” (fragmento 8), “Pero aun así yo estoy mejor con mi hermano que con mi padre” (fragmento 40), etc. Si atendemos a las narraciones, en algunas, como en las aquí ejemplificadas, se puede observar que el sujeto realmente cambia su enfoque y deja de prestar atención a lo que supone un desafío o molestia: en el primer caso el hecho de no poder acercarse a R. porque su hermano se lo prohíbe y él no está preparado; en el segundo caso el hecho de que su hermano no cubra todas sus necesidades. Como señalan Warman, Martin y Lysaker (2013), existe evidencia acerca de que los individuos con delirios saltan más rápidamente a las conclusiones cuando razonan sobre estímulos emocionales, relativos a estímulos emocionalmente neutrales y en situaciones estresantes, y plantean que una “intervención” breve de carácter psicoeducativo, del tipo cognitivo-conductual, podría reducir los saltos a las conclusiones, al menos en los momentos inmediatamente posteriores a la intervención; de forma específica cuando

el estímulo es de carácter emocional.

Las dificultades del sujeto para afrontar el estrés, relacionado con el pensamiento, que se evidencia en los saltos a las conclusiones, así como su dificultad para hablar sobre sus pensamientos más allá de proclamarlos, podríamos entenderlo también como un indicador de su falta de desarrollo de un nivel de maestría (Lysaker, Erickson et al., 2011; Lysaker, Buck et al., 2014; Lysaker, Leonhardt et al., 2014).

Por su parte, bajos niveles de metacognición se han relacionado con mayor severidad de sintomatología negativa (Nicolò et al., 2012; Lysaker et al., 2005; Rabin et al., 2014). Esta sintomatología negativa se puede referenciar bien por las pruebas Pretest-Posttest, especialmente incidiendo en el SCL-90-R donde el sujeto tiene valores altos en el índice de *puntuaciones totales positivas* (PST) situándose en percentiles muy altos. En las narraciones, el sujeto también muestra bastante malestar, aunque no consigue definir en muchas ocasiones a qué es debido, concretándolo en ataques de pánico, de apatía, de ansiedad, etc.

También se ha señalado que hay una relación de baja metacognición con baja motivación intrínseca (Luther et al., 2016; Tas, et al, 2012; Vohs y Lysaker 2014), lo que se muestra en las dificultades del sujeto para realizar las tareas de su casa y llevar a cabo acciones que puedan suponer un afrontamiento de los problemas. De alguna manera, esta baja motivación intrínseca asumimos que podría estar mediada en muchas ocasiones por la relación entre la VD de *seguridad* con las VNDs, en especial la de *caos*.

Se han encontrado también, relacionados con los bajos niveles de metacognición, niveles bajos de competencia (Lysaker, Dimaggio et al., 2011), lo que puede estar relacionado con que el sujeto desarrolle menos competencia en tanto que tampoco tiene una motivación para desarrollar recursos. En el caso del Sujeto X, en las

narraciones expresa en algunos momentos sus competencias en algunas áreas, aunque éstas nunca se han demostrado y son resultado de saltos a las conclusiones. Un ejemplo de ello lo tenemos en fragmento 84: “Vivimos en un mundo capitalista donde el dinero es necesario. Para ello es preciso hacer algo que los demás entiendan como trabajo. *Mi mejor baza regular es la de administrador, pues se me da bien administrar las cosas.* Como filósofo no pagan por contemplar el universo, pero sí pagarían por derechos de autor los *libros que yo escribiera respecto a mis conclusiones* al contemplarlo para ayudar a otros a contemplarlo también. También *como estratega soy un hacha*, puedo ser un *buen asesor* para cualquier tipo de gente, para *dar consejos...*”.

Finalmente, y por señalar otra área importante de influencia de la metacognición, el funcionamiento psicosocial se vuelve limitado (Vohs et al., 2015), lo que podemos reflejar con unos pocos fragmentos. Por ejemplo, en el fragmento 14, el sujeto expresa: “Yo sobrevivo socialmente aprovechando mucho lo poco que tengo”, o el fragmento 85, donde expone “Las amistades son para mí muy importantes, lo cual no quita para que yo sea un solitario empedernido contemplando el universo. Pero la amistad es una cosa que me gusta mucho. Desearía tener unos cuantos buenos amigos y otros muchos amigos en la distancia. Yo soy tímido, pero sé cultivar y aprovechar al máximo una amistad”.

Aunque son muchos los temas tratados en el estudio de la metacognición y la esquizofrenia, vamos a considerar un último aspecto, que ya se mencionó al hablar del *Insight* en el apartado del modelo de asimilación. El *Insight* es uno de los elementos que se ve afectado en la esquizofrenia (Mohamed et al., 2009; Phalen et al., 2015). Tal como se ha dicho, desde los estudios de metacognición se han propuesto dos tipos de *Insight* (Lysaker et al., 2013; Phalen et al., 2015): El *Insight clínico* hace referencia a la comprensión o aceptación del propio diagnóstico, mientras que el *Insight cognitivo*

se refiere la capacidad de distanciarse de uno mismo para evaluar las propias creencias e interpretaciones. Este último tipo de *Insight* se divide, a su vez, en dos componentes o dimensiones, la *reflexividad hacia uno mismo*, o capacidad para valorar que las propias percepciones y creencias podrían ser erróneas, y la *certeza en uno mismo*, o confianza en la veracidad de las propias creencias y percepciones. De esta forma, en sujetos con un alto nivel de *certeza en sí mismo*, ésta funcionaría como un elemento protector contra el estigma social (Buck et al., 2013; Corrigan y Watson, 2002; Phalen et al., 2015), y podría estar relacionado con el concepto de *delirio como defensa* planteado en el apartado en el que tratábamos la generación de los delirios (Garety et al., 2013; Garety y Freeman, 2013; Knowles et al., 2011). Así, altos niveles de insight cognitivo (vinculados con una alta reflexividad hacia uno mismo) se relacionan con una mayor conciencia de las alteraciones (Martin et al., 2010) y, de forma especial en las personas con esquizofrenia, la falta de este Insight cognitivo (mayor presencia de certeza en uno mismo) puede evidenciarse con una excesiva certeza sobre la veracidad de sus propias creencias, y una menor reflexión sobre los propios pensamientos y emociones (Riggs, Grant, Perivoliotis y Beck, 2010).

Como conclusión a este apartado de la metacognición en el Sujeto X, hemos de pensar que sus capacidades metacognitivas se hallan afectadas a un nivel muy básico, pudiendo plantear que los niveles más afectados son el referido a llevar a cabo reflexiones sobre uno mismo, y el descentramiento. El déficit en estas áreas afectaría de forma clara en la conciencia de la mente de los demás, que si bien puede percibirla a nivel cognitivo no es algo a lo que atiende, y el área de la Maestría, donde muestra serias dificultades para aplicar su conocimiento a las diferentes situaciones que se le plantean.

Como resumen de todo lo expuesto en este bloque, convendría resumir aquellos

elementos que conllevan que el Sujeto X no progrese en la asimilación de sus experiencias problemáticas. Por una parte, procede señalar sus problemas de metacognición, que se ven concretados en su dificultad para percibir e identificar sus propias emociones, intenciones, sentimientos, pensamientos. Las declaraciones del sujeto reflejan *saltos a las conclusiones*, mayor presencia de *rumiaciones* que de *reflexiones*, un bajo nivel de *descentramiento* junto con poca comprensión de la mente de los demás, y un pobre *Insight cognitivo* fundamentado principalmente en la *certeza en uno mismo*; todo lo cual se concreta en un *bajo nivel de maestría*. Estos problemas estarían implicados en el desarrollo de delirios de grandeza, principalmente a través de la vía *delirio-como-defensa*, según enuncia el modelo de Knowles et al. (2011).

4.4. Limitaciones, problemas principales y futuras investigaciones.

En este trabajo hemos aportado datos que corresponden a un estudio de caso, con un sujeto con esquizofrenia, y se han propuesto una serie de elementos que condicionaban el resultado en cuanto a asimilación. En cualquier caso, como estudio de caso, son necesarios otros estudios con otros sujetos para poder proceder a más generalizaciones.

Como señala Stiles (2003), el material con el que se trabaja cualitativamente en el estudio de caso son las palabras, y en el caso de las narraciones hay que tener en cuenta que la interpretación de las mismas es todavía más difícil que en otras situaciones donde se dispone de registros en video o en audio. Es por ello que no se debe perder de vista el nivel de inferencia que hemos de seguir en el análisis de las narraciones.

No obstante, podemos considerar que este trabajo supone una pequeña aportación al modelo de asimilación, teoría que, como señala Stiles (2007), se ha desarrollado como teoría en base a estudios de caso. Se asume que cada estudio de caso aporta pequeñas pero numerosas confirmaciones basadas en datos concretos que suponen, a su vez, que la teoría vaya asimilando la nueva información e integrándola de modo que los datos impulsen el avance del marco teórico, mientras que los datos que no concuerden con la teoría pueden sugerir nuevas investigaciones que lleven a una mayor precisión de la teoría (Stiles, 2003, 2007).

La investigación cualitativa (de la que los estudios de caso son un ejemplo) nos permite una mejor comprensión del objeto del estudio (en este caso el Sujeto X), percibiéndolo de una manera holística desde su marco de referencia, a través de la empatía (Rodríguez et al., 1996; Stake, 1995; Stiles, 2003). Debemos señalar la

dificultad que ha supuesto la comprensión del proceso de asimilación del Sujeto X desde su marco de referencia, lo que junto con otros elementos como el tiempo de formación y entrenamiento para la evaluación de los datos, su revisión, empleo y transmisión, son algunas de las dificultades encontradas que están relacionadas con este tipo de investigación.

El uso de jueces es algo necesario en este tipo de investigación, pero también complejo y problemático, y puede significar una importante limitación de cualquier estudio cualitativo si no se desarrolla adecuadamente. En el análisis de las narraciones, al incorporar un tercer juez con el que contrastar las puntuaciones obtenidas por los dos jueces principales, surgieron una serie de discrepancias que es importante señalar en este apartado final. Explicaremos cada una de ellas y cómo se resolvieron.

- Por un lado, una de las discrepancias que encontramos se situaba en la valoración de diferentes niveles que habían sido evaluados por los jueces #1 y #2 como pertenecientes al nivel 5 de la APES (nivel de Aplicación/Elaboración), y por el juez #3 como un nivel 1. Desde el punto de vista del tercer juez el sujeto no iba a llevar a cabo lo que decía o decidía hacer y en su opinión parecía una evitación (que correspondería a un nivel 1 de la APES). Por parte de los otros jueces se planteó que si bien coincidíamos en que su desarrollo no se iba a producir o iba a ser difícil que se produjera, y en las narraciones queda patente cuando cambia de tema (y no vuelve a mencionar esos planes más que como futuribles en algún caso), a nivel formal estaban expresados como una elaboración de planes hacia la resolución de una experiencia problemática, lo cual corresponde siempre a niveles 5 de la APES; por ello, finalmente se acordó puntuarlos de esa forma pese a considerar que realmente no iban a ser llevados a cabo

y, por tanto, seguía siendo una conducta derivada del mecanismo descrito, anteriormente, en el tipo de *Insight cognitivo*, basado en la *certeza en uno mismo*.

- En algunas ocasiones, el tipo de Insight alcanzado también generaba dudas, ya que se planteaba por el 3er juez como un nivel más bajo de asimilación. Como ejemplo podemos señalar los fragmentos que introducen cada narración. En una gran mayoría de ellos el sujeto se retrotrae a momentos de infancia o adolescencia. En estos casos, el investigador principal y la Dra. Caro lo puntuaron con un 4, en tanto que reflejaba un Insight entre la VD y una VNDs sobre las condiciones iniciales de su problema, mientras que el 3er juez lo valoraba con un nivel inferior por considerar que la voz principal era la VD que explicaba su visión del mundo sin dejar expresarse a la VND. En otros casos, la razón consistía en la valoración del fragmento en su conjunto, priorizando un enunciado del problema como elemento general, mientras que la Dra. Caro y el investigador principal habían realizado un análisis a un nivel más micro que permitía valorar de forma más profunda los cambios de posición de las voces del sujeto con relación al objeto de referencia. Este tipo de dudas fueron resueltas caso a caso, decantándose de forma mayoritaria hacia las puntuaciones considerads por el investigador principal y la Dra. Caro, que conocían al sujeto en mayor profundidad.
- En relación con la valoración de los delirios tal y como se manifiestan en las narraciones, también hubo alguna discrepancia por cuanto se dudaba entre valorarlos como un nivel 1, en el que la VD de *enfermedad mental* evitaba cualquier otra voz que se planteara, o como un nivel 2 por cuanto

se percibía cierto contenido emocional doloroso en la expresión de esa voz. Tras la valoración por parte del conjunto de los jueces, la gran mayoría de las discrepancias se resolvieron según la valoración realizada por el 3er juez (es decir, hacia niveles APES de 1), que infería que el juego de voces impedía cualquier planteamiento por parte de una VND, y aunque pudiera haber contenido emocional su tono emocional era más bien bajo, descartándose, por tanto, el nivel 2 de la APES.

- El resto de discrepancias consistían en que los jueces #1 y #2 habían realizado un análisis de carácter micro en cada fragmento, en tanto que estaban muy familiarizados con el material, mientras que el tercer juez había valorado el fragmento en su conjunto; por lo cual no coincidían en algunos de los códigos, siendo muy fácil llegar a acuerdos al exponer las diferencias en el proceso y acordar el contenido principal a categorizar.

Luego, cabe decir, que una limitación de este tipo de trabajos es estar abierto a las posibles formas de interpretar el material por parte de los diferentes jueces. Deben tener niveles similares de experiencia y de acceso y conocimiento de los datos. Las reuniones y debates continuos entre jueces (Método Ward, Schielke et al., 2009) son una forma de garantizar los resultados, dotándolos de fiabilidad.

En la Discusión nos hemos centrado en explicar buena parte de las dificultades del Sujeto X para la asimilación en función de sus capacidades metacognitivas. Sin embargo, podemos considerar como otra limitación de este trabajo que la definición de las limitaciones metacognitivas que experimenta el sujeto se ha realizado en base a las narraciones, su interpretación y el conocimiento del Sujeto X, y no se ha empleado ninguna medida (p. ej., la Escala de Metacognición, Semerari et al., 2003; o la Escala de Insight Cognitivo de Beck, de Beck, Baruch, Balter, Steer y Warman, 2004) al

respecto, que evalúe de forma externa sus capacidades metacognitivas, en el Pretest ni en el Postest.

En el mismo sentido, otra limitación consiste en haber accedido a la interpretación de las narraciones del Sujeto X, exclusivamente desde el punto de vista del modelo de asimilación, no entrando a considerar (fundamentalmente, por una cuestión temporal) el empleo de otros sistemas convergentes de análisis de narraciones (Gonçalves et al., 2013; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos y Santos, 2011; Matos et al 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016).

A partir de este trabajo, consideramos que deberían realizarse más investigaciones, planteándose las siguientes:

1. Pensamos que es oportuno explorar de forma más amplia diferentes procesos de asimilación, tanto con resultados terapéuticos como sin los mismos. Si el modelo quiere ser útil para explicar y predecir el cambio en terapia, debe no sólo dar una idea general de cómo se produce éste, sino que debe desarrollarse para explicar qué elementos lo dificultan en distintos ámbitos. En este estudio hemos explorado el caso de un sujeto con esquizofrenia, pero, con el fin de extender el modelo, éste debería emplearse en casos de diferentes ámbitos de la psicopatología que no concluyan en una asimilación de la experiencia problemática. Además de abrirse a otros modelos como aquí hemos hecho.
2. Creemos que es interesante detallar mejor los niveles de la APES, de modo que puedan incorporarse aspectos que permitan el análisis de los procesos de sujetos con déficits metacognitivos y delirios, tanto de grandeza como de cualquier otro tipo. En este sentido, es posible que el trabajo deba enfocarse a una mayor disposición de *marcadores* que permitan distinguir entre pautas que derivan hacia la defensa, o que permitan identificar de forma más clara los

saltos a las conclusiones, o cuando una planificación simplemente es una explicitación de un deseo y no tanto una acción tendente hacia la solución del problema. Igual que se entiende que “rechazar la hipótesis psicológica” es un marcador del nivel 1, debería de detallarse de forma más completa los distintos niveles y procesos que hemos detectado en este trabajo. Investigaciones dirigidas a verificar la realidad de éstos y otros procesos que definirían cada nivel permitirían una mejor aplicación del modelo para estudiar el proceso de cambio en psicoterapia, y fuera de ella, de una manera más generalizada. Esto es, parece posible sugerir que los niveles APES y su interpretación que surgieron en el estudio de pacientes con problemas de depresión y ansiedad, pueden y deben perfilarse cuando se estudian (de diversas maneras) procesos de asimilación en pacientes con patologías diferentes y crónicas.

3. Consideramos que la metodología empleada en este trabajo debería emplearse para un estudio más detallado de la generación o creación de los delirios. Si bien es cierto que los sujetos pueden introducir sesgos en la descripción de lo que les pasa, el acceso que se tiene a través de las narraciones, permitiría reconstruir las dificultades que experimentan y los mecanismos que generan para contrarrestarlos, pudiendo de esta forma emerger aspectos de difícil comprobación con metodologías de tipo cuantitativo.

CAPÍTULO 5.

CONCLUSIONES.

Seguidamente resumimos aquellos elementos que consideramos son más relevantes de esta investigación:

En **primer lugar**, hay que señalar que el sujeto no muestra un cambio Pretest-Posttest al final de la recogida de las narraciones. Esta situación podría ser paralela a la baja asimilación encontrada a través de ellas. Aunque no suele ser un elemento a destacar, creemos que la concordancia entre un tipo de medición cuantitativo y otro cualitativo debe ser tenida en cuenta por cuanto, de alguna manera, influye en decisiones respecto al empleo de ambos métodos y la comprensión de los resultados.

En **segundo lugar**, podemos plantear como destacable que el análisis de las dificultades de asimilación de un sujeto con esquizofrenia, con déficits acusados en sus procesos metacognitivos, exige al modelo una mayor definición en el grado de precisión en las medidas, que permita describir de forma más precisa el proceso del sujeto. Esto nos lleva a pensar que la aplicación del modelo a casos de éxito terapéutico y con patologías como la depresión, puede sesgar de forma importante los resultados, y al mismo tiempo limitar al modelo en cuanto a su precisión. De esta forma, el estudio de intervenciones de fracaso terapéutico y su empleo con muy variadas patologías, podría derivar en una mejora del modelo por cuanto recogería de forma más amplia los diferentes procesos que pueden estar interfiriendo en, o facilitando, la asimilación de las experiencias problemáticas de los sujetos.

En **tercer lugar**, este trabajo aporta un ejemplo que refleja las características propias de la investigación cualitativa, en cuanto a que trata de comprender a un sujeto desde su propio marco de referencia, captando sus dificultades en la gestión de su relación con el entorno y con el mundo, atendiendo a lo observable (en este caso las narraciones) y tratando de comprender estas observaciones con otros elementos provenientes de otras investigaciones. La visión que se obtiene del sujeto genera una

comprensión bastante elevada de cuáles son sus dificultades de adaptación, y los mecanismos que utiliza para aportar soluciones a estas dificultades (aunque estas soluciones no sean muy adaptativas). También permite observar de forma bastante eficiente el proceso de diálogo, o encuentro, entre las voces; con sus diferentes posicionamientos y alianzas con el fin de satisfacer sus objetivos y necesidades.

En **cuarto lugar**, consideramos que este trabajo es relevante por cuanto permite percibir parte del proceso de creación de un delirio de una forma que la investigación cuantitativa no logra captar. De forma que ha llegado a obtener cierta evidencia científica, basada en un estudio de caso y que requerirá más investigaciones, acerca del mecanismo de *delirio como defensa*, planteado como uno de los procesos que pueden estar en la génesis de los delirios de grandeza pero que hasta el momento no contaba con mucha evidencia al respecto según algunos autores (Knowles et al., 2011; Smith et al., 2005).

En **quinto lugar**, consideramos que este trabajo es relevante por los matices que aporta hacia la dominancia entre las voces.

En cualquier caso, debemos reconocer que este trabajo es un estudio de caso, focalizado por lo tanto en un sujeto único, y requerirá de más investigaciones en esta dirección para poder validar y generalizar lo que se expone. Es cierto que únicamente se ha tratado de observar el proceso de asimilación en un sujeto con déficits metacognitivos que le dificultan la resolución de sus experiencias problemáticas, siendo importante por cuanto sirve para reflejar cómo estas dificultades toman forma dando lugar a su experiencia, ofreciendo una mejor comprensión de su forma de afrontar el mundo y las dificultades que en el día a día se le presentan.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abbass, A., Town, J., y Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108. doi: 10.3109/10673229.2012.677347
- Allepuz, A., Caro, I., Rojo, I., y Yera, A. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas a través de narraciones: un estudio de caso. *Anales de Psicología*, 30(1), 56 - 69. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.153991>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington: American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (1993). Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. In The meeting of the American Psychological Association. Referencia en internet: <http://www.div12.org/sites/default/files/InitialReportOfTheChamblessTaskForce.pdf>
- Andrusyna, T. P., Luborsky, L., Pham, T., y Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in supportive–expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 526-536. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600591379>
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., y Vesselinov, R. (2004). Persistence and stability of delusions over time. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 317-324. doi: <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.001>
- Auletta, A. F. (2012). The dialogical view of psychotherapy: Some theoretical considerations and critical remarks. Commentary. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 173-183.
- Barkham, M., Stiles, W. B., y Shapiro, D. A. (1993). The shape of change in psychotherapy: Longitudinal assessment of personal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 667-677. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.667>
- Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E., y Field, S. D. (1996). The assimilation model: theory, research and practical guidelines. En W. Dryden (Eds.). *Research*

- in counselling and psychotherapy: Practical applications* (pp. 1-24). Londres: Sage.
- Barlow, D. H., y Durand, V. M. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson Editores.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders: 18*(1), 36-51. doi: 10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Beck, A. T., y Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 577-606. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., y Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research, 68*(2), 319-329.
- 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*(6), 561-571.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295-311. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>
- Benjamin, L.S. y Karpiak, C.S. (2002). Personality disorders. En J.C. Norcross (Ed) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 423-440). Nueva York: Oxford University Press.
- Bentall, R. P., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R., Blackwood, N., ... y Corcoran, R. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 236-247. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.1
- Ben-Zeev, D., Morris, S., Swendsen, J., y Granholm, E. (2012). Predicting the occurrence, conviction, distress, and disruption of different delusional experiences in the daily life of people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 826-837. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq167>
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., y Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Instrumentos de*

- evaluación para los trastornos del humor. 2ª ed.* (pp. 29-30) Barcelona: Ars Medica.
- Bogdan, R., y Biklen, S. (1982). *Qualitative research for education: An introduction to theory and practice*. Nueva York: Alien & Bacon
- Botella, L., y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J.M. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., y Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia: El estado de la cuestión. *Boletín de Psicología*, 69, 19-42.
- Boyden, P., Knowles, R., Corcoran, R., Hamilton, S., y Rowse, G. (2015). A preliminary investigation into theory of mind and attributional style in adults with grandiose delusions. *Cognitive Neuropsychiatry*, 20(2), 109-121. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13546805.2014.974802>
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., y Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 165-180, doi: 10.1037/00220167.53.2.165.
- Buck, K. D., Warman, D. M., Huddy, V., y Lysaker, P. H. (2012). The relationship of metacognition with jumping to conclusions among persons with schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*, 45(5), 271-275. doi: 10.1159/000330892
- Budge, S. L., Moore, J. T., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Baardseth, T. P., y Nienhuis, J. B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1057—1066. doi: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.003>
- Buela-Casal, G., Sierra, J. C., y Cano, M. C. (2001). Evaluación y tratamiento de la depresión. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra. *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (271-336). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Caro, I. (1993). *Psicoterapia e investigación de procesos*. Valencia: Ediciones 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 (I). *Boletín de Psicología*, 79, 31-58.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counseling Psychology Quarterly*, 18(2), 133-148. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070500136744>
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research*, 16(4), 422-435. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600756436>
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16(4), 436-452. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600743897>
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21(2), 151-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10720530701853735>
- Caro, I. (2009). Convergence of voices: Assimilation in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(3), 182-198. doi: 10.1002/cpp.614
- Caro, I. (2010). The case of gabriel: A linguistic therapy of evaluation perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(1), 4-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10720530903400962>
- 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(3), 169-188. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10360>

- Caro, I. e Ibanez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión: Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69
- 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. (2009). Retrocessos no contexto de terapia lingüística de avaliacao. *Analise Psicologica*, 27(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(1), 35-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.721938>
- Caro, I., Pérez, S., y Llorens, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 217-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2013.877419>
- Caro, I., Stiles, W. B., y Pérez, S. (2016). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, 26(6), 653-664. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1104422>
- Caro, I., Allepuz, A., Rojo, I., y Yera, A. (2011). El estudio del proceso del cambio según el modelo de asimilación: una introducción teórica y metodológica. *Clínica y Salud*, 22(3), 223-235. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2011v22n3a3>
- 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. doi: 10.1002/jclp.20256
- Chambless, D. L., y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Cooper M (2008) *Essential research findings in counselling and psychotherapy*. Londres: Sage.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Libros.

- Corrigan, P. W., y Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. doi: 10.1093/clip/sy.9.1.35
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., y Andersson, G. (2008). Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. *BioMed Central Psychiatry*, 8(1), 36-41. doi: 10.1186/1471-244X-8-36
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385. doi: 10.1177/070674371305800702
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., y Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 280-291. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.003
- 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*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage handbook of qualitative research (3rd ed.)*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Symptom checklist 90 revised*. Minnesota: NCS Pearson.
- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., y Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good-and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16(4), 393-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500294728>
- Deutsch-Link, S. (2016). *Language in schizophrenia: what we can learn from quantitative text analysis* (Tesis doctoral). Yale University, New Haven, Connecticut. *Recurso en internet*: <http://elischolar.library.yale.edu/ymtdl/2047>

- Dilks, S., Tasker, F., y Wren, B. (2013). Conceptualizing the therapist's role in therapy in psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 315-333. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02061.x
- Dimaggio, G., y Lysaker, P. H. (2015). Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 117-124. doi: 10.1002/jclp.22147
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S., y Hutton, P. (2015). Psychosis, delusions and the “jumping to conclusions” reasoning bias: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 652-665. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv150>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., y Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change, second edition: Delivering what works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- 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(1), 52-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.820855>
- Elliott, R. (1985). Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology*, 32(3), 307. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.32.3.307>
- Elliott, R., Fischer, C. T., y Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for the publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229. doi: 10.1348/014466599162782
- Elliott, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., y Sack, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate therapeutic impacts. *Psychotherapy*, 22(3), 620-630.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewellyn, S. P., y Margison, F. (1994). Insight in interpersonal-dynamic therapy: A comprehensive process analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 449-463.

- Elliott, R., Partyka, R., Wagner, J., Alperin, R., Dobrenski, R., Wagner, J., Messer, S. B., Watson, K. C., y Castonguay, L. G. (2009). An adjudicated hermeneutic single case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research, 19*, 543-557. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902905947>
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319 - 324.
- Field, S. D., 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*(3), 397. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.397>
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata
- Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(6), 823-865. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., y Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*(4), 331—347. doi: 10.1348/014466502760387461
- Garety, P. A., y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology, 38*(2), 113-154. doi: 10.1348/014466599162700
- Garety, P. A., y Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *The British Journal of Psychiatry, 203*(5), 327-333. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126953
- Garety, P. A., Gittins, M., Jolley, S., Bebbington, P., Dunn, G., Kuipers, E., ... y Freeman, D. (2013). Differences in cognitive and emotional processes between persecutory and grandiose delusions. *Schizophrenia Bulletin, 39*(3), 629-639. doi:10.1093/schbul/sbs059
- Gelo, O., Pritz, A., y Rieken, B. (2015). Introduction. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken. (Eds.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome*. (pp. 1 -5). Viena: Springer.

- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative theory*. Londres: Weidenfeld and Nicolson.
- 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 & Experiential Psychotherapies*, 7(3), 155-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2008.9688462>
- Goncalves, 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(1), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10720530802500748>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M. y Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497-509. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Greenberg, L. S. (1994). The investigation of change: its measurement and explanation. En R. Russell (Ed.), *Reassessing Psychotherapy Research* (pp. 114 -143). Nueva York: Guildford Press.
- Greenberg, L. S., y Pinsoff, W. (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.
- Gregory, J. D., Brewin, C. R., Mansell, W., y Donaldson, C. (2010). Intrusive memories and images in bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 698-703. doi: <http://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.005>
- Gruber, J., Harvey, A. G., y Johnson, S. L. (2009). Reflective and ruminative processing of positive emotional memories in bipolar disorder and healthy controls. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 697-704. doi: [10.1016/j.brat.2009.05.005](http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.05.005)
- Hardy, G. E., y Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. En O.C.G. Gelo, A. Pritz y B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research. foundations, process, and outcome*. (pp. 183-194). Viena: Springer.
- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., y Barkham, M. (1998). When and why does cognitive-behavioral treatment appear more effective than psychodynamic-

- interpersonal treatment? Discussion of the findings from the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Mental Health*, 7(2), 179-190. doi: 10.1080/09638239818229
- Hardy, G. E., Stiles, W. B., Barkham, M., y Startup, M. (1998). Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 304-312. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.304>
- Hemsley, D. (2009). La esquizofrenia: modelos explicativos. En A. Belloch, B. Sandín, y F.R. Campos (Eds.). *Manual de psicopatología, vol. 2*, (pp. 397-420). Madrid: McGraw-Hill.
- Henry, H. M., 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(2), 109-119. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070500136819>
- Hermans, H. J., y Dimaggio, G. (2004). The dialogical self in psychotherapy: An introduction. En H.J. Hermans y G. Dimaggio (Eds.). *The dialogical self in psychotherapy*. (pp. 1-12). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Hermans, H. J., y Kempen, H. J. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.
- Hermans, H. J., Kempen, H. J., y van Loon, R. J. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47(1), 23-33. doi: 10.1037/0003-066X.47.1.23
- Hilliard, R. B., Henry, W. P., y Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 125. doi: 10.1037//0022-006X.68.1.125
- Hoffman, I. Z. (1999). Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical constructivist point of view. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 288-392. Doi: 10.1037//0736-9735.16.2.288

- Holloway, I., y Wheeler, S. (2002). The nature of qualitative research: Development and perspectives. En I. Holloway, y S. Wheeler, (Eds.). *Qualitative Research in Nursing* (pp. 3-25). Nueva Jersey: Wiley Blackwell.
- Holmes, E. A., y Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.001
- Holmes, E. A., Lang, T. J., y Shah, D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a "cognitive vaccine" for depressed mood: imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 76. doi: 10.1037/a0012590
- Honos-Webb, L. y Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 23-33.
- Honos-Webb, L., Lani, J. A., y Stiles, W. B. (1999). Discovering markers of assimilation stages: The fear-of-losing-control marker. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1441-1452.
- 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 Counseling Psychology*, 50(2), 189-198. doi: 10.1037/0022-0167.50.2.189
- 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(3), 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 Counselling Psychology*, 46(4), 448-460. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.46.4.448>
- 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(2), 121—132. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070500136488>
- Iraurgi, I. (2000). Cuestiones metodológicas en la evaluación de programas terapéuticos. *Trastornos Adictivos*, 2(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*, 36, 105-122.
- Iraurgi, I., Gorbena, S., Martínez-Cubillos, M. I., Escribano, M., y Gómez-de-Maintenant, P. (2015). Evaluación de resultados clínicos individuales: a propósito de un caso tratado con terapia electroconvulsiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(1), 11-16. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.07.003
- Jiménez, M. P., Ramos, F., y Sanchís, M. C. (2008). Las esquizofrenias: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, vol. 2, (pp. 473-502). Madrid: McGraw Hill
- Jónsdóttir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A. B., Simonsen, C., Engh, J. A., Ringen, P. A., ... y Andreassen, O. A. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1), 23-33. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x
- Jørgensen, R., Licht, R. W., Lysaker, P. H., Munk-Jørgensen, P., Buck, K. D., Jensen, S. O. W., ... y Zoffmann, V. (2015). Effects on cognitive and clinical insight with the use of guided self-determination in outpatients with schizophrenia: a randomized open trial. *European Psychiatry*, 30(5), 655-663. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.12.007>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación cualitativa. En A. E. Kazdin, *Métodos de investigación en psicología clínica*, (pp. 245-262). Méjico: Prentice Hall.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kelly, M. A., Roberts, J. E., y Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter?.

Behaviour Research and Therapy, 43(6), 703-714. doi: <http://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.002>

- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110-136. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0022911>
- 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: Theory, Research, Practice, Training*, 38(1), 31-38. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.1.31>
- Knowles, R., McCarthy-Jones, S., y Rowse, G. (2011). Grandiose delusions: a review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 684-696. doi: 10.1016/j.cpr.2011.02.009
- Knowles, R., Tai, S., Jones, S. H., Highfield, J., Morriss, R., y Bentall, R. P. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9(5), 490-495. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00457.x
- Korzybski, A. (1958). *Science and sanity: An introduction to non-Aristotelian systems and General Semantics*. Lakeville: Institute of General Semantics.
- Kramer, U. y Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277- 295. doi: 10.1111/cpsp.12107
- Kramer, U., Meystre, C., Imesch, C., y Kolly, S. (2016). Assimilative processes in a client with borderline personality disorder: Tracking internal multiplicity over the first ten sessions of therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 144-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0040044>
- Kramer, U., Berger, T., Kolly, S., Marquet, P., Preisig, M., de Roten, Y., ... y Caspar, F. (2011). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in early-phase treatment of borderline personality disorder: a pilot study of a randomized trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 244-250.
- Kramer, U., Rosciano, A., Pavlovic, M., Berthoud, L., Despland, J. N., de Roten, Y., y Caspar, F. (2011). Motive-oriented therapeutic relationship in brief

- psychodynamic intervention for patients with depression and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 67(10), 1017-1027
- Kross, E., Ayduk, O., y Mischel, W. (2005). When asking “why” does not hurt. Distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological Science*, 16(9), 709-715.
- Lai, D. C., Chang, W. C., Tam, W. W. Y., Hui, C. L. M., y Chen, E. Y. H. (2013). Cognitive and affective perspectives on formation and maintenance of grandiose delusions of a patient with schizophrenia. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23(4), 160-163.
- Lake, C. R. (2008). Hypothesis: grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; A review. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1151–1162. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm132>
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, y J. Docherty (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration, theory and research*. 94—129. Nueva York: Basic Book.
- Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome". En B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, y M.A. Hubble. (Eds). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy, 2nd ed.*, (pp. 239-266). Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013a). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (pp. 49-84), Nueva York: John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J., y Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4ta ed.)*, pp. 72-113. Nueva York: Willey.
- Lampropoulos, G. K. (2000). A reexamination of the empirically supported treatments critiques. *Psychotherapy Research*, 10(4), 474-477.
- Leahey, T. H. (1998). *Historia de la psicología*. Madrid: Pearson Educación.

- 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(3), 311-330.
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., y Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology*, 4(1), 2-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/qup0000082>.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 1-21. doi: 10.1348/014466501163436
- Luther, L., Firmin, R. L., Vohs, J. L., Buck, K. D., Rand, K. L., y Lysaker, P. H. (2016). Intrinsic motivation as a mediator between metacognition deficits and impaired functioning in psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3). 1-16. doi: 10.1111/bjc.12104
- Lysaker, P. H., y Dimaggio, G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 487-491. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu038>
- Lysaker, P. H., France, C. M., Hunter, N. L., y Davis, L. W. (2005). Personal narratives of illness in schizophrenia: associations with neurocognition and symptoms. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 68(2), 140-151. doi: 10.1521/psyc.2005.68.2.140
- Lysaker, P. H., Leonhardt, B. L., Pijnenborg, M., van Donkersgoed, R., de Jong, S., y Dimaggio, G. (2014). Metacognition in schizophrenia spectrum disorders: Methods of assessment and associations with neurocognition, symptoms, cognitive style and function. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 54- 61.
- Lysaker, P. H., Erickson, M., Ringer, J., Buck, K. D., Semerari, A., Carcione, A., y Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia: The relationship of mastery to coping, insight, self-esteem, social anxiety, and various facets of neurocognition. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 412-424. doi: 10.1111/j.2044-8260.2010.02003.x

- Lysaker, P. H., Vohs, J., Hillis, J. D., Kukla, M., Popolo, R., Salvatore, G., y Dimaggio, G. (2013). Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(7), 785-793. doi: <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.2013.811150>
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Leonhardt, B. L., Buck, B., Hamm, J., Hasson-Ohayon, I., ... y Dimaggio, G. (2014). Metacognitively focused psychotherapy for people with schizophrenia: eight core elements that define practice. En P. Lysaker, G. Dimaggio y M. Brune (Eds.). *Social cognition and metacognition in schizophrenia: Psychopathology and treatment approaches*, (pp. 195-213). Londres: Elsevier. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-405172-0.00012-0>
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Callaway, S. S., Salvatore, G., Carcione, A., Nicolò, G., y Stanghellini, G. (2011). Poor insight in schizophrenia: links between different forms of metacognition with awareness of symptoms, treatment need, and consequences of illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 253-260. doi: <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.007>
- Mammarella, N. (2011). Is there a “special relationship” between unconscious emotions and visual imagery? Evidence from a mental rotation test. *Consciousness and Cognition*, 20(2), 444-448. doi: [10.1016/j.concog.2010.10.012](http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2010.10.012)
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., y Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. doi: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., y Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80. doi: [10.1080/10503300802430657](http://dx.doi.org/10.1080/10503300802430657)
- McLeod, J. (2001). Qualitative inquiry and the reconstruction of counselling and psychotherapy. En J. McLeod (Ed). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*, (pp. 1-20). Londres: Sage Publications. doi: <http://dx.doi.org/10.4135/9781849209663.n1>

- 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 Jersey: Wiley
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I. y Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments codign system?. *Psychotherapy Research*, 30(6), 692-701. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.514960>
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W. B., Caro, I., Gomes, P., Basto, I., y Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 638-652. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1136443>.
- Menon, M., Addington, J., y Remington, G. (2013). Examining cognitive biases in patients with delusions of reference. *European Psychiatry*, 28(2), 71-73. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.03.005
- Meyer, B., y Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 466.-472. doi: 10.1002/jclp.20756
- Meystre, C., Kramer, U., De Roten, Y., Despland, J. N., y Stiles, W. B. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(1), 29-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2013.782056>
- Meystre, C., Kramer, U., de Roten, Y., Michel, L., y Despland, J. N. (2011). Assimilation des expériences problématiques: une étude de cas de psychothérapie psychodynamique limitée dans le temps. *Santé Mentale au Québec*, 26(2), 181-199. doi: 10.7202/1008596ar
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., y Lieberman, J. A. (2009). Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 336-346. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn067>

- Morejón, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-53.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counselling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 250-260. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Mörrtl, K., y Gelo, O. C. G. (2015). Qualitative methods in psychotherapy process research. En O.C.G. Gelo, A. Pritz y B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy research. foundations, process, and outcome*. (pp. 381-428). Viena: Springer.
- Mosher, J. K., y Stiles, W. B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy*, 46(4), 432-447. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017955>
- 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 & Experiential Psychotherapies*, 7(1), 1-19. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2008.9688449>
- Muran, J. Ch., Castonguay, L.G. 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 (Eds.), *Bringing psychotherapy research to life: understanding change through the work of leading clinical researchers*, (pp. 3-13), Washington: American Psychological Association.
- Newman, M. G., y Stiles, W. B. (2006). Therapeutic factors in treating anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 649-59. doi: 10.1002/jclp.20262
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Popolo, R., Carcione, A., Procacci, M., Hamm, J., ... y Lysaker, P. H. (2012). Associations of metacognition with symptoms, insight, and neurocognition in clinically stable outpatients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(7), 644-647. doi: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb10.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. En J.C. Norcross, (Ed). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based*

responsiveness, (pp. 3-23). Nueva Yor: Oxford University Press. doi: 10.1037/a0022180

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión: CIE-10*. Pan American Health Org. Referencia en internet: iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf

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. y Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research. En R. L. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research*, (pp. 185-214). Nueva York: Guilford Press.

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(4), 287-319.

Osatuke, K., y Stiles, W. B. (2010). Change in post traumatic stress disorder: An assimilation model account. En G. Dimaggio y P. H. Lysaker (Eds.), *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment* (pp. 285-300). Nueva York: Brunner-Routledge.

Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J. W., Zisook, S., y Mohamed, S. (2008). Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 70-77. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.08.001

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(1), 52-59. doi: <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.11.001>

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. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 95-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070500136900>

Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J., Graff-Reed, R. L., Mack, L. M., y Stiles, W. B. (2005). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices.

- Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78(1), 21-44. doi: 10.1348/147608304X22364
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J. W., Zisook, S., Y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, 21(1), 41—53. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.508760>
- 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. E. Angus y J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*, (pp. 193-210). Thousand Oaks: Sage.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., y Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63(2), 153- 164. doi: 10.1002/jclp.20338
- Péc, O., Bob, P., y Lysaker, P. H. (2015). Trauma, dissociation and synthetic metacognition in schizophrenia. *Activitas Nervosa Superior*, 57(2), 59-70. doi: 10.1007/BF03379624
- Pennebaker, J. W., y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 274-281. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.3.274>
- Pennebaker, J. W., y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., y Glaser, R. (1988). Confronting traumatic experience and immunocompetence: A reply to Neale, Cox, Valdimarsdottir, and Stone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 638-639. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.4.638>
- Peralta Martín, V., y Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 22(4), 171-177.

- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*, (pp- 17-34). Madrid: Pirámide.
- Phalen, P. L., Viswanadhan, K., Lysaker, P. H., y Warman, D. M. (2015). The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. *Psychiatry Research*, 230(3), 839-845. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.014>.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams and imitation in childhood*. Nueva York: Norton.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.137
- Rabin, S. J., Hasson-Ohayon, I., Avidan, M., Rozencwaig, S., Shalev, H., y Kravetz, S. (2014). Metacognition in schizophrenia and schizotypy: relation to symptoms of schizophrenia, traits of schizotypy and social quality of life. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 51(1), 44-53.
- Ramírez-Esparza, N., y Pennebaker, J. W. (2006). Do good stories produce good health?: Exploring words, language, and culture. *Narrative Inquiry*, 16(1), 211-219. doi: 10.1075/ni.16.1.26ram
- Real Academia de la Lengua. (2014) *Diccionario de la Lengua Española – Edición del Tricentenario* [en línea]. Ed 23. < <http://dle.rae.es/?w=diccionario> >
- 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(4), 539-555. doi: 10.1348/147608305X90467
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.427>
- Rennie, D. L., y Toukmanian, S. G. (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.

- Reynolds, S., Stiles, W. B., Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., y Rees, A. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 577-586. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.577
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., y Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294-314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., y Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 681-693. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1197439>
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., ... y Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665-680. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1208853>
- Rice, L. y Greenberg, L. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford Press.
- Richards, D., y Timulak, L. (2012). Client-identified helpful and hindering events in therapist-delivered vs. self-administered online cognitive-behavioural treatments for depression in college students. *Counselling Psychology Quarterly*, 25(3), 251-262. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2012.703129>
- Richards, D., Timulak, L., y Hevey, D. (2013). A comparison of two online cognitive-behavioural interventions for symptoms of depression in a student population: the role of therapist responsiveness. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 184-193. doi: 10.1080/14733145.2012.733715
- Rieken, B. (2015). The prehistory of psychotherapy and its implications for psychotherapy science: Shamanism, folk medicine, philosophy, and religion. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken. (Eds.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome* (pp. 9-37). Viena: Springer.

- Riggs, S. E., Grant, P. M., Perivoliotis, D., y Beck, A. T. (2010). Assessment of cognitive insight: a qualitative review. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 338-350. doi: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbq085>
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-55.
- Rodríguez, G., Gil, J., y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rogers, Carl (1953). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Londres: Constable.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11838>
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18(3), 255-286 doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.18.num.3.2013.12925>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 17(3), 185-203. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 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(4-5), 558-565. doi: 10.1080/10503300802621180
- Schröder, T., Orlinsky, D., Rønnestad, M. H., y Willutzki, U. (2015). Psychotherapeutic process from the psychotherapist's perspective. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken. (Eds.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome*, (pp. 351-365). Viena: Springer.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., y Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19(6), 690-710. doi: 10.1521/pedi.2005.19.6.690

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., y Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? the metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261. doi: 10.1002/cpp.362
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G., y Stiles, W. B. (1992). Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2(4), 253-272.
- Silberschatz, G., Fetter, P. B., y Curtis, J. T. (1986). How do interpretations influence the process of therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 646-652 doi: 0022-006X/86/100.75
- Smith, N., Freeman, D., y Kuipers, E. (2005). Grandiose delusions: an experimental investigation of the delusion as defense. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(7), 480-487. doi: 10.1097/01.nmd.0000168235.60469.cc
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.174>
- So, S. H., Freeman, D., Dunn, G., Kapur, S., Kuipers, E., Bebbington, P., ... y Garety, P. A. (2012). Jumping to conclusions, a lack of belief flexibility and delusional conviction in psychosis: a longitudinal investigation of the structure, frequency, and relatedness of reasoning biases. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 129-139. doi: 10.1037/a0025297
- 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].
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stiles, W. B. (1979). Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*, 42(1), 49-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00332747.1979.11024006>
- Stiles, W. B. (1980). Measurement of the impact of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(2), 176-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.48.2.176>

- Stiles, W. B. (1985). Measuring roles in service encounters: The verbal exchange structure. *The Service Encounter*, 213-223.
- Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(1), 27.
- Stiles, W. B. (1989). Assimilation of problematic experiences. Panel presentado en el *Third European Conference of the Society for Psychotherapy Research*, Bern, Suiza, Septiembre.
- Stiles, W. B. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 593-618. doi: 10.1016/0272-7358(93)90048-Q
- Stiles, W. B. (1994). Drugs, recipes, babies, bathwater, and psychotherapy process-outcome relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 955-959. doi: 10.1037//0022-006X.62.5.955
- Stiles, W. B. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503309912331332561>
- Stiles, W. B. (1999b). Suppression of continuity-benevolence assumptions (cbs) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression: comment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 268-273. doi: 10.1037/h0087847
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). Nueva York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2003). When is a case study scientific research. *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6-11.
- Stiles, W. B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 85-93. doi: 10.1080/09515070500136868
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2), 122-127. doi: 10.1080/14733140701356742

- Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9-22. doi: 10.14713/pcsp.v5i3.973
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 50(1), 33-41. doi: 10.1037/a0030569
- Stiles, W. B. (2015). Theory building, enriching, and fact gathering: Alternative purposes of psychotherapy research. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken. (Eds.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome*. (pp. 159-179). Viena: Springer.
- Stiles, W. B., y Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. En J. Frommer y D. L. Rennie (Eds), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112-127). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stiles, W. B., y Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: a theoretical perspective. En L.G. Castonguay y C. Hill. (Eds), *Insight in psychotherapy*, (pp. 101-118). Washington: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/11532-005>
- Stiles, W. B. y Osatuke, K. (2000). *Assimilation analysis*. Material sin publicar. Workshop presentado en el Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Ravenscar, North Yorkshire, Inglaterra.
- Stiles, W. B. y Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 521-543. doi: 10.1016/0272-7358(89)90007-X
- Stiles, W. B., y Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 942-948. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>
- Stiles, W. B., y Wolfe, B. E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 155-165). Nueva York: Oxford University Press.

- Stiles, W. B., Caro, I., y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, 53(3), 268-272. doi: 10.1037/pst0000061
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., y Knobloch, L. M. (1999). Treatment process research methods. En P.C. Kendall, J.N. Butcher, y G.N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 364-402). Nueva York: Wiley.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439-458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., y Haw, S. (1987). *Manual for assessing assimilation of problematic experiences in psychotherapy sessions*. Working paper, MRC/ESRC Social and Applied Psychology Unit, University of Sheffield, Sheffield, UK.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., y Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. y Harper, H. (1994). Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails. En Russell, R. L. (Ed.), *Reassessing psychotherapy research*, (pp. 36-64). Nueva York: Guilford Press.
- Stiles, W., Barkham, M., Shapiro, D., y Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 2(2), 112-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503309212331332894>
- Stiles, W., Meshot, C., Anderson, T., y Sloan, W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2(2), 81-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503309212331332874>
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Sloan, W. W., Jr., y Anderson, T. M. (1989). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. Ponencia presentada en el Society for Psychotherapy Research Meeting, Toronto, Ontario, Canada. Junio.
- 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.

- H. Hermans y G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., y Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(5), 889-893. doi: 10.1037//0022-006X.65.5.889
- 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), 1-13. doi: 10.1111/j.2044-8341.1995.tb01809.x
- 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: Theory, Research, Practice, Training, 28*(2), 195-206. doi: 10.1037/0033-3204.28.2.195
- 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*(3), 411-420. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.411
- 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*(4), 408-421. doi: 10.1080/10503300500288829
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., y Branchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Northvale: Jason Aronson.
- Tang, T. Z., y DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(6), 894-904. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.894>
- Tas, C., Brown, E. C., Esen-Danaci, A., Lysaker, P. H., y Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 46*(8), 1086-1092. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.027>

- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significado*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, E., Jouriles, E. N., Brown, R., Goforth, K., y Banyard, V. (2016). Narrative writing exercises for promoting health among adolescents: Promises and pitfalls. *Psychology of Violence, 6*(1), 57-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000023>
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. M., y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina U. Barcelona, 12*, 233-238.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés, 13*(2-3), 163-176
- Travagin, G., Margola, D., y Revenson, T. A. (2015). How effective are expressive writing interventions for adolescents? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 36*, 42-55. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.003.
- Vañó, R. (2012). *Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia*. (Trabajo final de master). Universidad de Valencia, España.
- Vañó, R., y Caro, I. (2015). Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia. *Boletín de Psicología, 113*, 49-70.
- Varvin, S. y Stiles, W. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research, 9*(3), 381-404.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud, 10*(1), 59-81.
- Vohs, J. L., y Lysaker, P. H. (2014). Metacognitive mastery and intrinsic motivation in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 202*(1), 74-77. doi: 10.1097/NMD.0000000000000063
- Vohs, J. L., Lysaker, P. H., Liffick, E., Francis, M. M., Leonhardt, B. L., James, A., ... y Breier, A. (2015). Metacognitive capacity as a predictor of insight in first-

episode psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), 372-378.
doi: 10.1097/NMD.0000000000000291

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., y Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, " all must have prizes.". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
doi: 10.1037//0033-2909.122.3.203

Warman, D. M., Martin, J. M., y Lysaker, P. (2013). Jumping to conclusions and delusions: the impact of discussion of the bias on the bias. *Schizophrenia Research*, 150(2), 575-579. doi: <http://doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.003>

White, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*, 1, 45-76.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ANEXO.

Anexo. Marcadores de la APES.

Nivel 0. Evitación.

El contenido no está formado, el cliente no se da cuenta del problema. **No se habla del problema. El cliente no trabaja en el problema.**

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

Por ejemplo, el Terapeuta hace una interpretación y el Cliente la ignora.

Afecto mínimo en el nivel 0, donde hay una exitosa evitación; afecto negativo vago (sobre todo ansiedad) se asocia con los niveles 0.1 – 0.9. La voz problemática se expresa de forma que molesta, por ejemplo, a través de síntomas somáticos, recuerdos intrusivos, “acting out”, abuso de sustancias o dificultades en las relaciones interpersonales.

Marcadores:

Síntomas somáticos: los expresa espontáneamente el cliente. La voz problemática se expresa a través de una queja somática: “*siento un nudo en la garganta*”, “*me gustaría decirlo, pero no estoy durmiendo mucho*”.

Nivel 1. Pensamientos no deseados.

Control Evitación.

El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello, los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el cliente cambia de tema, algo así como “*tengo que ser duro y no pensar en esto*”.

El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos: ansiedad, miedo, cólera, tristeza. 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 el *top-dog*. Miedo de perder el control. Las situaciones externas son la causa del problema y no el conflicto interno. Pueden admitir que están evitando.

Hay afecto negativo, pero el cliente niega un problema. El problema surge y el cliente lo evita.

Marcadores:

Negatividad minimizada: Se da un aspecto negativo de uno mismo, pero inmediatamente se disminuye o se niega tal aspecto. La comunidad de voces dominantes del cliente suprime la voz problemática.

Ejemplo: “*Temo admitirlo, pero mi familia no estaba muy unida..., pero hay muchas que no lo están, por qué es tan importante que me acepte toda la familia*”.

Evitar la responsabilidad: El cliente se focaliza en acontecimientos o decisiones fuera de su control, o no se hace responsable de los acontecimientos en su rango de control. La voz dominante quiere evitar la voz problemática.

Ejemplos: “*Hago mis ejercicios de relajación sola, pero el teléfono sigue molestándome*”, “*Ojalá no estuviera así, no se lo tendría que decir*”

Lenguaje que marca distancias: el cliente usa 2ª y 3ª persona, en lugar de 1ª persona, cuando discute de sus propios problemas. El cliente no se da cuenta que el lenguaje usado aparta la voz problemática de la dominante de la comunidad.

Ejemplo: “¿*Qué dirías?: que la gente no puede hacer su trabajo sin ayuda.*”

Sentirse sorprendido por su propia reacción: el cliente se sorprende por su reacción ante un acontecimiento y no le gusta. La voz dominante de la comunidad se suprime por el surgimiento de la voz problemática.

Ejemplo: “*Sabía que no era el mejor momento para hablar con mi padre: simplemente fue una estupidez.*”

Miedo a la pérdida del funcionamiento adaptativo: el cliente expresa el miedo de perder su habilidad para funcionar en sus actividades cotidianas. La voz dominante expresa su miedo porque la comunidad teme perder la habilidad para funcionar en la vida cotidiana.

Ejemplo: “*Estoy intentando controlarme, pues si no lo hago no podré trabajar y si no lo hago eso me añadirá más presión.*”

Evitación: evitar algo o alguien, problemas, pasar de todo, evitar afrontar algo o darse cuenta de cuál es el problema. “Debería” generales (“*debería pasar de todo*”) sin referencia explícita al problema (a la voz no dominante), cuando la hay es un nivel 2 (Reconocimiento vago). Hay que entender los “debo” o “debería” en el sentido de supresión como respuesta a una pregunta del terapeuta. Juzgar en el contexto, de si el cliente está zanjando un tema porque no quiere verlo, ni hablar de él.

Negar la hipótesis psicológica: el cliente evita hablar del tema criticando la hipótesis psicológica.

Nivel 2. Reconocimiento vago.

El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad.

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

El cliente está molesto pero no puede clarificar el problema. La nueva voz desequilibra al individuo.

El cliente puede hablar de su problema sin necesidad de que el terapeuta lo centre. El mayor peso lo tiene la voz dominante. P.ej. el cliente manifiesta cólera, o enfado hacia alguien, pero nada en lo que se pueda trabajar.

La voz problemática surge en forma de afecto negativo. La idea es que dado que surge la Voz No Dominante, se hace más fuerte la Dominante.

Marcadores:

Sentir emociones dolorosas: el cliente expresa dolor psicológico o informa de acontecimientos recientes que implican emociones dolorosas. Discrepancia entre la voz problemática y la dominante.

Ejemplo: “*Me enfadé mucho con mi madre. Me encuentro mal. Me molesta.*”

Sentirse vulnerable: el cliente, sin defenderse, expresa una emoción negativa sobre un acontecimiento o una acción. La voz expresa afecto negativo, comunicando desesperanza, pesar o resignación. Etiquetas negativas sobre uno mismo.

Ejemplos: *“Me da miedo decírselo a alguien”, “Siento una total desesperanza, pero no va a cambiar”.*

Cambio deseado: el cliente expresa explícitamente un deseo o una necesidad para un cambio intrapersonal o interpersonal. Surge una voz problemática que expresa el deseo de la comunidad de voces de cambiar.

Ejemplo: *“Quiero intentar reparar la comunicación rota con mi madre”, “Quiero tener una casa”*

Dificultad articulando lo que está mal: el cliente dice que algo está mal, pero no puede identificar el problema. Surge una voz problemática del cliente, aunque la voz no tiene el lenguaje para articular la experiencia interna

Ejemplo: *“Tengo problemas para expresarlo con palabras. Sé que hay algo mal, pero no sé lo que es. No sé”.*

Asunto inconcluso con otro significativo: el cliente manifiesta que necesita expresar pensamientos y sentimientos a un otro significativo. La voz problemática surge para expresar un asunto inconcluso con la comunidad de voces.

Ejemplo: *“Siempre me criticaba y me hundía. A veces quería gritarle, pero nunca pude hacerlo”.*

Sentirse atrapado/bloqueado: el cliente expresa que está atrapado, vuelto hacia atrás, o bloqueado para expresar un pensamiento, emoción o acción. El cliente se da cuenta de la voz problemática, pero la comunidad dominante no tiene una conceptualización del problema, ni el *Insight*, para moverse más allá de él.

Ejemplo: *“Tengo miedo al rechazo, miedo de decir que me gustaría ir a tomar una cerveza o lo que sea”.*

Sentirse confundido: el cliente expresa confusión, perplejidad, o sorpresa sobre sus propios pensamientos, sentimientos o acciones. Identifica que una voz dominante está perpleja por el surgimiento de la voz problemática. Problema para entender algo en concreto.

Ejemplo: *“Todavía me duele, pero no tiene sentido”.*

Problema recurrente: el cliente reconoce un problema interpersonal o intrapersonal recurrente. La comunidad de voces reconoce que una voz problemática surge continuamente, pero la comunidad no tiene el *insight* para entender la raíz del problema

Ejemplo: *“Como no tengo nada, eso me ocurre una y otra vez”.*

“Tiranía de los debo”: rechazo de una situación, exigencias, críticas a un 3º en donde se hace evidente la voz dominante que se utiliza para percibir la voz no dominante (está clara la situación problemática sobre la que se hace). Puede ser en sentido afirmativo o negativo. Es decir, sobre cosas que no deben pasar o que deben pasar o sobre cosas que no deben pasar, no se debe hacer, etc.

Estar metido en sus pensamientos: pensamientos concretos que suponen que la VD se hace firme. Ante estos pensamientos el cliente se encuentra mal, pero al no hacer obvia la VD, el cliente no está frente a ella, y luego no se distancia para lograr un *Insight*. Pueden surgir ante una pregunta del Terapeuta: “¿qué pasa por tu cabeza?”

Nivel 3. Enunciar el problema/ Clarificación

Ves lo que pasa y lo que lo impide

El contenido incluye un enunciado claro del problema - algo en lo que se puede trabajar. El cliente enuncia el problema, pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema.

El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico. Los niveles del 3.1 al 3.9 reflejan un trabajo activo, focalizado hacia la comprensión de la experiencia problemática

La experiencia problemática depende del punto de vista severo de la voz dominante, frente a la voz que surge.

Confrontación directa entre ambas voces. La voz no dominante pide atención. Se empieza a ver a la voz dominante desde el punto de vista de la no dominante. Se deja de hablar desde la voz dominante, para hablar sobre la no dominante

El cliente reconoce lo que quiere y por qué no puede. Ambas voces tienen el mismo peso.

Marcadores:

Expresar, después inhibir una necesidad: el cliente expresa o informa de una necesidad y después verbal o conductualmente inhibe esa necesidad. Ambas voces son destacadas: la voz problemática expresa una necesidad, mientras que la dominante de la comunidad inhibe la necesidad o suprime la expresión de la necesidad.

Ejemplo: “*Dando siempre, durante 30 años, cuándo será mi turno, pero eso suena muy egoísta*”.

Manifestando metas incompatibles: la voz problemática y la dominante expresan un deseo y un deseo incompatible uno detrás de otro y en ese orden. Ambas voces son destacadas, la voz problemática y la dominante se contradicen mutuamente sin darse cuenta de ello. “*Quiero esto, pero hago esto*”: hay menos discrepancia entre las voces que en el siguiente marcador.

Ejemplo: “*Me gustaría tener éxito, pero no me siento competente*”

Deseos y deberías conflictivos: el cliente expresa una necesidad emocional, preocupación o meta, y después expresa un deberías conflictivo social o paternal. Ambas voces son destacadas. La problemática se expresa a sí misma y la dominante se opone fuertemente, manifestando un dictado social o paternal. La dominante no se da cuenta de que la voz es social o paterna. “*Quiero esto, pero debo hacer esto*”: gran discrepancia entre las voces.

Ejemplo: “*Me gustaría poder hacer más, levantarme y empezar, pero estoy por ahí tirado y no hago nada*”

Negar la validez de lo que uno dice/piensa/hace, pero seguir pensándolo: Está a las puertas del Insight. El cliente sabe que eso no es válido, y le está quitando importancia a la Voz Dominante.: “*ya sé que yo no debo pensar...*”, pero acto seguido el cliente dice algo que contradice esa negación, por ejemplo, “*pero lo pienso y eso me deprime*”.

Lo que pienso (o he hecho) influye en el problema, o lo que no puedo conseguir o hacer influye: “*no debo hacer las cosas más negativas*”, “*me enfado porque pienso que...*”. Me doy cuenta de que lo que pienso o he hecho me está influyendo en el problema. Es un enunciado general, no se niega o modifica

un pensamiento concreto o conducta concreta, ni los motivos por los que se debe negar dicho pensamiento o es equivocada esa conducta.

Se refiere a condiciones generales, pensamientos y demás conectados con la VND.

Condiciones concretas que hagan obvia la VD, serían:

- 3.5 “*tengo que rendir y eso me causa ansiedad*”
- 3.8: “*tengo que rendir de una manera concreta*”

No hay un “claro”, “*eso me pasa a mí*”, que serían Insights (Nivel 4).

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.

Comprensión empática entre las voces.

La Voz No Dominante que estaba fuera de la conciencia se comunica con la Dominante y expresa un deseo de cooperar. La Dominante se mueve desde la posición de un tirano a un aspecto protector de ella misma, quiere cooperar y se siente bien por eso (*caso de Jan*). El conflicto tiene un nuevo significado. Uso flexible de las voces: discriminar entre ambas voces y sobre lo apropiado de cada una de ellas.

Comprendiendo raíces históricas personales: “*Lo que me pasa es a consecuencia del pasado ESTE ES EL QUÉ Y EL POR QUÉ DEL PROBLEMA*”

Marcadores:

Tomar otros valores como propios: el cliente conecta un problema actual o una necesidad con una opinión anterior o una acción de alguien. La comunidad de voces reconoce que la dominante o problemática es una voz introyectada de otro significativo.

Ejemplo: “*Sí, eso me recuerda el infantilismo de mi madre*”.

Emplear viejas reacciones en una relación actual: los clientes manifiestan que acciones o reacciones en sus relaciones pasadas son semejantes a las acciones o las reacciones en las relaciones actuales. El cliente tiene el Insight de que los sentimientos, pensamientos o conductas se transfirieron de una relación pasada a una actual.

Ejemplo: “*Les chillaría por cualquier motivo, lo mismo que experimentaba con mi madre*”.

Dar un paso atrás para ver mejor: Un cliente no está enredado en el problema o en los obstáculos para resolverlo, el cliente ve esos dos aspectos desde una perspectiva más útil. El cliente tiene el Insight y gana cierta distancia del problema y por tanto, ve la conexión entre la voz problemática y la dominante. “*Me pasa esto por que*”

Ejemplo: “*No lo toleraba más, era como una araña, vivía de forma vicaria a través de mí. Ahora lo veo, pero antes no lo entendía*”.

Juntar las piezas de forma distinta: el cliente formula los aspectos del problema y reconoce el Insight en el problema, diciendo: “*¡Ajá!*”, o “*esto es nuevo*”. Teóricamente, una comunidad de voces, llega espontáneamente a comprender una voz problemática. Un Insight más general.

Ejemplo: “*Ahora me doy cuenta*”, “*Nunca pensé en ello de esa manera*”, “*Es como si tuviera esa barrera vertical, y cuando me sentía a gusto con una persona, dejaba caer la barrera, desaparecía*”

Ajustar lenguaje a ‘hechos’: el cliente se da cuenta de que sus pensamientos no son correctos y al hacerlo reconoce o confirma que está haciendo un error de evaluación, debe minimizar la etiqueta negativa, modifica una etiqueta negativa y ve que no es cierta, niega lo que piensa porque no hay hechos, se da cuenta que las cosas dependen de condiciones, etc.

Reconocer que las cosas dependen de condiciones: “*y porque tengo que rendir de una forma concreta estoy mal*”.

Darse cuenta que debe aceptar hechos o algo que hizo el cliente.

Si la terapeuta pide conclusiones y fuerza una aceptación de hechos.

Nivel 5. Aplicación/ Elaboración (Working Through)

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*” (“*businesslike*”), *optimista*. Niveles del 5.1 al 5.0 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 cliente toma de comportarse de forma distinta.

Marcadores:

Decide actuar de forma diferente: el cliente manifiesta su decisión de comportarse de forma diferente. La voz problemática y la dominante deciden conjuntamente hacer cambios basados en las necesidades de ambas. Aplicación generalizada de la “*solución*”.

Ejemplo: “*No paro de decir, que es mi hora, no es que no me preocupen los demás, sino que yo soy primero*”, “*Pensar así no tiene sentido y voy a dejar de pensar así*”.

Bastante, pero no todavía resolviendo el problema: el cliente reconoce que está intentando una nueva conducta. Un cliente intentando resolver una experiencia problemática, aplica el Insight al problema, pero sin éxito completo. Explorando posibles soluciones: aplicar el Insight a situaciones, pero no ha tenido éxito. También puede ser efectos de la RESOLUCIÓN que se manifiestan en sesión.

Ejemplo: “*Estoy aceptando cosas, supongo que no debería ser tan duro, intentaré no ser tan duro conmigo*”, “*T: puedes expresar lo que quieres ante el; C: Sí*”

Afirmando necesidades con éxito: el cliente se afirma en una situación interpersonal cuando previamente no lo había hecho. Comunidad reconstituida de voces -la problemática se ha asimilado con éxito en la comunidad. La voz se afirma dentro de esta comunidad reconstituida.

Ejemplo: “*Le dije a mi marido, estoy hambrienta y vamos a comer algo, y le dije, tú vas a hacer esto y yo haré esto otro*”.

El cliente dice que va a intentar pensar de forma diferente: siempre que haya un intento de hacer algo diferente es 5, aunque este hacer sea “*una nueva forma de pensar*”

Nivel 6. Solución del problema.

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

El cliente ha practicado la solución fuera de la consulta

Marcadores:

Notando el cambio: los clientes reconocen explícitamente un cambio intrapersonal o interpersonal. El cliente resuelve la experiencia problemática y se da cuenta de la resolución del problema.

Ejemplo: “*Sé que estoy empezando a cambiar, definitivamente estoy empezando a cambiar*”

Alcanzar una solución: el cliente reconoce la solución del problema. Es un reconocimiento genérico de que el cliente ha asimilado con éxito la voz problemática en la comunidad.

Ejemplo: “*Trabajamos juntos, codo con codo en la cocina*”

Sensación de orgullo por hacer algo

Los otros se dan cuenta del cambio

Nivel 7. Dominio/ Maestría.

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

Marcador:

No necesita hablar del tema:

Ejemplo: A una pregunta de la Terapeuta: “*¿quieres que hablemos de X?*”, el Cliente dice: “*no, estoy bien, no lo necesito*”