

EL MODELO DE ASIMILACIÓN COMO UN MODELO INTEGRADOR SOBRE EL CAMBIO TERAPÉUTICO

THE ASSIMILATION MODEL AS AN INTEGRATIVE MODEL ABOUT THERAPEUTIC CHANGE

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Valencia, España

Sergio Pérez Ruiz

Universidad Católica de Valencia. Valencia, España

Restituto Vañó Monllor

Unidad para la Integración de Personas con Discapacidad
Fundación General de la Universidad de Valencia. Valencia, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Caro, I., Pérez Ruiz, S. y Vañó Monllor, R. (2017). El Modelo de Asimilación como un Modelo Integrador sobre el Cambio Terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 105-120.

Resumen

Este trabajo se centra en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas. Dicho modelo es un modelo de corte integrador que nos permite estudiar el proceso de cambio en cualquier enfoque terapéutico y con diversos tipos de pacientes y sujetos. Por ello, expondremos, en primer lugar, los principales conceptos y características del modelo, como por ejemplo, qué significa asimilar, el concepto de voz y de voz no dominante y voz dominante, junto con la descripción de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas. A continuación, se describirán los resultados más destacados alcanzados en tres áreas principales: el estudio del proceso de cambio en pacientes; el proceso irregular y dentado de asimilación y el papel que tiene el terapeuta en dicho proceso. Esta última cuestión se relaciona con el concepto de responsividad y con el concepto de integración asimilativa.

Palabras clave: modelo de asimilación, voz, APES, asimilación integrativa

Abstract

This paper describes the model of assimilation of problematic experiences. This is an integrative kind of model, which could be used to study the process of change in any therapeutic approach and with different kind of patients and subjects. Therefore, we will explain, first, main concepts and characteristics of the model, such as, for instance, what assimilation is, the concept of voice and of nondominant and dominant voice, as well as the Assimilation of Problematic Experiences Scale. Secondly, we will describe the more relevant results found in three main areas: the study of patients' process of change; the irregular and sawtoothed pattern of assimilation and the role of the therapists in this process. This issue is related to the concept of responsiveness and of assimilative integration.

Keywords: assimilation model, voice, APES, assimilative integration



Introducción

Existen muchos modelos en el campo de la psicoterapia que nos permiten explicar y estudiar el proceso del cambio terapéutico. La mayoría de estos modelos se encuadran dentro de un enfoque concreto, y se pueden centrar o bien en factores del paciente, del terapeuta, o de la interacción entre ambos. Cuantas más variables de la ecuación terapéutica incluya el modelo, mejor. A diferencia de estos modelos específicos que formulan el cambio empleando sus propios conceptos, técnicas, etc. existen otros modelos que siguen una perspectiva diferente.

En este sentido, nos centraremos en describir el *modelo de asimilación*, desarrollado por Stiles y cols (Stiles et al., 1990, 1991). Este modelo es un modelo sobre el cambio de tipo integrador. ¿Por qué podemos considerar al modelo de asimilación como siendo integrador? En primer lugar, porque no es prescriptivo y porque por los conceptos y metodología que emplea es posible estudiar el proceso del cambio en cualquier modelo y en un amplio rango de pacientes. Y, finalmente, porque desde el modelo se ha planteado el concepto de *asimilación integrativa* (Honos-Webb y Stiles, 2002) que supone una posibilidad de integración coherente con los principios del modelo de asimilación y en la que es clave el papel del terapeuta. Antes de desarrollar todo ello, debemos exponer algunos de los elementos principales del modelo.

Elementos principales del modelo de asimilación

Las *experiencias problemáticas* son percepciones, intenciones, fantasías, ideas que producen malestar psicológico en los pacientes (Stiles et al., 1990), siendo incompatibles con las formas habituales de pensar, sentir y comportarse de la persona. Es decir, las experiencias se convierten en problemáticas cuando nuestro sí mismo es incapaz de asumirlas. Por ejemplo, si continuamente tenemos éxito en aquellos proyectos que emprendemos, tener una serie de fracasos en dichos proyectos va a suponer una situación que choca con situaciones anteriores de éxito. Entonces, estas situaciones de fracaso se convertirán en situaciones problemáticas porque nuestros recursos habituales del sí mismo no serán capaces de asimilarlas y darles sentido.

De este modo, a través de la asimilación de una experiencia problemática se puede considerar que se hace patente un mecanismo de cambio (Stiles et al., 1990). Inicialmente, la experiencia problemática se evita y gradualmente comienza a aceptarse, al menos parcialmente, hasta que finalmente se integra en el sí mismo en aquellas psicoterapias exitosas, generando sentimientos de dominio y control (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990). La *asimilación* supone, entonces, que el sí mismo acepta una experiencia nueva que previamente no se había podido integrar (Honos-Webb y Stiles, 1998). Este cambio supone un proceso en el que la experiencia problemática se modifica a lo largo de las sesiones, en un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta.

En las primeras formulaciones se consideraba que la experiencia problemática

se integraba en un esquema. No obstante, con posterioridad (Honos-Webb y Stiles, 1998) se pasó a considerar como central el concepto de *voz*. Con ello, el modelo quería hacer patente que las experiencias problemáticas no eran pasivas, sino una parte activa y agente del sí mismo. Así, el modelo de asimilación se acercaba a posturas dialogales sobre el sí mismo (Hermans, Kempen y van Loon, 1992).

El sí mismo como una comunidad de voces

La incorporación del concepto de *voz* (Honos-Webb y Stiles, 1998) expresa metafóricamente el principio teórico de cómo las huellas de las experiencias pasadas tienen una actitud activa en las personas a través de la capacidad del diálogo. Asumirlo implicó una serie de matizaciones en el modelo de asimilación. Así el concepto de *esquema* perdió fuerza al ser asimilado como una *comunidad de voces*, a su vez que el proceso de acomodación y asimilación de la experiencia problemática en el esquema pasó a llamarse *punto de significado* que se caracteriza por un diálogo empático entre las voces anteriormente separadas (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Las incorporaciones que aporta este concepto son, por un lado el concepto mismo de *voz*, que se utiliza de forma genérica, como una metáfora. Al ser una metáfora, este concepto tiene un marcado carácter integrador ya que puede referirse a conceptos propios de otros modelos. Por ejemplo, los pensamientos automáticos de la teoría cognitiva. Este 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. Así, las voces son las huellas dejadas por las experiencias que se pueden reactivar convirtiéndose en agentes activos que pueden ganar la capacidad de hablar y actuar (Caro, 2008). Este concepto se puede emplear en cualquier contexto terapéutico para analizar el contenido de lo tratado y la resolución, o no, del problema.

Por otro lado, las voces se organizan en *comunidades de voces*, que representan las experiencias aceptadas o asimiladas y dan forma al sí mismo, creando un marco de referencia sobre el que las diferentes experiencias futuras nos impactan o afectan. Estas comunidades están conformadas por diferentes voces que tienden a estar interrelacionadas sobre la base de las propias experiencias.

La *Voz No Dominante (VND)* 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 base a su contenido. Para entender este conflicto debemos describir el concepto de *Voz Dominante (VD)* que aparece frente a la *voz no dominante (VND)*. La *VD* refleja la forma habitual de sentir, pensar y actuar ante una determinada experiencia. Es decir, supone un recurso para afrontar, comprender, y dar sentido a nuestras experiencias, dentro de la comunidad de voces que conforman el sí mismo. Por ejemplo, si una persona piensa que debe tenerlo todo controlado (*VD*: control y superación), y comienza a experimentar situaciones que se le escapan, no domina, ni supera, etc., entonces, puede experimentar malestar y

diferentes síntomas de ansiedad (VND: de pronto me pongo nervioso sin saber por qué, y no entiendo que no pueda lograr lo que quiero).

La medición del proceso de asimilación

El proceso de asimilación se considera que pasa por unas fases determinadas que se encuadran y se pueden medir mediante la *Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas* o APES (Stiles et al., 1991). Este proceso de asimilación se divide en ocho estadios analizados mediante la APES (Stiles et al., 1991). Los diferentes valores APES aparecen descritos, brevemente, en el Cuadro 1.

Cuadro 1

Niveles en el proceso de asimilación (Honos-Webb, Stiles, Greenberg y Goldman, 1998, p. 265)

NIVELES DE LA ESCALA APES

NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN

El contenido no está formado; el paciente no se da cuenta del problema. El malestar puede ser mínimo, reflejando una evitación con éxito.

NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN

El contenido son pensamientos molestos. El paciente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. La voz problemática surge en respuesta a las intervenciones del terapeuta o las circunstancias externas y se suprimen o se evitan.

NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO

El paciente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. La voz problemática aparece en la conciencia.

NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN

El contenido incluye un enunciado claro del problema –algo en lo que se puede trabajar. Las voces opuestas están diferenciadas y pueden hablar entre ellas.

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. Las voces se comprenden mutuamente (se desarrolla un puente de significado)

NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN

La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El paciente puede considerar alternativas o cursos de acción seleccionados sistemáticamente. El tono afectivo es positivo, está centrado en el problema, optimista.

NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

El paciente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. A medida que el problema desaparece, el afecto se convierte en más neutral.

NIVEL 7. DOMINIO

El paciente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es

bastante automática, no destacada. El afecto es neutral (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse).

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

Un elemento clave en la comprensión del modelo tiene que ver con que el proceso de asimilación implica, inicialmente, evitación y dolor, pasando por comprensión, hasta dominio y control. De un modo más detallado el modelo implica una secuencia de trabajo, presente en las psicoterapias exitosas, que se puede concretar en función de reacciones afectivas, características y descriptores de los niveles APES e impactos terapéuticos (Stiles et al., 1990). Todo ello nos aparece recogido, a modo de resumen, en la Figura 1.



Figura 1. Proceso de asimilación de una experiencia problemática, reacciones afectivas e impactos terapéuticos asociados. Fuente: Stiles et al., (1990).

Debemos señalar, tal y como puede verse también en la Figura 1, que conforme va transcurriendo la asimilación de la experiencia problemática se va sucediendo paralelamente una secuencia de reacciones afectivas asociadas a cada uno de los estadios de asimilación (Stiles et al., 1991). Además, el modelo sugiere que los pacientes siguen una secuencia de desarrollo regular en la que la experiencia problemática se atiende, reestructura, entiende y resuelve cuando el tratamiento ha

sido eficaz y satisfactorio (Stiles, 2001).

La perspectiva que plantea el modelo de asimilación a través de la APES nos ejemplifica su carácter integrador en relación al cambio terapéutico ya que acoge elementos afectivos, cognitivos y comportamentales por igual. Aunque podemos hablar de que según el nivel APES podremos apreciar mejor elementos de un tipo u otro, lo cierto es que el cambio terapéutico, entendido como cambio en las experiencias problemáticas va a suponer la interacción entre estos niveles y con el afecto recorriendo a todos ellos (véase Figura 1).

Así (véase, Cuadro 1), los niveles afectivos son más representativos de los niveles iniciales o más bajos del continuo APES. En los niveles 0 y 1 la experiencia problemática es evitada (con más éxito en el Nivel 0 que en el 1) porque causa un gran malestar. Sin embargo, en el Nivel 2 el surgimiento de la experiencia problemática se hace mediante una fuerte carga afectiva. Tal y como vemos en el Cuadro 1, aparece dolor psicológico agudo y mucho malestar. Los niveles afectivos no desaparecen, pero al pasar a niveles intermedios de la APES (Niveles 3 y 4), el afecto no es tan negativo, o, al menos, se intercala con afecto más positivo consecuencia de dicha comprensión. Podemos considerar que estos niveles intermedios son los niveles típicamente más cognitivos. En este rango de la APES la experiencia problemática se clarifica y se comprende. El paciente es capaz de poner palabras a lo que le pasa y comprender e ir más allá de ello. Sabe lo que le pasa y por qué le pasa. Siguiendo con el continuo APES, se asume que una vez que la experiencia se enmarca y se comprende, el paciente puede ir poco a poco intentando soluciones y aplicando en su vida cotidiana los efectos de dicha comprensión. Por ello, los niveles elevados de la APES representan niveles de tipo comportamental, en donde el paciente emplea con mayor o menor éxito (por ejemplo, en Niveles 5), posibles soluciones. Cuando éstas tienen éxito se considera que la experiencia problemática se ha superado y se busca la generalización a otras situaciones semejantes (Nivel 6). Finalmente, en el nivel 7 (Dominio), la experiencia problemática pasa a formar parte del sí mismo y se convierte en un recurso más.

Principales resultados del modelo de asimilación

Desde sus inicios en los años 90, el modelo de asimilación ha generado distintos estudios, por diversos grupos de investigación y en una gran variedad de enfoques. Esto nos da una idea del estilo integrador del modelo que “soporta” extraordinariamente bien su traspaso a diversos contextos terapéuticos.

Los principales resultados del modelo de asimilación los vamos a relacionar con los tres bloques, a nuestro entender, en donde se han hecho los estudios más destacados. En concreto, describiremos los resultados en relación al estudio del proceso de asimilación en pacientes; el tipo de proceso de asimilación que se produce en distintos enfoques terapéuticos; y, finalmente, nos detendremos en exponer los resultados principales en relación al papel del terapeuta y su relación con el proceso de asimilación.

El estudio del proceso de asimilación en pacientes

Este es el principal campo de trabajo en el modelo de asimilación. La preocupación principal, desde sus inicios, tal y como hemos comentado, radica en describir el proceso de asimilación en pacientes. Para ello, se ha estudiado, fundamentalmente, cómo la asimilación de experiencias problemáticas podía relacionarse con el cambio terapéutico. Se construye, así, un modelo sobre el cambio en relación a cómo un paciente asimila una experiencia problemática, encontrando aspectos comunes en dicho proceso, independientemente del tipo de paciente, del tipo de problema, y del tipo de enfoque terapéutico (Stiles, 2002, 2005).

De manera que con estos resultados y con su interés desde sus inicios, el modelo de asimilación nos acerca al cambio en cualquier enfoque, permitiéndonos, de forma integradora, definirlos, diferenciarlos, y compararlos. El modelo se ha estudiado en diversos *enfoques terapéuticos*: terapia lingüística de evaluación (Caro, 2003a, 2003b, 2007, 2011), terapias experienciales (Goldsmith, Mosher, Stiles y Greenberg, 2008; Honos-Webb et al., 1998; Mosher, Goldsmith, Stiles y Greenberg, 2008; Osatuke, Glick, Stiles, Greenberg, Shapiro y Barkham, 2005) y terapia centrada en las emociones (Mendes et al., 2016; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016), psicodinámicas (Reid y Osatuke, 2006; Stiles et al., 2006), así como desde enfoques cognitivo-comportamentales (Osatuke, Mosher, Goldsmith y Stiles, 2007), y terapia breve estratégica (Pérez y Caro, 2016), entre otros.

De forma general, el resultado que debemos destacar, en primer lugar, nos permite relacionar cambio terapéutico con progreso en la asimilación. De esta manera, se ha encontrado de forma sistemática que cuando un paciente mejora, desde una perspectiva estándar de comparación pretest-postest, se van a encontrar niveles elevados de asimilación, medidos con la APES (véase un resumen en Stiles, 2002). Al igual que podemos hacer dicha conexión, la contraria también es posible. Es decir, dificultades para el cambio van asociadas con problemas y dificultades en el proceso de asimilación (Caro, 2006; Detert et al., 2006). Y esto es así en distintos tipos de terapias y con distintos tipos de pacientes, como ya hemos comentado.

Estos estudios han permitido descubrir que los pacientes responden de un modo diferente a un tipo de tratamiento u otro en función del nivel APES en el que se encuentra su problema (Stiles, 2001, 2002). Es decir, básicamente, en función de con qué nivel de asimilación aparecen sus principales experiencias problemáticas al comienzo de la terapia. Los diferentes enfoques terapéuticos se centran en estadios diferentes a lo largo del proceso de asimilación y activan recursos distintos según el nivel APES en el que se encuentra el paciente. Entraremos en ello más adelante.

Los estudios anteriores se han hecho analizando mediante la APES sesiones de terapia transcritas. Pero, igualmente, es posible estudiar el proceso de asimilación en narraciones que escriben los sujetos sobre sus principales experiencias problemáticas (Allepuz, Caro, Rojo y Yera, 2014; Vañó y Caro, 2015). Y también se ha trabajado desde este enfoque en contextos no terapéuticos, por ejemplo, el

trabajo de Henry, Stiles y Biran (2005) sobre el proceso de asimilación en personas inmigrantes, en el que se buscaba describir cómo se integran las voces de dos culturas, la actual y la nativa.

Siguiendo con las posibilidades de adaptar el modelo de asimilación a cualquier contexto clínico, debemos señalar que el tipo de pacientes estudiados ha sido muy diverso. Así, se han estudiado con el modelo de asimilación, problemas de ansiedad (Caro, 2007, 2011; Meystre, Kramer, Roten, Despland y Stiles, 2014; Penttinen y Wahlström, 2012; Pérez y Caro, 2016; Stiles et al., 1992), psicosis (Osatuke, Reid, Stiles, Kasckow y Mohamed, 2011; Vañó y Caro, 2015), trastornos depresivos (Brinegar, Salvi, Stiles y Greenberg, 2006; Caro, 2003b; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1999; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy y Shapiro, 2011), trastornos de la personalidad (Humphreys, Rubin, Knudson y Stiles, 2005; Meystre, 2010; Osatuke y Stiles, 2006), afrontamiento del cáncer (Allepuz et al., 2014), etc.

El proceso irregular y dentado de asimilación

Diversos resultados sostienen que el proceso de cambio refleja una progresión irregular (Stiles, 2005). Es decir, aunque el modelo se presenta como un modelo de tipo evolutivo, este progreso en la asimilación no es continuo. El planteamiento inicial del modelo de asimilación era que cada nivel APES se construiría a partir del anterior, los estadios o niveles no podían saltarse, y su orden no podía modificarse. Es decir, asimilar es un proceso regular que se realiza, como ya se ha dicho, a partir de la construcción de puentes de significado.

Sin embargo, esta secuencia no se ha podido observar tan claramente. La mayoría de los estudios con la APES sugieren que la secuencia de asimilación es irregular. A este respecto, aunque el cambio en terapia está vinculado con el progreso a lo largo del continuo de asimilación, es decir, con pasar de un nivel APES a otro dirigiéndonos gradualmente hacia los valores APES más altos de la escala, esta progresión puede tener momentos en los que se retrocede en la secuencia e incluso producirse saltos entre niveles. En la Figura 2 nos aparece un ejemplo de este proceso dentado de asimilación.

Esta secuencia irregular parece más dentada, con mayores retrocesos entre niveles APES en terapias de corte directivo, como los estudios con terapia lingüística de evaluación y otras terapias cognitivas han mostrado (véase un resumen de todo ello en Caro y Stiles, 2013). Se ha encontrado, igualmente, que el proceso de asimilación, aun siendo irregular, lo es menos en terapias de tipo humanista (Mendes et al., 2016; Osatuke et al., 2005).

Inicialmente, podemos contar con un variado grupo de explicaciones para entender el porqué de este proceso irregular de asimilación (véase un resumen en Stiles, 2005). Sin embargo, recientemente se asume que las principales explicaciones serían dos (Caro y Stiles, 2013). La primera de ellas, la *zona terapéutica de desarrollo próximo* (ZTDP), supondría una generalización de la teoría de Vygotsky sobre el aprendizaje infantil al campo terapéutico (Leiman y Stiles, 2001). Por otro

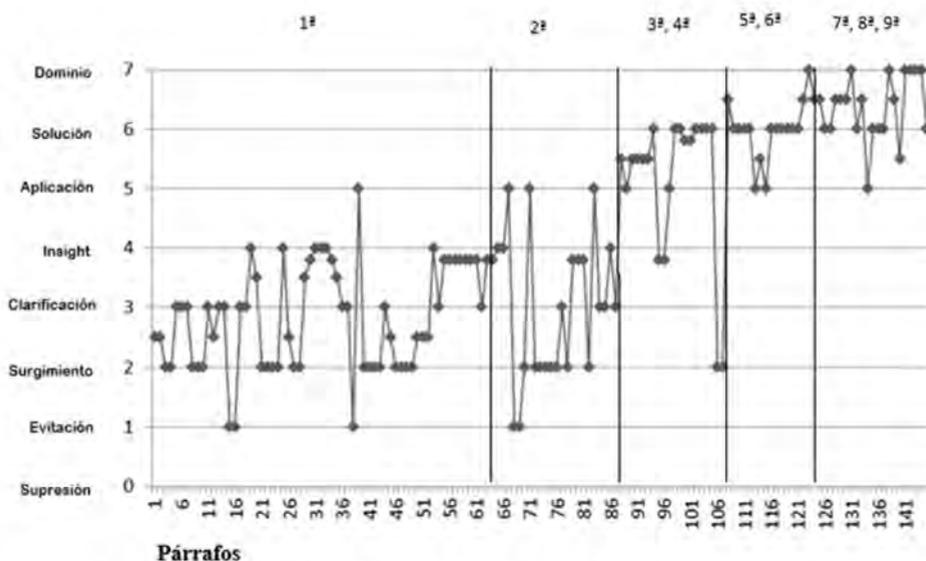


Figura 2. Caso de Olivia: Proceso de asimilación de la experiencia problemática de miedo a la muerte (en Pérez y Caro, 2016)

lado, la *estrategia de la balanza* (inicialmente denominada, *metáfora de la balanza*, Caro, 2003b) describiría este proceso irregular de asimilación a partir de la descripción de procesos de asimilación en la terapia lingüística de evaluación, en un contexto típicamente de trabajo cognitivo.

Desde el modelo de asimilación podemos considerar que el concepto de Vygotsky de *zona de desarrollo próximo* abarcaría desde el nivel actual de un paciente y el nivel que podría alcanzar en colaboración con un terapeuta. Hay que tener en cuenta que la interacción entre paciente y terapeuta se realiza en un entorno donde el terapeuta favorece la transición de la experiencia problemática del paciente 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 paciente 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 paciente 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. Básicamente, el criterio principal supone entender que el retroceso a niveles inferiores de asimilación, medidos con la APES, se debe a que terapeuta y paciente están en distintos niveles de la APES (Leiman y Stiles, 2001). De forma más concreta, el terapeuta lleva al paciente hacia un trabajo terapéutico para el que el paciente no está preparado. Por ejemplo, el terapeuta quiere que el paciente saque una conclusión alternativa tras la finalización

de un debate cognitivo, y el paciente no lo hace, manteniendo su idea distorsionada inicial. En este sentido, podemos considerar como un error terapéutico a resolver, que paciente y terapeuta no estén en la misma zona de desarrollo próximo, es decir, que el terapeuta presione al paciente hacia cambios, o aspectos terapéuticos para los que no está preparado (Stiles, Caro y Ribeiro, 2016).

Por otro lado, los retrocesos pueden reflejar la focalización de la atención, por parte de los terapeutas, en material relativamente menos asimilado. Así, estos retrocesos se podrían explicar mediante la *estrategia de la balanza*. Este concepto se relaciona con diversas acciones terapéuticas que podrían buscar fomentar la reestructuración cognitiva y los cambios lingüísticos, así como equilibrar los logros con otros desafíos (Caro, 2003b) al centrarse en el pensamiento negativo o en evaluaciones erróneas. Caro y Stiles (2013) han elaborado una serie de criterios acerca de los retrocesos en la estrategia de la balanza. Básicamente, los retrocesos entendidos desde esta explicación, suponen que el terapeuta pide al paciente pensamientos o sentimientos negativos (lo cual, normalmente, puede reflejar niveles APES inferiores), y el paciente se los da o manifiesta en sesión. O que el terapeuta le pida al paciente que reflexione sobre cambios o pensamientos alternativos, lo que podría suponer un retroceso en niveles superiores de la APES.

Tanto en un tipo de explicación como en otra, vemos que es un elemento clave que el paciente siga (estrategia de la balanza), o no (ZTDP) al terapeuta en las actividades y objetivos planteados, sesión a sesión. De manera, que es inevitable tomar en consideración el importante papel que tiene el terapeuta en el proceso de asimilación.

El proceso de asimilación y el papel del terapeuta

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 paciente (Caro, Pérez y Llorens, 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 porqué de los retrocesos en terapia, que se relacionan con diversas actividades terapéuticas.

Siguiendo a Stiles (2001), el modelo de asimilación ofrece a los terapeutas un enfoque para personalizar, adaptar y ajustar la relación con el paciente así como sus actividades terapéuticas. El primer bloque que debemos revisar sería, por tanto, los estudios sobre “responsividad”.

1º- Estudios sobre el concepto de responsividad.

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

En base a ello, inicialmente, Barkham et al. (1996) plantearon que el modelo

podría contribuir a la toma de decisiones terapéuticas a dos niveles:

1. 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 paciente.
2. 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 paciente y evaluar informalmente en qué nivel de la asimilación se encuentra.

Por lo tanto, se sugiere efectuar un trabajo exploratorio y evocativo, más propio de las terapias experienciales y psicodinámicas, para mover al paciente desde la parte izquierda del continuo hacia la derecha, es decir cuando la experiencia es rechazada o no asimilada (véase, Figura 1). En cambio, si el paciente viene con un problema claramente formulado podemos empezar a trabajar desde la mitad del continuo desde enfoques cognitivos o comportamentales. El terapeuta utilizará unas técnicas de intervención u otras en función del momento de asimilación en el que se encuentre el paciente. Todo ello tiene que ver con el concepto de responsividad.

Así, el trabajo del terapeuta responsivo consiste en monitorizar la situación del paciente (nivel APES, estado atencional y emocional) y elegir el tratamiento más apropiado para sus problemas, siguiendo una estrategia que sea apropiada para sus capacidades actuales (este aspecto está relacionado con el de *Zona de Desarrollo Próximo*; Stiles et al., 1998). Es decir, un terapeuta debe reconocer los déficits del paciente (necesidades, problemas) así como los recursos y debe intervenir tomando en consideración estas cuestiones. Dicho de otro modo, el terapeuta está decidiendo en qué momento proponer una determinada intervención y el modo en que la ejecutará en función de determinadas variables del paciente.

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

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

A partir de estas cuestiones desarrollaron varias posibilidades de integración:

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

Por lo tanto, Honos – Webb y Stiles (2002) recomiendan, en función de la fase de cambio en la que se encuentre el paciente, la utilización de unas actividades terapéuticas u otras. Hardy, Aldridge, Davidson, Rowe, Reilly y Shapiro (1999) extendieron su trabajo a los eventos útiles, prediciendo que, cuando el estilo interpersonal del paciente y sus temas eran respondidos adecuadamente en terapia, el cambio terapéutico se podía producir.

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

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

para proporcionarle seguridad.

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

2º- Estudios sobre el papel del terapeuta en los retrocesos.

Se ha asumido que el terapeuta tiene un papel clave en la asimilación. Dos son las cuestiones principales resaltadas. En primer lugar, para que se produzca la asimilación el paciente debe asumir interpersonalmente las denominadas *voces terapéuticas*, para pasar, después, a asimilarlas intra-personalmente. Es decir, en la interacción paciente-terapeuta se trabajan cuestiones terapéuticas importantes que acaban siendo asimiladas por el paciente (Mosher y Stiles, 2009).

Por otro lado, se ha estudiado el papel de las diversas actividades terapéuticas y su relación, o bien con diversos niveles de asimilación (Caro, Ruiz y Llorens, 2014; Meystre et al., 2014), o bien con los retrocesos en el proceso de asimilación. En el contexto de la terapia lingüística de evaluación se han encontrado actividades, como “exploración” y “desafío de la VD”, que se relacionan de forma diferencial con los retrocesos tanto en casos de éxito (Caro, Stiles y Ruiz, 2016), como de no éxito (Caro y Stiles, en prensa). Estos resultados tienden a coincidir con los encontrados en otros contextos terapéuticos.

Por ejemplo, Ribeiro, Braga et al., (2016) encontraron que la mayoría de transiciones antes de avances o retrocesos venían precedidas por intervenciones donde el terapeuta desafiaba al paciente. A través del Sistema de Codificación de la Colaboración Terapéutica (TCCS – Therapeutic Collaboration Coding System; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvarth y Stiles, 2013), se ha encontrado 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 paciente más allá de esta zona deriva en una invalidación, o rechazo, de las propuestas terapéuticas, es decir, en un retroceso (Mendes et al. 2014; Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016).

En consecuencia, la capacidad de respuesta del terapeuta (responsividad) 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 paciente (Ribeiro, Braga et al., 2016; Ribeiro, Cunha et al., 2016). Así, los retrocesos van a ser 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).

Conclusión

Uno de los elementos principales del modelo de asimilación que queremos señalar para concluir es que el modelo se plantea como un modelo de construcción

teórica en base a estudios de casos (*theory-building case studies*; Stiles, 2007). Esto supone asumir que el modelo puede ir evolucionando y modificándose a medida que nuevos estudios aportan elementos convergentes o divergentes con los planteamientos iniciales. Al ser un modelo de corte integrador se facilita esta construcción de la teoría, ya que cada enfoque y tipo de paciente estudiado va a enriquecer el modelo desde otras perspectivas.

Al margen de esta cuestión, pero en relación al bloque de resultados principales que aquí hemos reseñado, nos gustaría focalizar la atención, de nuevo, en las características de la APES. El proceso de cambio es consecuencia de un proceso complejo en el que el paciente trabaja, elabora y modifica sus principales experiencias problemáticas. Y este proceso integra, por necesidad, elementos afectivos, cognitivos y comportamentales. No sólo debemos entrar en contacto con lo que nos pasa y nos preocupa, aunque nos cause dolor, sino que debemos comprenderlo y actuar de forma diferente. Este planteamiento básico del modelo de asimilación, estructurado mediante la APES, confiere al modelo la posibilidad de emplearlo para estudiar el cambio en distintos enfoques terapéuticos.

Referencias bibliográficas

- 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, 56-69. doi: 10.6018/analesps.30.1.153991
- Barkham, M., Stiles, W. B., Hardy, G. E. y Field, S. D. (1996). The assimilation model: theory, research and practical guidelines. En W. Dryden (Ed.), *Research in counselling and psychotherapy*, (pp. 1-24). Londres, Reino Unido: Sage Publications.
- Brinegar, M.G., Salvi, L.M., Stiles, W., y Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counselling Psychology*, 53, 165-180. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.165
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia. *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452. doi:10.1080/10503300600743897
- Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: ¿Cómo asimiló María la sensación de ser una carga? *Boletín de Psicología*, 89, 47-73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology*, 21, 151-172. doi: 0.1080/10720530701853735
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 169-188.
- Caro, I., Pérez Ruiz, S. y Llorens Aguilar, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27, 217-240. doi: 10.1080/09515070.2013.877419
- Caro, I. y Stiles, W.B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23, 35-53. doi: 10.1080/10503307.2012.721938
- Caro, I., Stiles, W.B. y Pérez, S. (2016) Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process, *Psychotherapy Research*, 26, 653-664. doi: 10.1080/10503307.2015.1104422
- Caro, I. y Stiles, W.B. (en prensa). Therapist activities preceding therapy setbacks in a poor-outcome case. *Counselling Psychology Quarterly*. Recuperado de: doi: 10.1080/09515070.2017.1355295

- Deter, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. y Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good – and poor – outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: an initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*, 393-407. doi:10.1080/10503300500294728
- Goldsmith, J. Z., Mosher, J. K., Stiles, W. B., y Greenberg, L. S. (2008). Speaking with the client's voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate assimilation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7*, 155-172. doi: 10.1080/14779757.2008.9688462
- Hardy, G., Aldridge, J., Davidson, C., Rowe, C., Reilly, S., y Shapiro, D. A. (1999). Therapist responsiveness to client attachment styles and issues observed in client – identified significant events in psychodynamic – interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 36-53. doi: 10.1093/ptr/9.1.36
- Henry, H., Stiles, W.B., y Biran, M.W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 109-119. doi: 10.1080/09515070500136819
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G., y van Loon, R.P.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist, 47*, 23-33. doi: 10.1037/0003-066X.47.1.23
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy, 35*, 23-33. doi: 10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., y Stiles, W.B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*, 406-420. doi: 10.1037/1053-0479.12.4.406
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W.B., y Greenberg, L.S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: the case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 448-460. doi: 10.1037/0022-0167.46.4.448
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S., y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 8*, 264-286.
- Humphreys, C.L., Rubin, J.S., Knudson, R.M., y Stiles, W.B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 121-132. doi: 10.1080/09515070500136488
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*, 277- 295. doi: 10.1111/cpsp.12107
- Leiman, M. y Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*, 311-330. doi: 10.1080/ 713663986
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W.B., Caro, I., Gomes, P., Bato, 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*, 638-652, doi:10.1080/10503307.2015.1136443
- Meystre, C. (2010). Assimilation process in a psychotherapy with a client presenting schizoid personality disorder. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 161*, 128-134.
- Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J.N., y Stiles, W. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*, 29-41. doi: 10.1080/14733145.2013.782056
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W.B. y Greenberg, L. S. (2008). Assimilation of two critic voices in a person-centered therapy for depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7*, 1-19. doi: 10.1080/14779757.2008.9688449
- Mosher, J.K. y Stiles, W.B. (2009). Clients' assimilation of experiences of their therapists. *Psychotherapy, 46*, 432-447. doi: 10.1037/a0017955
- 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*, 95-108. doi:10.1080/09515070500136900
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z. y Stiles, W. B. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 153-164. doi: 10.1002/jclp.20338
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, S. Z., y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research, 21*, 41-53. doi:10.1080/10503307.2010.508760
- Osatuke, K. y Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: an elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 287-319. doi: 10.1080/10720530600691699

- Osatuke, K., Stiles, W.B., Barkham, M., Hardy, G.E., y Shapiro, D.A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, *190*, 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001
- Penttinen, H. & Wahlström, J. (2013). Progress in assimilation of problematic experience in group therapy for social phobia: A subgroup analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*, 123-132. doi: 10.1007/s10879-012-9227-3
- Pérez, S. y Caro Gabalda, I. (2016). Assimilation of problematic experiences in brief strategic therapy: Olivia and her fear of dying. *Estudios de Psicología*, *37*, 16-31. doi: 10.1080/02109395.2016.1204785
- 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*, *79*, 539-555. doi: 10.1348/147608305X90467
- 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*, 681-693. doi:10.1080/10503307.2016.1197439
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A.S., Stiles, W.B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., 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*, 665-680. doi:10.1080/10503307.2016.1208853
- 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*, 1-21. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, *38*, 462 - 465. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works* (pp. 357-365). Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, *18*, 85-93. doi: 10.1080/09515070500136868
- Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, *7*, 122-127. doi: 10.1080/14733140701356742
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology Science and Practice*, *16*, 86-91. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x
- Stiles, W. B., Caro, I., y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, *53*, 268-272. doi: 10.1037/pst0000061
- Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, *2*, 112-124. doi: 10.1080/10503309212331332894
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F.R., Shapiro, D.A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, *27*, 411-420. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., y Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 1213-1226. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1213::AID-JCLP4>3.0.CO;2-1
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 439-458. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N.B. y Llewelyn, S. P. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, *16*, 408-421. doi: 10.1080/10503300500288829
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., y Firth-Cozens, J., (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, *28*, 105-206. doi: 10.1037/0033-3204.28.2.195
- Vañó, R., & Caro, I. (2015). Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia. *Boletín de Psicología*, *113*, 49-70.