



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Stiles, William B.; Olivos, Patricio
Construyendo puentes: Diálogo entre un clínico y un investigador
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 4, diciembre, 2009, pp. 321-330
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527718009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Construyendo puentes: Diálogo entre un clínico y un investigador

Building bridges: Dialog between a clinician and a researcher

William B. Stiles¹ y Patricio Olivos²

Durante la 40ª Reunión de la Sociedad de Investigación en Psicoterapia, realizada en Santiago de Chile en Junio del año 2009, donde se otorgó a William B. Stiles (Department of Psychology Miami University, Oxford, Ohio, USA) el Premio por su Trayectoria y Aportes a la Investigación en Psicoterapia, mantuvo este diálogo con Patricio Olivos, Psiquiatra y Psicoterapeuta de Santiago de Chile.

(En esta transcripción y traducción se insertaron posteriormente referencias para dar mayor información sobre los tópicos mencionados en el diálogo).

Patricio: He sido honrado en participar en este diálogo con Bill Stiles. Los diálogos para construir puentes entre clínicos e investigadores han sido una tradición en nuestros ocho Congresos Chilenos de Psicoterapia, y en cada uno de ellos la SPR nos ha provisto con excelentes investigadores, que nos han apoyado con gran generosidad.

Bill: También he sido honrado en participar en este diálogo. Este formato era nuevo para mí, pero con el gentil pastoreo de Patricio he llegado a apreciarlo.

Patricio: En este diálogo nos enfocaremos en algunos de los campos de investigación de Bill Stiles, y en la manera en que, como clínico, he logrado asimilarlos para enriquecer mi repertorio. Hablaremos de:

- Asimilación de Experiencias Problemáticas. *Modelo de Asimilación*, una descripción teórica del cambio.
- *Responsividad*.
- *Modos de Respuesta Verbal*.
- Métodos cualitativos de investigación en psicoterapia.
- Casos clínicos que construyen teoría.

Quiero presentarme primero como voz para el diálogo:

Como psiquiatra me apoyo en la “Medicina Basada en Evidencia”, así como en consensos de expertos y en mi propia experiencia. Mi abordaje como psicoterapeuta es una combinación de terapia centrada en el cliente, psicodinámica y sistémica. Tomo en cuenta los “Tratamientos Apoyados Empíricamente” en psicoterapia, pero estoy interesado principalmente en los procesos interpersonales como ingredientes del cambio, enfocándome en la experiencia subjetiva y en la investigación que identifica correlatos del cambio. Aprecio la investigación y las metodologías amigables con el usuario y útiles para la práctica clínica. De éstas derivo nuevos descubrimientos y maneras de entender lo que observo y escucho en mi consulta.

Bill: ¿Cómo utiliza todas esas ideas y teorías? Si señala un rango tan amplio de ideas es claro que no está siguiendo una teoría prescriptiva. Aparentemente está considerándolas como una suerte de repertorio o *pool* de ideas. ¿Puede decir

Recibido: 13/08/2009

Aceptado: 11/09/2009

¹ Department of Psychology Miami University, Oxford, Ohio, USA.

² Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

cómo las escoge o integra en su práctica? ¿Cuál es el proceso de toma de decisiones?

Esto se relaciona con su observación de que el modelo de asimilación es una descripción teórica de los procesos de cambio y no una prescripción sobre cómo producir el cambio. De la misma manera, la taxonomía de Modos de Respuesta Verbal es una lista de acciones posibles, y no una prescripción sobre cuáles usar.

Patricio: Le diré como lo hago. Las teorías no prescriben mi desempeño. Las quejas de los pacientes –sus síntomas e historias– son las que me movilizan. Para su comprensión y manejo utilizo un repertorio de criterios diagnósticos y recursos terapéuticos. Guiado por la intuición –órgano de los sentidos de la conciencia, en palabras de Bion– decido cuál es el sistema diagnóstico o el modelo de abordaje más apropiado, así como el nivel de abordaje: síntoma, síndrome, enfermedad, personalidad, conflicto, esquemas, voces, etc.

Y –de acuerdo al consejo de Balint: “encuentra la intervención más simple que pueda acarrear un cambio favorable en el paciente”–, voy escogiendo e integrando recursos terapéuticos. Intervención incluye: escucha, palabras (que expresan empatía, comprensión, esperanza, Modos de Respuesta Verbal, pedagógicas), farmacoterapia, modificación o reencuentro con el entorno, hospitalización (lo menos posible). Todo esto en una relación que reconoce la importancia de la alianza terapéutica, la empatía, la congruencia, la transferencia y la contratransferencia.

Bill: Suena como una responsividad apropiada. Es esta especie de flexibilidad y respuesta apropiada a las condiciones emergentes lo que hace tan difícil la investigación experimental en psicoterapia. La variable independiente (el tratamiento) depende de la variable dependiente (la respuesta del paciente al tratamiento) y del contexto emergente.

Patricio: Aprovecharé de preguntarle entonces: ¿Qué es *responsividad*? Y, ¿qué es una *responsividad apropiada*?

Bill: La responsividad se refiere a la conducta que es influida por el contexto emergente. Asignar a los clientes a tratamientos basados en los problemas que presentan, planificación del tratamiento, sensibilidad clínica, responder a preguntas, permanecer en el tópico, *timing*, permanecer en la *zona de desarrollo próximo*, ajustar intervenciones basadas en signos no verbales de cómo está siendo recibido, y más.

Responsividad apropiada es hacer estas cosas de manera que promuevan beneficio o que estén de acuerdo con el enfoque terapéutico o los propósitos del tratamiento (Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998).

Patricio: ¿Y qué relación tiene la responsividad con la *Paradoja de la Equivalencia*, otro de sus intereses de investigación? ¿Y con la alianza terapéutica?

Bill: La *Paradoja de la Equivalencia* se refiere al hallazgo repetido de que teorías y técnicas psicoterapéuticas no equivalentes parecen producir, todas, resultados positivos equivalentes (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

En la medida en que los participantes son apropiadamente responsivos, hacen lo mejor con las herramientas que tienen. Cada cliente obtiene un tratamiento optimizado para él. Pero que también es diferente al de cualquier otro cliente. Si todos los tratamientos *bona fide* (Wampold, Mondin, Stich, Benson & Hyun-nie, 1997) –acreditadas científicamente y realizadas por terapeutas entrenados– tienen una caja de herramientas adecuada, entonces cada cliente recibe un tratamiento optimizado. Así el tratamiento termina por ser equivalente. Pienso que esto cambia el foco, de investigar cuál tratamiento hace mejor efecto –¡todos hacen efecto!–, a cómo cada tratamiento es optimizado.

Y pienso que conceptos evaluativos como la alianza tienden a incorporar la responsividad. Todos quieren una fuerte alianza, por lo que usted hace todo lo que pueda para construirla. Como resultado, la alianza es más un logro que una técnica o una intervención (Stiles & Wolfe, 2006). Una fuerte alianza no es algo que pueda

ser especificado conductualmente. Requiere hacer las cosas correctas en el tiempo correcto, y eso puede ser diferente en casos diferentes. De nuevo, pienso que esto cambia el foco de investigación de si una fuerte alianza es importante para obtener buenos resultados -¡por supuesto que lo es!-, a cómo terapeutas y clientes construyen una fuerte alianza.

Patricio: Quizás la más conocida contribución de Bill Stiles a la investigación en psicoterapia sea el *Modelo de Asimilación* (Stiles et al. 1990; Stiles, 2002):

(Diapositiva): El Modelo de Asimilación:

- Estudia el resultado de la psicoterapia rastreando pequeños cambios observables durante el proceso.
- Describe cómo experiencias problemáticas – recuerdos, pensamientos, sentimientos dolorosos o amenazantes- pueden ser integrados (asimilados) en el si mismo (*self*).
- No es un enfoque de tratamiento sino una teoría de procesos de cambio comunes a varios enfoques. Ha sido estudiado en terapias psicodinámica, experiencial, centrada en el cliente, cognitivo-conductual y familiar.
- Ayuda a dar sentido a la paradoja de la equivalencia.
- Asume que las experiencias dejan huellas que pueden ser reactivadas, y usa la metáfora de *voz* para enfatizar la acción activa de estas huellas.
- El si mismo (*self*) es construido como una comunidad de voces, o huellas entretajadas de experiencias.
- Las voces son problemáticas si son disociadas, evitadas o rechazadas.
- La APES (Assimilation of Problematic Experiences Scale) describe una secuencia de estadios a través de los cuales las voces problemáticas se mueven en una terapia exitosa –mediante la construcción de *puentes de significado* entre las voces-, de ser indeseables y ajenas, a llegar a ser asimiladas, miembros útiles de una comunidad.

Patricio: El modelo de asimilación intenta reconciliar el punto de mira y la escala de tiempo del proceso psicoterapéutico (conductas específicas medidas en segundos o minutos) y los resultados de la psicoterapia (variables de la persona entera medidas en meses o años), al identificar experiencias problemáticas particulares y rastrearlas a través de sesiones en el diálogo terapéutico (Stiles, 2006). ¿Podría explicarnos esto un poco más?

Bill: Si podemos describir el proceso de cambio en problemas particulares de momento a momento o incluso semana a semana, entonces podemos entender cómo se produce el cambio, e intervenir. Los clientes hablan de un problema a la vez, por lo que puede ser de ayuda el ser capaz de reconocer el cambio en un problema a la vez. Los terapeutas deben tomar decisiones sobre una base de momento-a-momento o semana-a-semana, por lo que aprender a reconocer y a influir en cambios en esa escala de tiempo puede ser de utilidad clínica. El modelo de asimilación intenta describir cómo los cambios en pequeña escala en problemas particulares están vinculados a cambios más amplios en una escala de tiempo más larga.

Patricio: Los *esquemas* iniciales del Modelo de Asimilación derivaron en *voces*. (Honos-Webb & Stiles, 1998). ¿Por qué?

Bill: *Esquemas* y *voces* son diferentes metáforas para describir el mismo fenómeno. La metáfora *voz* tiene una cantidad de buenas características. Decimos que las voces son las huellas de las experiencias de la gente. Esto transmite la naturaleza activa, operativa, de la información dentro de la gente. En contraste con las metáforas de un bibliotecario o de la CPU de un computador, en las que la información es pasiva, recuperada y usada por el bibliotecario o la CPU). La metáfora de *voz* también hace fácil vincularla al dominio interpersonal, o incluso a dominios más extensos (intergrupales, internacionales, etc). Pensamos que éstos son, de muchas maneras, sistemas isomórficos. Las relaciones entre voces interpersonales pueden sugerir ideas para relaciones entre voces intrapersonales, y viceversa.

Patricio: ¿Cómo los investigadores y los clínicos pueden inferir la presencia y naturaleza de voces en el habla del cliente?

Bill: Voces diferentes toman distintas posiciones, esto es, diferentes instancias afectivas o evaluativas hacia cosas en el mundo. Hablan acerca de distintas cosas, usan diferentes expresiones características, tienen diferentes características vocales (tono discursivo, frecuencia, ritmo), tienden a expresar diferentes emociones, y son gatilladas (dirigidas) por diferentes clases de eventos o contenidos. Cualquiera o todas estas características pueden estar presentes.

Patricio: ¿Qué es un *punto de significado*?

Bill: Es un signo -palabra, frase, historia, teoría, imagen, gesto u otra expresión- que tiene el mismo significado para el autor y para quien está dirigido. Es una expresión de entendimiento compartido.

Patricio: La *Paradoja de la Equivalencia*, ¿está viva todavía?

Bill: Y mucho. Por ejemplo, nuestro hallazgo replicado de que terapias cognitivo-conductual, centrada en la persona y psicodinámica promediaron efectividad equivalente en dos grandes muestras británicas (Stiles, Barkham et al, 2006, 2008a) han sido muy controversiales (Clark et al., 2008; Stiles, Barkham et al. 2008b).

Patricio: Para evaluar el proceso de asimilación Stiles et al. (1991) desarrollaron la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (Traducción Isabel Caro):

(Diapositiva) Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES)

0. Warded off/dissociated

Supresión/disociación

1. Unwanted thoughts/active avoidance

Pensamientos no deseados/ evitación activa

2. Vague awareness/emergence

Surgimiento o conciencia imprecisa

3. Problem statement/clarification

Enunciar el problema/clarificación

4. Understanding/insight

Comprensión/insight

5. Application/working through

Aplicación/elaboración

6. Resourcefulness/problem solution

Solución del problema/recursos

7. Integration/mastery

Integración/dominio

Patricio: El paso de APES=3 Enunciar el problema/clarificación a APES=4 Comprensión/Insight, ¿es la clave para un tratamiento exitoso?

Bill: Depende de lo que usted quiera llamar exitoso. El estudio de Detert et al (2006), indicó que grupos de clientes exitosos, definidos por medidas estándar de intensidad de síntomas (p.ej. BDI) se distinguieron de los clientes no exitosos dependiendo de si sus problemas principales habían alcanzado o no el nivel APES=4. Teóricamente, los clientes se vuelven menos angustiados al ir pasando del rango APES=3 hacia APES=5 (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay), así es que APES=4 puede marcar un límite. Cruzar el límite significa que el cliente se siente más positivo que negativo. Pero la teoría también sugiere que, a niveles bajos de APES, progresos importantes pueden requerir sentirse peor por un rato, mientras los clientes se mueven de evitar el problema a encararlo (APES=1 hacia APES=2).

Patricio: El Modelo, ¿sugiere un abordaje interpersonal/psicodinámico en las etapas tempranas, y un tratamiento cognitivo/conductual desde que los problemas estén enunciados (APES= 3) en adelante?

Bill: Hay alguna evidencia y teoría (Stiles, Shankland, Wright & Field, 1997; Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1988) que sugieren que los enfoques experienciales y psicodinámicos prefieren explorar problemas reprimidos, evitados o vagos (APES 0-2), trabajando hacia el insight (APES 4) y aplicación/elaboración (APES 5). Los enfoques cognitivo-conductuales prefieren dirigirse a problemas enunciados y clarificados (APES 3), trabajando hacia la aplicación (APES 5) y a soluciones en la vida cotidiana (APES 6). Pero estas son más bien preferencias que capacidades; la ma-

por parte de las terapias *bona fide* parecen tener maneras de tratar con la mayoría de los problemas que se presentan.

Patricio: El terapeuta debe responder: a) ¿con intervenciones dirigidas a la etapa actual de la APES en que está el cliente? b) ¿facilitando activamente el movimiento hacia niveles superiores?

¿Cómo ver y trabajar en la *zona de desarrollo próximo* (ZPD)?

Bill: Esta es una manera de hablar sobre destreza clínica y responsividad. *Empuje dónde se mueva. Haga tanto como -pero no más de- lo que el cliente pueda usar productivamente. Vaya tan profundo como el cliente sea capaz de ir ahora; retroceda cuando sea necesario.* Todos los enfoques tienen maneras de hablar acerca de esto.

Patricio: Pasaremos ahora a otro gran desarrollo de Bill Stiles:

Describiendo el habla. Modos de Respuesta Verbal

Los modos de respuesta describen alternativas para escuchar y responder provechosamente a los clientes en psicoterapia.

(Diapositiva) Los *Modos de Respuesta Verbal* (*Verbal Response Modes* (VRM)) son una taxonomía para clasificar los actos de habla en cualquier tipo de discurso natural:

- Define los modos en término de principios:
Fuente de la experiencia: ¿De quién es la experiencia en el tópico que se está hablando?
Marco de referencia: ¿De quién es el marco de referencia que está siendo usado?
Supuesto sobre la experiencia: El acto de habla, ¿requiere del hablante suponer un conocimiento de la experiencia del otro?
- Cada principio adquiere los valores de “hablante” y “otro”.
- Cada modo tiene una forma gramatical característica, pero esa forma puede ser utilizada para expresar otra intención de modo.
- Así, cada acto de habla es clasificado doblemente: por forma (significado literal) y por intención (significado pragmático).

- Cuando forma e intención coinciden, los actos de habla son llamados modos puros; cuando difieren, son llamados modos mixtos (actos de habla indirectos).

Patricio: ¿Podría comentar, por favor?

Bill: Este es un análisis de una manera en que el lenguaje contribuye a las relaciones humanas. La taxonomía sugiere que cada acto de habla concierne ya sea a su experiencia o a la mía; lo mira desde su perspectiva o la mía, y supone o no conocimiento de su experiencia. Cada acto de habla es asignado a una categoría sobre la base de estas tres opciones. Y, porque los tres principios son interpersonales, las categorías describen un aspecto de *micro-relaciones* interpersonales. Si usted agrega actos de habla a través de una conversación, sobre la base de estos principios, obtiene descripciones de dimensiones familiares de relación: *atención* (proporción de actos de habla que conciernen a la experiencia del otro), *no-dirección* (proporción de actos de habla que conciernen al marco de referencia del otro), y *suposición* (proporción de actos de habla que suponen el conocimiento de la experiencia del otro). Así, la taxonomía mide y cuantifica estas dimensiones de relación basadas en proporciones de actos de habla.

La distinción entre forma e intención evalúa una sutileza adicional, dando acceso a fenómenos tales como cortesía, expresiones indirectas, mitigación, evasión y cosas parecidas.

Patricio: Esta es la *Taxonomía de los modos de Respuesta Verbal*.

(Diapositiva): *Taxonomía de Modos de Respuesta Verbal* (Describing Talk. Stiles, 1992, trad. Isabel Caro)

(Ver cuadro).

Patricio: ¿Cómo llegó a desarrollar esta taxonomía? ¿Podría hacer una breve historia?

Bill: Fue inspirada por un supervisor de mi escuela de graduados, Jerry Goodman, (Goodman & Dooley, 1976), y por el tipo de foco en el pro-

Cuadro

Fuente de la experiencia	Supuesto sobre la experiencia	Marco de referencia	Modo
Habla	Habla	Habla	MANIFESTACIÓN (M): revela pensamientos, sentimientos, percepciones o intenciones.
	Otro	Otro Habla	EXPONER (E): manifiesta información objetiva. GUIA (G): intenta guiar la conducta; sugerencias, órdenes, permisos, prohibiciones.
		Otro	CONFIRMACIÓN (C): compara la experiencia del hablante con la del otro; acuerdo, desacuerdo, experiencia o creencia compartida.
Otro	Habla	Habla	PREGUNTAR (P): busca información o guía.
		Otro	SEÑALIZACIÓN (S): manifiesta recibo o recepción ante la comunicación del otro; aceptación simple, saludos.
	Otro	Habla	INTERPRETAR (I): explica o etiqueta al otro, juicios o evaluaciones sobre la experiencia o la conducta del otro.

ceso de momento-a-momento que es inspirado por el aprendizaje de la terapia centrada en el cliente (vea el primer capítulo de *Describing Talk*; Stiles, 1992). Las categorías de Jerry me parecieron diseccionar la naturaleza en sus articulaciones. Refinar las descripciones de categorías tomó muchos años de codificar actos de habla en sesiones de terapia y otras conversaciones. Tuve muchas largas discusiones con los codificadores sobre finos puntos de gramática y expresión verbal.

Por supuesto hay muchos otros sistemas de codificación que se superponen con éste. La característica distintiva de éste es la teoría subyacente en términos de los tres principios de clasificación de los que hemos hablado.

Patricio: Quiero mostrar algunos de los resultados de la investigación en VRM:

(Diapositiva)

VRM y terapia.

Los terapeutas centrados en el cliente usan modos que están en el marco de referencia del otro, mayoritariamente *Reflejos*, *Señalamiento*, *Confirmación*, *Exponer*

La terapia gestáltica usa modos en el marco

de referencia del hablante, mayoritariamente intenciones de *Guía*, *Interpretación*, *Preguntar* y *Manifestación*.

Los terapeutas psicoanalistas están interesados en la experiencia del paciente, usando mayoritariamente intenciones de *Interpretación*, *Señalamiento*, *Preguntar* y *Reflejos* (Stiles, 1979).

Los clientes tienden a usar perfiles de Modos de Respuesta Verbal similares, sin considerar la orientación teórica del terapeuta. La mayoría (60-80%) de los actos de habla de los clientes están en los 4 modos de exposición: *MM*, *ME*, *EM* y *EE*. Otro 10-15% en formas de *Señalamiento*.

El uso por los clientes de su modo más prominente, *Manifestación*, está fuertemente correlacionado con los resultados de la evaluación de la cualidad del proceso psicoterapéutico. La *MM* de los clientes correlacionó 0,58% con la *Experiencing scale*, 0,66% con la *Patient Exploration scale*, y 0,65% con la *Therapist Exploration scale* (Stiles, McDaniel & Mc Gaughey, 1981). Las correlaciones de estas evaluaciones con *EE* fueron fuertemente negativas. Esto es, un buen proceso corresponde en parte al uso de parte de los pacientes del intento de *Manifestación* (información des-

de su propio marco interno de referencia), en oposición a *Exponer* (información vista desde una perspectiva externa, objetiva.)

Patricio: Investigadores chilenos (Reyes, Arístegui, Krause, 2008) identificaron un patrón lingüístico asociado con el cambio terapéutico, caracterizado por ser expresado en la primera persona singular y presente del indicativo, y por ser referido a sí mismo en su contenido proposicional. La frecuencia del patrón fue examinada en verbalizaciones definidas como momentos de cambio en tres terapias con diferente orientación teórica, y la mayoría de ellos tenían ese patrón específico. Ese patrón, ¿es como la Manifestación (Disclosure) del VRM?

Bill: Sí, suena exactamente como el *Disclosure* (Manifestación) del VRM.

Patricio: Y, sobre los Modos de Respuesta Verbal, usted escribió, hace años (Stiles, 1981, 1992):

Para ser feliz...

Una *Manifestación* debe ser sincera

Una *Exposición* debe ser verdadera

Una *Guía* debe ser factible de realizar

Una *Confirmación* debe ser sincera y exacta

Una *Pregunta* debe ser posible de responder por el otro

Una *Señalización* debe ser oportuna

Una *Interpretación* debe ser aguda

Un *Reflejo* debe ser empático.

Patricio: Resuenan en mí como las Bienaventuranzas del Sermón de la Montaña. Las encuentro muy agudas y útiles clínicamente. Nosotros los terapeutas a veces damos guías imposibles de cumplir, interpretaciones romas, confirmaciones inexactas. ¿Podría comentar cómo surgieron?

Bill: La discusión de condiciones de felicidad se refería a que la cualidad familiar de ser verdadero o falso es un caso especial de un concepto más general de felicidad (Austin, 1975; Searle, 1969). Surgió también construyendo la teoría que subyace al sistema VRM, argumentando que las condiciones de felicidad variaban sistemáticamente con los modos de respuesta.

Patricio: He estado empeñado, durante estos cuatro meses, en comprender y poner en práctica el Modelo de Asimilación y la taxonomía de Modos de Respuesta Verbal, y quiero comentar lo que han significado para mí como terapeuta.

El Modelo de Asimilación está ahora en mi repertorio como una partitura para la terapia, y como una manera de evaluar el proceso terapéutico. Puedo así ver en qué etapa del proceso de asimilación de experiencias problemáticas están los clientes, y si se ha alcanzado progreso en la terapia a lo largo de estas etapas. A veces puedo oír distintas voces en los clientes; en otras visualizo esquemas. Y soy más capaz de visualizar y de trabajar en la *Zona de Desarrollo Próximo* (Leiman & Stiles, 2001). También he desarrollado un oído más afinado para los *Modos de Respuesta Verbal* como instrumentos para el diálogo, y tengo una mejor comprensión de su función (p.ej. las señalizaciones). He alcanzado una más aguda conciencia de la responsividad: en que modo el paciente y yo estamos respondiendo y cómo podría yo seguir respondiendo (p.ej. cuando estoy atrapado en Preguntas y respuestas con un paciente defensivo, sin poder profundizar, puedo cambiar a Reflejos o Señalizaciones).

Bill: Su lectura y atención han sido muy halagüeñas para mí. No creo que nadie más haya leído tanto de lo que yo he escrito.

He tenido la misma experiencia en trabajar con los modos de respuesta. Atrajeron mi atención a las importantes funciones de los pequeños actos de habla como las *Señalizaciones*, y a la maneras específicas en que las intervenciones son fraseadas.

Patricio: Otro importante campo de investigación de Bill Stiles lo constituye el *Estudio de casos que construyen teorías* (Stiles, 2007).

Kurt Lewin dijo que “no hay nada más práctico que una buena teoría.” Y usted planteó que “la psicoterapia ofrece oportunidades extraordinarias para observar la experiencia y la conducta humanas. Los terapeutas son expertos en -y tienen acceso cotidiano a-, los fenómenos que las teorías de psicoterapia buscan explicar. La expe-

riencia clínica de los terapeutas puede ser acumulada y compartida mediante la investigación de casos clínicos que construyen teoría.” (Stiles, 1999).

¿Cómo pueden relacionarse casos clínicos y teoría? ¿Cómo pueden los casos contribuir a la teoría?

Bill: Las teorías en psicoterapia describen finos detalles del proceso. Ese es el nivel en que trabajan los terapeutas. El control de calidad en estas teorías requiere hacer observaciones en ese nivel de fino detalle. Podemos simultáneamente poner a prueba la teoría y ajustarla modificándola o elaborándola para dar cuenta de lo que vemos (abducción). A esto llamo construcción de teoría.

Patricio: Ese ha sido otro campo de sus investigaciones: *El Control de Calidad en la investigación cualitativa*:

Usted ha planteado que:

“Las investigaciones cualitativas de la experiencia humana típicamente reportan resultados lingüísticos más bien que resultados exclusivamente numéricos.

- Usan la empatía con los participantes como una estrategia de observación.
- Interpretan las observaciones contextual y polidimensionalmente; acomodan procesos causales no lineales (técnicamente caóticos), y pueden buscar empoderar a los participantes.
- Sus interpretaciones son a menudo tentativas, y no sentencias, y pueden expresarse en formas narrativas y hermenéuticas más que exclusivamente en un discurso didáctico.
- Al revelar más que evitar la orientación del investigador y su involucramiento personal en la investigación, y al evaluar las interpretaciones de acuerdo a su impacto en los lectores, investigadores y participantes, la investigación cualitativa desplaza el objetivo de la calidad de control desde la verdad objetiva de las declaraciones a la comprensión.

Podría usted hacer un comentario acerca de esto?

Bill: Eso es ser llevado a la epistemología. Se da mejor con una cerveza en el bar. La verdad es una cualidad de las afirmaciones. Sólo las afirmaciones pueden ser verdaderas o falsas. Las observaciones no pueden ser verdaderas o falsas – sólo su representación en palabras u otros signos. La cualidad que la palabra *verdad* describe es la relación de la afirmación con las observaciones. Si una afirmación calza con las observaciones entonces la afirmación es verdadera, en un sentido experiencial.

Tiene que notar que todo este proceso toma lugar dentro de las personas, que son variables y falibles. Así es que no puede haber una verdad empírica absoluta. La verdad empírica debe ser evaluada por la gente, y puede variar dependiendo de quién la esté evaluando. Cada epistemología implica una psicología. Para tener una teoría de la verdad, usted debe tener una teoría de la gente.

Patricio: Y, acerca de los enfoques *cualitativos* y *narrativos*, ¿cuál es la relación entre ellos?

Bill: Depende a que se refiere usted por narrativa. Yo estoy con Robert Russell en cuanto a que, si hace muy amplio el término *narrativo*, deja de ser una categoría útil (Russell & Lucariello, 1992). Pienso que es más útil tomar una visión más estrecha del concepto. Prefiero usar el término *narrativo* para referirse a historias reales –recuentos de eventos que toman lugar en el tiempo, con un comienzo, desarrollo y fin. Algunos de mis estudiantes y yo estamos trabajando la idea del uso de narrativa de vida como una forma de identidad, el tipo de fenómenos de los que Dan McAdams (1996) y los terapeutas narrativos han hablado. Dentro del modelo de asimilación podemos ver la narrativa como un puente de significación (Osatuke et al., 2004), un aparato semiótico que da acceso suave a las huellas de muchas experiencias de vida –les da un orden comprensible y una organización.

Referencias

1. Austin J L. How to do things with words, second edition. Oxford, England: Clarendon Press. 1975.
2. Brinegar M G, Salvi L M, Stiles W B, Greenberg L. S. Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology* 2006; 53: 165-80.
3. Clark D M, Fairburn C G, Wessely S. Psychological treatment outcomes in routine NHS services: A commentary on Stiles *et al.* (2007). *Psychological Medicine* 2008; 38: 629-34.
4. Detert N B, Llewelyn S P, Hardy G E, Barkham M, Stiles W B. Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research* 2006; 16: 393-407.
5. Goodman G, Dooley D. A framework for help-intended interpersonal communication. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1976; 13: 106-17.
6. Leiman M, Stiles W B. Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research* 2001; 11: 311-30.
7. Honos-Webb L, Stiles W B. Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy* 1998; 35: 23-33.
8. McAdams D P. Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry* 7: 295-321.
9. McDaniel S H, Stiles W B, McGaughey K J. Correlations of male college students' verbal response mode use in psychotherapy with measures of psychological disturbance and psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981; 49: 571-82.
10. Osatuke K, Glick M J, Gray M A, Reynolds D J Jr, Humphreys C L, Salvi L M, *et al.* Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 193-210). Thousand Oaks, CA: Sage. 2004.
11. Reyes L, Aristegui R, Krause M, *et al.* Language and therapeutic change: A speech act analysis. *Psychotherapy Research* 2008; 18: 355-62.
12. Russell R L, Lucariello J. Narrative yes; narrative ad infinitum, no! *American Psychologist* 1992; 47: 671-2.
13. Searle J R. *Speech acts: An essay in philosophy of language*. Cambridge, England: Cambridge University Press. 1969.
14. Stiles W B. Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry* 1979; 42: 49-62.
15. Stiles W B. Classification of intersubjective illocutionary acts. *Language in Society* 1981; 10: 227-49.
16. Stiles W B. *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Park, CA: Sage. 1992.
17. Stiles W B. Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review* 1993; 13: 593-618.
18. Stiles W B. Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1999; 9: 1-21.
19. Stiles W B. Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press. 2002. pp. 357-65.
20. Stiles W B. Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research* 2006; 16: 389-92.
21. Stiles W B. Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research* 2007; 7: 122-7.
22. Stiles W B, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary care routine practice: Replication in a larger sample. *Psychological Medicine* 2008; 38: 677-88.
23. Stiles W B, Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J. Routine psychological treatment and the Dodo verdict: A rejoinder to Clark *et al.* (2007). *Psychological Medicine* 2008; 38: 905-10.
24. Stiles W B, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine* 2006; 36: 555-66.
25. Stiles W B, Elliott R, Llewelyn S P, Firth-Cozens J A, Margison F R, Shapiro D A, *et al.* Assimilation of problematic experiences by clients in psycho-

- therapy. *Psychotherapy* 1990; 27: 411-20.
26. Stiles W B, Honos-Webb L, Surko M. Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998; 5: 439-58.
27. Stiles W B, McDaniel S H, McGaughey K. Verbal response mode correlates of experiencing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979; 47: 795-7.
28. Stiles W B, Morrison L A, Haw S K, Harper H, Shapiro D A, Firth-Cozens J. Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy* 1991; 28: 195-206.
29. Stiles W B, Osatuke K, Glick M J, Mackay H C. Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge. 2004.
30. Stiles W B, Shankland M C, Wright J, Field S D. Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 889-93.
31. Stiles W B, Shapiro D A, Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 1986; 41: 165-80.
32. Stiles W B, Shapiro D A, Firth-Cozens J A. Verbal response mode use in contrasting psychotherapies: A within-subjects comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56: 727-33.
33. Stiles W B, Wolfe B E. Relationship factors in treating anxiety disorders. In L. G. Castonguay & L. E. Beutler (Eds.), *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press. 2006; pp. 155-65.
34. Wampold B E, Mondin G W, Stich F, Benson K, Hyun-nie A. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, All Must Have Prizes. *Psychological Bulletin* 1997; 122 (3): 203-15.

Correspondencia:

Patricio Olivos

E-mail: drpolivos@gmail.com