

LA APLICACIÓN DE LA ESCALA DE ASIMILACIÓN DE EXPERIENCIAS PROBLEMÁTICAS Y SUS CONTRIBUCIONES PARA EL ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

APPLICATION OF THE ASSIMILATION OF PROBLEMATIC EXPERIENCES SCALE AND ITS CONTRIBUTIONS TO A CLINICAL CASE STUDY

Lutiana Ricaldi da Rosa*

Resumen

El presente estudio se centra en el análisis de un caso clínico utilizando como instrumento la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas–APES. Esta escala fue desarrollada por Stiles y sus colaboradores (1990/1991 en Gabalda, Serrano, Fauls & Sabater, 2011), y tiene por finalidad identificar el momento concreto en que se encuentra el paciente en el proceso terapéutico, con el fin de guiarlo en sus subsiguientes fases de intervención. El caso elegido se refiere a la transcripción de la 13ª sesión clínica de un paciente de sexo masculino, de 23 años y consumidor de drogas. De acuerdo con la secuencia narrativa del paciente se verifica que este se encuentra en el nivel 4 del proceso terapéutico (Numeración 3. Enunciar el Problema/Clarificación), que se caracteriza por el enunciado del problema, menos influenciado por las voces dominantes en cuanto a colocarse en posición de sacrificio.

Palabras clave: proceso terapéutico, drogadicción y defensas.

Summary

The present study centers on the analysis of a clinical case using the Assimilation of Problematic Experiences Scale–APES. The scale was developed by Stiles and his collaborators (1990/1991 in Gabalda, Serrano, Fauls & Sabater, 2011). The purpose of the scale is to identify the patient’s stage of evolution in the therapeutic process, so that assistance can be provided in subsequent phases of intervention. The chosen case refers to the 13th clinical session of a 23 year–old male drug–abuser patient. The patient’s narrative sequence proves to be in accordance with that described on level 4 of the therapeutic process (Number 3. Problem account / Clarification), characterized

* Psicóloga de la UNISC. Especialista en Psicología Clínica con orientación en Salud Comunitaria de la UFRGS. Especialista en Terapia de Parejas y Familias del CEFI. Doctoranda en Psicología UCES. Dirección: Calle Barão do Ângelo, 376, Barrio Moinhos de Vento (90570–090), Porto Alegre, RS, Brasil. E–mail: ltr.rosa@gmail.com

by problem avowal and by proving less influenced by the dominant voices, in this case as regards the patient placing himself in a sacrificial position.

Key words: therapeutic process, drug addiction, defenses.

Este artículo fue elaborado a partir del interés en desarrollar un estudio focalizado en el análisis de un caso clínico, a partir de la aplicación de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas – APES. Esta escala fue desarrollada por Stiles y sus colaboradores (1990/1991 en Gabalda, Serrano, Fauls & Sabater, 2011) que trabajaron en la perspectiva de comprender el proceso de cambio en cualquier escenario terapéutico. Inicialmente se denominaba *Assimilation of Ideas Scale* (Stiles, Morrison & Haw, 1987), siendo que el nombre actualmente utilizado proviene de su primera publicación (Stiles, 1991).

Aunque la mayor parte de los trabajos con APES haya sido fundamentada a través de metodología cualitativa, esta también permite estudios cuantitativos. Stiles (2003) señala que la APES se muestra convincente debido a que responde a lo que pretende observar, principalmente en una gama de investigaciones intensivas sobre estudios de caso. De este modo, si lo que fue identificado con la escala se ajusta a lo observable, la confianza en la teoría utilizada gana fuerza o es refutada.

Según Gabalda e Cols. (2011 en Stiles, Shapiro, Harper & Morrison, 1995; Norcross, 2002; Castonguay & Beutler, 2006), este modelo pretende informar el momento concreto en que se encuentra el paciente en el proceso terapéutico, a fin de guiarlo en sus subsiguientes fases de intervención. Puede ser utilizado tanto en contextos terapéuticos y no terapéuticos de la intervención psicológica o de la investigación, siendo reconocido por su validez y prestigio en el campo científico.

Freud (Castiel, S.; Sibemberg, A.; Firpo, L.; Silva, R., 2012) afirmaba que el funcionamiento psíquico lidiaría con cantidades de energía en estado fluido de origen externo e interno, colocándolo en funcionamiento. Por lo tanto, las excitaciones neuronales acarrearían la necesidad de fundar estructuras capaces de dar cuenta de la transmisión interna y descarga adecuada de las cantidades de energía. Esto significa que nuestro psiquismo está envuelto de energía y movimiento, dos características que son incesantes, inquietantes y perturbadoras; siendo lo contrario de esto, la muerte. Por lo tanto, la vida está relacionada a la tensión, a la incomodidad, al reubicarse, al cambiar de lugar.

Paradójicamente a esto, Stiles et al. (1990) resaltan que existen determinadas experiencias vivenciadas por las personas, que son percibidas con alto grado de malestar, siendo consideradas problemáticas, al punto de desequilibrar emocionalmente. Representan cualquier percepción, intención, impulso, actitud, deseo, fantasía o idea que causa malestar psicológico cuando aparece en la conciencia o se pone en acción. Estas

experiencias ocurren reiteradamente como respuesta a una variedad de acontecimientos interpersonales, pero son incompatibles con las formas usuales de pensar y actuar del individuo.

Las expresiones de los problemas van difiriendo con el tiempo, no obstante, las experiencias personales dejan marcas que pueden ser reactivadas por situaciones de significados relacionadas con ellas. Pensamientos, sentimientos y acciones tienden a resurgir en circunstancias relacionadas, a partir de marcas que se ligan a nuevas experiencias. Para luchar contra este malestar son accionados mecanismos de defensa a través de la selección de un conjunto de operaciones inconscientes para enfrentar los conflictos surgidos del mundo interno. Cualquier estructura defensiva, al constituirse como una elección inconsciente de operar, aparta otras posibilidades, lo que produce cierta limitación funcional del ego (Chvatal, Böttcher–Luiz & Turato, 2009).

En ese sentido, las experiencias consideradas problemáticas no son percibidas de forma correcta en la consciencia, manifestándose a través de la negación, de la distorsión o de una forma equivocada de representación, produciendo sentimientos disfóricos o conducta inadaptada. Con base en estos aspectos, el fundamento de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas reside en la estrategia de identificar el cambio de los pacientes al enfrentarse con experiencias sentidas como problemáticas, y cómo estas son procesadas en las sesiones a partir del uso de defensas (Gabalda & Coles, 2011 en Stiles, Meshot, Anderson & Sloan, 1992).

Pensamientos, sentimientos y acciones tienden a reaparecer en circunstancias relacionadas o en nuevas experiencias, a través de temas o voces que describen metafóricamente las marcas dejadas por las experiencias problemáticas. El sentido de una experiencia puede ser experimentado como problemático a partir de creencias que surgen a través de voces internas no dominantes (no usuales) que se enfrentan a voces dominantes (usuales) buscando impedir emociones subsiguientes (Apéndice 1).

Las voces pueden ser reconocidas a través de su intencionalidad, su función, su contenido, su afecto o tipo de emoción expresada, sus disparadores contextuales y patrones de diálogo. Gabalda (2003 en Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011), al analizar acontecimientos significativos de cambio verificó que la resolución de experiencias problemáticas se relacionaba con la asimilación, mientras que la no resolución se relacionaba con dificultades y problemas en la asimilación.

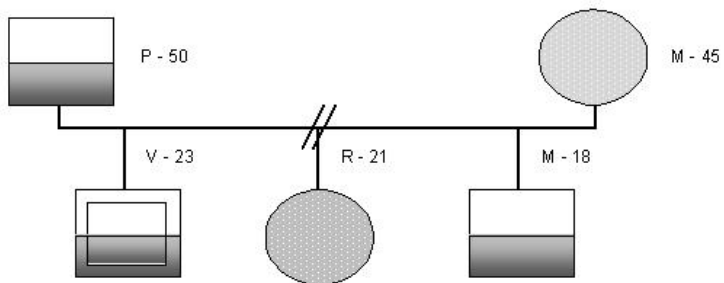
Por lo tanto, estas voces tienden a formar constelaciones que necesitan de una interconexión a través del diálogo. El proceso de ligación de tales experiencias se da a partir de la creación de un puente de significado a estos problemas, que se denomina asimilación. Esto se refiere a actitudes, conceptos y creencias que sirven para conectar las voces y resolver la situación problemática. El proceso terapéutico consiste, por lo

tanto, en la creación de un nuevo esquema que transforma la relación entre la voz no dominante y la voz dominante. El juego dialógico entre las mismas es capaz de acceder a la consciencia y a la carga afectiva, posibilitando el pasaje del extrañamiento a la asimilación de la experiencia problemática, para así ser transformada en recursos y habilidades para enfrentar distintas situaciones (Stiles, 2003; Caro, 2003).

Para Stiles (2003 en Stiles, 2001, 2002; Stiles & Angus, 2001), el fundamento de la APES se basa en familiarizarse con el caso, identificar la voz problemática, extraer fragmentos representativos de esa voz, describir la expresión de la asimilación y cómo esta se va modificando con el tiempo. Este instrumento fue elaborado teniendo en cuenta factores cognitivos, emocionales y conductuales. La integración de estas variables posibilita articular diferencias sistemáticas entre distintos enfoques terapéuticos e identifica el proceso de análisis y mudanza terapéutica de un contenido problemático específico por medio de 8 niveles, numerados de 0 a 7: 0) supresión o disociación, 1) pensamientos no deseados o evitación, 2) reconocimiento vago o surgimiento, 3) enunciación del problema o clarificación, 4) comprensión o *insight*, 5) aplicación o elaboración, 6) solución del problema, y 7) dominio (Apéndice 2).

El presente trabajo se caracteriza por un estudio de caso teniendo como referencia la transcripción de la 13ª sesión clínica de un paciente de sexo masculino, de 23 años y consumidor de drogas. La utilización de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas – APES como instrumento de análisis tiene por objeto identificar el nivel de asimilación del problema y cambio a través de un tema principal o voz dominante.

Descripción del caso y genograma



V, 23 años, sexo masculino, brasileño, posee nivel secundario completo y trabaja como representante comercial de artículos deportivos. Es el primogénito de una familia con 3 hijos. Sus padres se separaron dos años antes. Él y los hermanos viven con la madre en la misma casa. Busca psicoterapia individual por indicación de la terapeuta de la madre. Se observa a través de su evaluación inicial que a los 15 años fue derivado para atención

psiquiátrica debido a hiperactividad y agresividad. Se medicó con Rivotril¹ por un mes y luego, en seguida, dejó el tratamiento. V protegió a la madre de diversas amenazas de muerte del padre hacia ella, después de la separación. También fue el responsable por la internación forzosa del padre en una clínica para tratamiento de dependencia de drogas. Por este motivo, el padre fue despedido de la misma empresa en que el paciente trabaja. V es consumidor de alcohol y marihuana desde los 13 años, habiendo hecho uso de cocaína inhalada desde los 18 hasta los 21 años. Solicita psicoterapia debido a ansiedad, irritabilidad, impulsividad, y apoyo para proyectos personales.

En las primeras sesiones, el paciente relata que todos los lunes después de jugar al fútbol se reúne con los amigos para beber y fumar marihuana, que del grupo de 10 personas apenas dos no consumen marihuana, todos beben y él se considera el más fuerte. Recuerda a su padre como una figura fuerte y comunicativa cuando estaba alcoholizado. Después de la separación, su padre se mostró agresivo y muy deprimido. Se dice sentir muy indignado e impotente por percibir que el padre no consigue ayudarse o aceptar algún tipo de tratamiento. V no acepta indicación de tratamiento complementario con un especialista en drogodependencia o psiquiatra para él mismo. Dice tener dudas sobre querer dejar o continuar con el uso de drogas, afirma que tiene interés en abandonar el uso de marihuana y no de alcohol. Refiere que va a utilizar una tabla proporcionada en la terapia para identificar las características de la drogadicción, con el fin de controlar su uso. Evita percibir su omnipotencia como característica que lo deja más vulnerable a fracasar en el control en cuanto al uso de drogas.

En las sesiones subsiguientes, paulatinamente, pasa a comprender que sus expectativas y exigencias no podrán ser atendidas por el padre. Que el padre, de hecho, presenta una fragilidad derivada de sus condiciones de salud. Refiere miedo de repetir los comportamientos del padre en lo que concierne al uso de drogas y a actitudes explosivas o de melancolía.

Descripción de la 13ª sesión clínica

Relata que el viernes estaba en una fiesta con su hermano y que este, alcoholizado y drogado, se involucró en una pelea.² Dice que su hermano se estaba involucrando en muchas peleas debido al uso de drogas, pero por primera vez con intervención policial. Se aproximó al hermano para intentar controlarlo hacia el final de la pelea y su nombre también fue citado en la declaración policial. Pregunto cómo se está sintiendo y qué entiende él de la situación, en relación a su propio uso de drogas. El paciente se muestra preocupado e incómodo con la situación. Dice que tiene miedo de alguna amenaza, pues la persona con quien el hermano peleó sabe todos los datos de ellos. Agrega que cuando comenzó a usar drogas también se ponía irritado y alterado, se involucró en varias peleas, pero la peor había sido con un primo. Cuenta que alcoholizado y dormido, casi

¹ Rivotril es el clonazepan, un tranquilizante del grupo de los benzodiazepínicos.

² El motivo de la pelea se refiere a celos del hermano de la joven con la que salía.

lo ahoga con una lata de cerveza en la boca. Reaccionó orinando sobre el primo. Dice que él y el primo se relacionan bien, a pesar de nunca haberse sentido cerca, ni de sus tíos. Manifiesta que la situación del hermano ha empeorado. Que después que V entregó la marihuana a M, este quedó 50 días en otro estado brasileño drogándose.³ Indico que el uso de drogas solo a veces es percibido como algo negativo, por ejemplo, cuando ocurren daños más graves, como problemas con la policía. V solicita la indicación de un profesional para tratar al hermano. Pregunto con qué tipo de profesional él pretende realizar el tratamiento. V refiere que conversó con el hermano y la madre al respecto y que decidieron que sea con un profesional del área de psicología. Verbaliza que fue a la playa el fin de semana con una chica que empezó a cortejar. Agrega que la conoció en un momento en que había ocurrido un intervalo en su noviazgo. Que la encontró la semana pasada y supo que ella también había terminado una relación. Cuenta que hace 15 días que no usa marihuana, pero sigue utilizando alcohol con agua de forma intercalada. Refiere que descubrió en la playa que la chica con la que está saliendo es consumidora de marihuana. Acota que él no sintió voluntad de usarla. Había otros adictos en la casa de la playa. Cree que cambió bastante en un corto tiempo de terapia. Cuenta que está muy seguro con la decisión de dejar de usar marihuana. Agrega que no siente ganas de usarla cuando está con personas o en ambientes más vulnerables, que se considera fuerte para mantener el control de la droga. Demuestra satisfacción debido a conocer nuevas personas en el curso orientado a ventas y dice que estas personas no tienen contacto con drogas y parecen tener perspectivas de futuro. A pesar de ello, denota confusión al referir que es difícil hoy en día relacionarse con una persona que no tenga algún contacto con drogas. Cuenta que adelgazó 4 kilos y que comenzó a hacer natación, que tiene hábitos más saludables, que está más atento a él mismo y tratando de poner límites a los problemas de la familia que no le corresponde resolver.

Discusión del caso

A partir de este relato clínico, se observa que el paciente V posee como voces dominantes: la fuerza, el sacrificio y el cuidado de los otros. Estas voces se fueron desarrollando de manera preponderante como forma de admiración e identificación con el padre, que era despreocupado, tenía facilidad para establecer relaciones y lograr metas, en los recuerdos de infancia de V, a partir del uso de drogas. Con la irrupción de la separación conyugal de los padres, este pasó a mediar en la relación conflictiva de los mismos. El padre pasó a comportarse de modo violento, amenazando a la madre de muerte y vulnerabilizándose aún más con la bebida. V se resentía con la madre por protegerla de las amenazas del padre. No obstante, esta parecía menos interesada y responsable de los hijos, los cuidados de la casa, evidenciando cierta euforia e individualismo. V, en la condición de hijo mayor, se colocó como el responsable para enfrentar la internación psiquiátrica del padre. Sin saber a quién recurrir, ni a quién pedir ayuda avisó al jefe que inmediatamente echó al padre. Debido a eso, V pasó a asumir las deudas financieras del mismo.

³ Hasta este momento V refería solamente que M había ido a Santa Catarina debido a que el ambiente familiar estaba muy tenso con la separación de los padres.

De acuerdo a la **Tabla 1**, se verifica a través de diálogos del paciente que en el momento en que este adhiere a la terapia, el nivel de asimilación de su experiencia problemática se encontraba en el **nivel 2** de la escala APES que representa **pensamientos no deseados o evitación**. El paciente manifiesta ideas repletas de admiración hacia el padre y presenta dificultades para identificar y verbalizar sobre los trastornos derivados del alcoholismo del mismo. Manifiesta fuertes sentimientos de malestar y frustración, pero evita pensar sobre este sentimiento al enfrentarse con expectativas no correspondidas por la figura paterna. Externaliza bronca y miedo frente a la fragilidad del padre. Se vale de los encuentros con los amigos y el uso de drogas como forma de gratificación. Cree que la droga puede ayudarlo a sentirse mejor. El paciente percibe su incomodidad, pero evita conectarse con los sentimientos. Evita hablar del tema relativo al uso de drogas. Acciona una voz interna dominante que es capaz de resolver las cosas solo y a su manera.

Tabla 1

Nivel	Diálogos
<p style="text-align: center;">Nivel 2 Pensamientos no deseados o evitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mi padre bebe desde que yo era pequeño, ¡para mí él era el mejor! Él era el líder en el fútbol, despreocupado, mucha gente quería estar cerca de él. Cuando él no estaba alcoholizado no era así, era cerrado y triste. Pero hoy él continúa tomando, deprimido, no sé lo que siente, parece distante. ¡Uy, eso es un bajón! Ver al tipo siempre tirado dentro de casa, ¡no debía ser así! • El lunes es día de fútbol y después asado, alcohol y marihuana. Diez siempre se reúnen, siempre y siempre hay asado después del partido. Todos toman, solo dos no fuman marihuana, yo creo que soy el más fuerte. • Mi padre no acepta nada del tratamiento, él se niega a hacer todo lo que le dicen. Él no tiene más trabajo, solo está en casa. Él está viviendo en la casa de mi abuela. • Yo no sé si quiero dejar de usar drogas. Marihuana quiero dejar, pero el alcohol no. • No quiero ir al psiquiatra, ni al especialista en drogodependencia. Creo que puedo controlarlo. Quiero hacer un trato con vos. Voy a usar aquella tabla que me diste para controlar el uso de la marihuana, yo ya estoy hace una semana sin marihuana. Si yo no lo logro, voy al psiquiatra.

Se observa que el paciente, en el transcurso de la terapia pasa al **nivel 3** de la Escala APES que representa **reconocimiento vago o surgimiento**, en el momento en que pasa a identificar y a describir sentimientos de miedo, inseguridad, culpa y rabia asociados a la expresión de palabras referentes a las experiencias que le causan incomodidad, informando que también es muy difícil hablar sobre su

contenido. El paciente se conduce de una forma menos rígida, comenzando a aceptar con más facilidad las intervenciones. El paciente demuestra más confianza para interactuar con la terapeuta y parece sentir más seguridad para pensar sobre sus problemas. Identifica que los cambios generados en la familia le acarrearán muchas responsabilidades que no sabía cómo administrar, que quedó bastante tiempo involucrado con los problemas relacionados a la separación de sus padres y que esto también había sido doloroso para él, manifestando en cierta forma una necesidad de ser cuidado y de recibir atención como hijo. Pasa a enunciar más detalles sobre las características, identificando algunas consecuencias en cuanto al propio uso de drogas, percibiendo su vulnerabilidad en lo que concierne a los factores hereditarios. Persiste en los mismos comportamientos, sin tener claridad respecto de que estos refuerzan sus problemas.

Tabla 2

Nivel	Diálogos
<p>Nivel 3 Reconocimiento vago o surgimiento</p>	<ul style="list-style-type: none">• Para mí, hablar es una cosa muy complicada. Cuando mi padre se separó de mi madre, quedó loco, quería pegarle, la amenazaba con matarla, bebía más todavía. Yo no sabía qué hacer. Resolví internar a mi padre en una clínica de desintoxicación. Luego fui a avisar al jefe de mi padre que él no iría a trabajar algunos días porque estaba en tratamiento. Después de eso, él echó a mi padre. Yo no quería que mi padre perdiera el trabajo. Yo creo que terminé perjudicando a mi padre.• Mi padre tenía muchas deudas, después de la pérdida del empleo yo asumí las deudas de él.• Tengo miedo de ser como mi padre, algunas veces me irrito como él, me pongo ansioso como él, no quiero terminar mal con la droga como él.• Me siento inseguro porque yo percibo que llego muy atrasado al trabajo.• Después que mi madre se separó quedó muy rara, parece que solo piensa en ella. Hacer un plato de comida para nosotros! Ella y nosotros, los hijos, nunca nos reunimos, y eso que vivimos en la misma casa. Ya me cansé de llamar a todos para comer juntos un día, por lo menos.• Es complicado: yo, defendiendo a mi madre para que no sea agredida por mi padre pero ella, también, ahora, vive saliendo.

Específicamente, en cuanto al análisis de la 13ª sesión clínica a través de la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas se verifica que V se encuentra en el **nivel 4** del proceso terapéutico, lo que significa **enunciar el problema o clarificación**. El paciente se encuentra menos apegado a creencias dominantes,

aproximándose a emociones y pensamientos que se manifiestan de forma paradójica. Si antes él actuaba de modo omnipotente, manifestando altas expectativas o colocándose en situación de sacrificio, actualmente, esto parece tener menos sentido. El contenido todavía parece inconexo, pero el paciente se muestra más abierto a enfrentarse con sus problemas. Se siente incómodo con su elección de usar drogas, manifestando preocupación y percibiendo que la continuidad del uso puede incurrir en riesgos de mayor gravedad. Pasa a reconocer que la adicción del padre es un problema de salud, que aun siendo difícil la decisión del tratamiento depende de él mismo. Respecto de la internación del padre, entiende que todavía no tenía la madurez suficiente y que dependía de la opinión de personas más grandes para tomar una decisión tan importante. Reconoce que no fue su intención perjudicar al padre en el trabajo y que el despido depende de otros factores que están fuera de su control. V parece indagarse, aunque de forma confusa, sobre sus propios límites intentando identificar lo que es capaz de controlar, elegir o cambiar en sí mismo.

Tabla 3

Nivel	Diálogos
<p>Nivel 4 Enunciar el problema o clarificación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yo entregué marihuana a mi hermano (...) El fin de semana, él se metió en una pelea con el hermano de la chica con la que estaba saliendo. Yo lo saqué de la pelea. El tipo denunció a mi hermano con la policía. Tengo miedo que suceda alguna cosa, el tipo sabe dónde vivimos. Yo también ya me metí en peleas, pero nunca tuve problema con la policía. • Yo estoy mejor con mi padre y con mi madre, ya no tengo tanto resentimiento. • Yo ya hice todo lo que podía para ayudar a mi padre, pero el que tiene que querer cambiar es él. Él no está en condiciones de cambiar solo, él tiene que hacer un tratamiento. • Yo ya no me estoy preocupando tanto. Yo nunca tuve intención de perjudicar a mi padre. Yo no sabía qué hacer, yo hice lo mejor que podía hacer en esa situación. • Yo siento nostalgia de mi familia, de estar reunidos. Yo entiendo a mi madre, comprendo la decisión de ella. • Yo no fumo marihuana hace más de 48 días, yo creo que estoy logrando controlarme. Yo estoy conociendo mucha gente agradable en el curso, personas que tienen perspectivas de futuro, personas sanas. Ya bajé 4 kilos con la natación, mi ansiedad está bajando. • La chica con la que estoy saliendo es consumidora. Ella consumió el fin de semana, yo no sentí necesidad. Todos los amigos de ella consumen. Es difícil hoy en día relacionarse con personas que no usen drogas.

Consideraciones finales

A partir del presente estudio, se verifica que esta escala presenta facilidad en cuanto a su aplicación, y gran utilidad para identificar puntualmente el nivel de asimilación sobre la experiencia problemática del paciente. Así como contribuye al entendimiento e interpretación contextual de esta asimilación en el transcurso del proceso terapéutico. El contenido manifestado por el paciente, o sea, el dolor, los sentimientos, los pensamientos y las actitudes es material de trabajo para todo terapeuta, independientemente de su línea teórica. Específicamente en lo que concierne a este estudio, que se trató de un caso clínico con utilización de abordaje de abordaje sistémico, la aplicación de la Escala APES demostró ser bastante adecuada.

La aplicación de este instrumento contribuye a la calidad de las intervenciones terapéuticas, ya que facilita la visualización de las defensas utilizadas por el paciente y los nudos críticos que necesitan ser desvelados y empleados para su cambio. A partir del análisis de este caso se percibe que, en la medida en que el paciente pasa a encontrarse con sentimientos y emociones dolorosas, manifiesta reducción en cuanto al uso y satisfacción al consumo de drogas. De esta manera, la Escala APES posibilita que el terapeuta tenga mayor claridad sobre la secuencia necesaria del proceso terapéutico, acompañando el desarrollo de nuevos recursos por parte de su paciente.

Bibliografía

- Caro, I. (2003, noviembre). 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.
- Castiel, S.; Sibemberg, A.; Firpo, L.; Silva, R. (2012, jan/jun.). Defensa y trauma: del proyecto a la actualidad. *Agora*, XV(1), 63–77.
- Chvatal, V.; Böttcher–Luiz, F.; Turato, E. (2009). Respuestas a la enfermedad: mecanismos de defensa utilizados por mujeres con síndrome de Turner y variantes. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 36(2), 43–47.
- Gabalda, I.; Serrano, I.; Faus, A. & Sabater, 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.
- Stiles, W.B. (2009). ¿Qué requiere un Estudio de Caso para ser Investigación Científica? *Subjetividad y procesos cognitivos*, n.13, 215–225. Em Stiles, W.B. (2003). When is a case study scientific research? *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6–11.

Apéndice 1

Tabla sobre voces dominantes y no dominantes

Voces dominantes	Voces no dominantes
Fuerza e independencia	Fragilidad y dependencia
Gratificación	Límites
Debe cuidar de los otros	Necesita de cuidados
Sacrificio	Recibir apoyo

Apéndice 2

Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES)

Nivel 0. Supresión/disociación: El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. *No se habla del problema. El paciente no trabaja en el problema*
 La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).

Nivel 1. Pensamientos no deseados/evitación: *control/evitación*

El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el paciente cambia de tema, algo así como “tengo que ser duro y no pensar en esto”. El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos –ansiedad, miedo, cólera, tristeza.

Nivel 2. Reconocimiento vago/surgimiento:

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.

Nivel 3. Enunciar el problema/clarificación:

Ver lo que pasa y lo que lo impide

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

Nivel 4. Comprensión/insight:

La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del “ajá”. Niveles del 4.1 al 4.9 reflejan progresivamente mayor claridad o generalización de la comprensión, asociada, por lo general con un afecto positivo (o negativo disminuyendo)

Nivel 5. Aplicación/elaboración: La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.

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 P ha practicado la solución fuera de la consulta.

Nivel 7. Dominio: El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema

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

Fecha de recepción: 9/12/12

Fecha de aceptación: 18/03/13