

UTILIZACION DE TECNICAS DE INTERVENCION COGNITIVA, COMO ALTERNATIVA A LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA, EN UN CASO DE VOMITOS HISTERICOS DE LARGA EVOLUCION

A. Belloch(*)

E. Ibáñez(*)

RESUMEN

Se presenta un caso de vómitos histéricos, con una evolución de 9 años, complicado con un cuadro de ansiedad generalizada. El análisis clínico-psicopatológico revela la existencia de un entramado complejo de situaciones vitales, percibidas como conflictivas, que persisten desde la adolescencia. La aplicación de Desensibilización Sistemática, fue de utilidad para reducir el cuadro ansioso pero dió lugar a un incremento en la tasa de vómitos que aconsejó el abandono de esta técnica y la introducción de una nueva estrategia terapéutica dirigida a producir un cambio global en el estilo de vida y el afrontamiento de situaciones problemáticas. En concreto se aplicó entrenamiento en solución de problemas y terapia de rol fijo, lo que dió lugar a la desaparición paulatina del vómito, después de doce semanas de tratamiento (1 sesión semanal) y a la instauración de hábitos comportamentales estables y adaptativos. Se plantea finalmente la conveniencia de profundizar en el análisis de la eficacia diferencial

(*) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Valencia.

de las diversas técnicas y estrategias terapéuticas, así como en la búsqueda de factores comunes de eficacia.

SUMMARY

A clinical case of hysterical vomiting fasted 9 years with a generalized anxiety disorder is presented at his paper. The clinical and psychopathological analysis makes clear that the patient has had a network of life situations perceived as very conflictives since her adolescence years. The Systematic Desensitization (SD) was helpful to relieve the anxiety disorder but it increased the vomiting base rate, so this technique was disrupted, and a new therapeutic strategy aimed to change her whole life style and the coping of troubled situations was used. Then, it was applied: problem solving training and fixed rol therapy. They made possible to obtain a progressive relief from vomiting during the twelve treatment sessions (once for week) and some steady and adaptative behavioural habits. Finally, it is stressed the great importance that a deep study of the techniques differential efficacy along with the therapeutic strategies has, but also, the need to research the common factors of efficacy shared by those techniques.

TITLE: Cognitive intervention techniques as alternative treatment to systematic desensitization in a hysterical vomiting case.

KEY WORDS: Cognitive intervention. Sistematic Desensitization. Hysterical vomiting. Solving problems training. Fixed Rol therapy generalized anxiety common factors in therapeutic.

1. PRESENTACION DEL CASO

M. es una mujer de 24 años de edad, que trabaja desde los 15 años como auxiliar administrativa. Es la mayor de tres hermanos y su medio familiar es modesto y muy cohesionado. Lleva 9 meses casada, después de 8 años de noviazgo. Su marido es electricista y trabaja por cuenta propia.

Acude a la consulta remitida por su digestólogo, ya que presenta una historia de vómitos de repetición desde los 15 años con una frecuencia media de uno semanal. La esofagogastroscoopia, manometría esofágica y pHmétrica, descartaron la presencia de patología orgánica. El tratamiento antiemético -de acción central (Metoclopramida) y periférica (Domperidone)-, combinado ocasionalmente con antivertiginosos (Sulpiride), ansiolíticos (Diacepam) y antidepressivos normotímicos (Dipropilacetamida), no han conseguido controlar la sintomatología de manera consistente. Hay que resaltar el hecho de que la exploración médica se ha realizado hace solo cuatro meses, y estuvo motivada por el hecho de que en la última visita que M. realizó al ginecólogo surgió de manera accidental su historia de vómitos.

Durante los dos o tres últimos meses, ésta se ha complicado con la aparición de un cuadro de ansiedad generalizada, que se manifiesta tanto por signos de hiperactividad neurovegetativa (hiperhidrosis palmar, taquicardia, etc.), como de tipo motor (temblor de manos, ceño fruncido, respiración agitada). Presenta además verborrea, prolijidad en sus relatos, y marcada aceleración ideativa. Su aspecto físico es relativamente normal, destacando gran palidez facial y discreta delgadez. Por otro lado, ella misma relata problemas para concentrarse en el trabajo, fuertes jaquecas ocasionales, sueño interrumpido y con gran sensación de fatiga al despertar; se describe como impaciente, irritable y discutidora, aunque "siempre dispuesta a ayudar a mi familia porque es lo más importante de la vida". Su vida matrimonial es absolutamente satisfactoria, según ella, y solo echa de menos una mayor capacidad de empuje y decisión por parte de su marido, al que describe como paciente, bondadoso y cumplidor en su trabajo.

Manifiesta temor a volverse loca, idea que la obsesiona desde que comenzó el cuadro ansioso.

M. relaciona sus vómitos con el hecho de que existan problemas graves en la relación con su suegro, que según ella mantiene actitudes extremadamente autoritarias con toda la familia, a las que se unen además, en su trato con ella, repetidos intentos de humillación y desprecio. La primera vez que vomitó fue al volver de una comida con sus suegros -la segunda que hacía con ellos, en su época de noviazgo-, y desde entonces no ha dejado de sucederle (van todos los sábados), aunque desde que se casó ha presentado también algún vómito entre semana. El vómito se presenta siempre a las 2-3 horas después de haber comido y va precedido de discreta jaqueca junto con una intensa sensación de pesadez estomacal, que suele iniciarse a los pocos minutos de haber terminado de comer. Normalmente es involuntario aunque en algunas ocasiones es ellas quien lo provoca introduciéndose los dedos en la boca porque no puede soportar durante más tiempo la sensación de pesadez. Por otro lado, aunque se haya iniciado de forma no voluntaria, casi siempre termina realizando esa maniobra para "asegurarse de que ya no le queda nada". No parece guardar relación con el tipo ni la cantidad de alimentos ingeridos. La única época en la que han desaparecido por completo, fue durante los 15 días que duró su viaje de bodas.

1.1. Información complementaria

Se requirió información por parte del marido y la madre de M. a fin de contrastar la aportada por ella misma. El primero, de aspecto "bonachón" y con un nivel cultural muy inferior al de M. corroboró la versión de ésta, y añadió que siempre era ella la que insistía en ir a comer con sus padres, apelando a la necesidad de instaurar buenas relaciones paterno-filiales que, por otro lado, no habían existido nunca. Su actitud con la conducta de vómito de su mujer había sido siempre protectora, y la atribuía a alguna enfermedad que el médico no había conseguido desvelar. Pese a ello, se mostró dispuesto a colaborar con nosotros en todo lo que se le pidiera.

En cuanto a la madre, que se mostró muy preocupada por la situación actual de M. y no tanto por los vómitos, la describió como irritable, discutidora, exigente, meticulosa y excesivamente preocupada por cualquier problema familiar que pudiera presentarse, lo que le llevaba siempre a intentar solucionarlo (en general, sin éxito) y le había creado una cierta fama de "entrometida". Su desarrollo fue normal, aunque al parecer siempre tuvo problemas con la comida, atravesando largas temporadas de inapetencia. Las relaciones con sus hermanos fueron siempre de sobreprotección, si bien en muchos casos montuvo además comportamientos celotípicos especialmente con su hermana pequeña y, actualmente,

con la novia de su hermano. Por lo que se refiere a la conducta de vómito, la actitud de la madre fue también siempre de sobreprotección, a la vez que intentó siempre ocultarlo al resto de la familia. En cuanto a los suegros de M., manifestó opiniones parecidas a las de ella y se lamentó de la imposibilidad de mantener relaciones estrechas con ellos. Nos relató además que pese a tener una capacidad adquisitiva elevada, no habían permitido que sus hijos estudiaran (de hecho, no tenían siquiera el título de graduado escolar), aspecto éste que siempre había criticado M. y que le provocó siempre un gran resentimiento.

2. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PLAN DE INTERVENCION

Pese al importante cuadro ansioso que presentaba en el momento de la primera entrevista, decidimos centrarnos, inicialmente, solo en la conducta de vómito y sus correlatos, ya que dadas las características de la misma nos pareció que si conseguíamos controlarla podría reducir el estado de ansiedad. Nuestra hipótesis era que, aún a pesar de las características personales de M., que indicaban la presencia de importantes componentes neuróticos firmemente asentados en su historia evolutiva, éstos habían estado generalmente bajo control y no habían perturbado en exceso la adaptación y eficaz comportamiento de M. Sin embargo, la consulta al digestólogo, la subsiguiente exploración a que había dado lugar, y, sobre todo, la conclusión a la que había llevado (descartar patología orgánica), parecían ser realmente los desencadenantes del estado actual. Hay que recordar por otro lado, que pese a que M. nunca atribuyó sus vómitos a causas orgánicas sino más bien a psicológicas, en contra incluso de la opinión de su familia que siempre buscó razones orgánicas, la conducta en sí no parecía haberle causado mayores problemas hasta el momento en que el disgestólogo le confirmó sus atribuciones, aunque fuera de manera indirecta.

2.1. Extinción y Desensibilización Sistemática

En consecuencia con lo anterior, pensamos que la aplicación de Desensibilización Sistemática podría resultar eficaz para el control del vómito, ya que, en principio, el caso no resultaba especialmente complejo, además de que el tema de los "vómitos histéricos" constituye uno de los casos clásicos de la literatura psicodinámica (por ej. Freud, 1893). Por otro lado, parecía necesario eliminar todo comportamiento que resultara reforzante para el mantenimiento de la conducta de vómito, lo que se llevó a cabo con la participación del marido y la madre, a quienes se indicó que no prestaran ayuda alguna a M. cuando se presentara la conducta (normalmente la acompañaban al cuarto de baño) ni hicieran caso alguno de sus quejas somáticas previas al vómito ni se interesaran por su estado al terminar éste. En cuanto a M. se le prohi-

bió realizar ninguna maniobra para facilitarlo.

Tras los oportunos y habituales registros de la conducta de vómito, llevados a cabo tanto por M. como por su marido durante dos semanas consecutivas, se confirmó tanto su aparición a las dos-tres horas de la ingesta, como el hecho de que se producían exclusivamente los días en que M. iba a comer con sus suegros. Se tomó la precaución adicional de variar el día en que debían ir a comer como la frecuencia semanal, de tal manera que la primera semana fueron un viernes y la segunda un martes y un sábado (en este caso a cenar, en lugar de a comer como era lo habitual). En el registro que llevó a cabo M., se incluyeron además una serie de sensaciones y pensamientos, que nos iban a ser de utilidad para la elaboración de la jerarquía. Durante estas dos semanas, se comenzó a instruir a M. en las técnicas de relajación muscular diferencial, siguiendo el método de Jacobson (1938). El entrenamiento tuvo lugar durante un total de seis sesiones cada una de media hora de duración. Se prestó especial atención a la relajación de la musculatura abdominal y a la del cuello.

La tercera semana, se dedicó a elaborar la jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con las visitas familiares, y se profundizó en el entrenamiento en relajación, que para entonces se realizaba ya sin dificultad alguna, tanto en presencia como en ausencia del terapeuta. Adicionalmente, M. se autoaplicó relajación antes de dormir (tumbada ya en la cama) lo que le permitió conciliar el sueño sin dificultad y paulatinamente fue eliminando su irregularidad, ya que conseguía dormir sin interrupciones durante al menos 6 horas diarias. Su estado de ansiedad se redujo además con respecto a su concentración en el trabajo, aunque persistían los signos de tipo neurovegetativo, los motores y los de carácter ideativo y lingüístico.

En la cuarta semana comenzamos ya a aplicar la DS a razón de dos sesiones semanales de una hora, y así seguimos durante las dos siguientes. La semana quinta, M. no vomitó al volver de su comida semanal, lo que pareció animarla muy positivamente a seguir con nuestro plan. Las sesiones se desarrollaban muy satisfactoriamente y a medida que progresaba el tratamiento, M. decía sentirse mucho mejor, y mostraba una importante disminución de sus sintomatología ansiosa.

Sin embargo, en la semana séptima sucedió algo imprevisto: M. tuvo un vómito antes de entrar en la consulta, y resultó imposible aplicar la sesión de DS dada su incapacidad absoluta para relajarse. Durante esa semana, M. vomitó todos los días y hubo de guardar cama todo el fin de semana. El lunes acudió a la consulta y presentaba una importante reacción depresiva, con llanto continuo, gran sensación de cansancio físico y mental, rumiaciones negativas sobre su futuro y pensamientos (muy poco sistematizados)

de muerte.

En este punto, no podíamos saber si la nueva situación creada se debía a una incorrecta aplicación de la técnica, o si ésta no era la más indicada para el caso, o si se habían producido nuevos hechos que no conocíamos, o si, en fin, se trataba de una combinación de todos estos factores y algunos más que no habíamos controlado suficientemente, entre los que no podíamos descartar el de que el agravamiento de la conducta se debiera precisamente, o tuviera alguna relación, con el componente histérico de la misma, en el sentido de que pudiera constituir un típico intento de "llamar la atención" que, a través de la extinción, se le había retirado.

Sobre la base de este razonamiento, decidimos proseguir con el plan terapéutico iniciado, explicándole a M. que en muchos casos era normal que, una vez instaurada una pequeña mejoría, se produjera un agravamiento súbito que desaparecería con la continuación de la terapia. Ella aceptó la explicación y se mostró dispuesta a continuar. Ampliamos entonces el rango de las situaciones potencialmente ansiógenas, y reiniciamos la DS. Sin embargo, nos vimos definitivamente obligados a suspenderla al cabo de una semana, dado que persistía la sintomatología e incluso se agravó todavía más ya que durante tres días vomitó cada vez que intentaba comer algo. Así las cosas, unido a la motivación negativa de M. para seguir con la terapia, decidimos reorientar por completo el plan terapéutico ya que la DS no solo no había resultado eficaz sino que además había provocado una generalización de la conducta de vómito, sensibilizando a M. ante situaciones aparentemente inocuas.

2.2. Introducción de técnicas cognitivas

El motivo fundamental para reorientar la terapia en su totalidad, aparte de las consideraciones expuestas en el párrafo anterior, fue el de suponer que, al centrarnos exclusivamente en la modificación de la conducta de vómito, se había generado bien una reacción de contracontrol, bien un efecto de refuerzo de la misma, o ambas cosas a la vez. En consecuencia, decidimos modificar totalmente la estrategia y, olvidando de momento el vómito, centrarnos en analizar los problemas de relación interpersonal que M. presentaba no solo con su suegro, sino también con el resto de familiares y conocidos. Como medida adicional se eliminaron las visitas al domicilio de los suegros, hasta que no desaparecieran los vómitos diarios y, como alternativa, se le pidió al marido que los domingos se fueran a comer ellos dos, solos o con amigos. De todos modos, la conducta de vómito se tomó como criterio de referencia indirecto para el seguimiento de la eficacia terapéutica, dado que fue la agudización de dicha conducta y la reacción depresiva a que parecía haber dado lugar, lo que había motivado

la reorientación terapéutica.

El análisis de situaciones conflictivas así como los tipos de respuestas que M. emitía ante las mismas y sus emociones asociadas, dió como resultado la aparición sistemática de: a) escasa tolerancia a la frustración y predominio de respuestas auto-punitivas, b) fuerte tendencia a la disonancia, y c) escasez alarmante de recursos comportamentales y de manejo de situaciones. En consecuencia con ello, nos planteamos utilizar primero una estrategia de solución de problemas para introducir después la terapia de rol fijo (Kelly, 1955; Botella, 1985).

El entrenamiento en solución de problemas se inició con situaciones ficticias, de escasas connotaciones emocionales, que extraíamos de películas que M. había visto recientemente. Comprendió rápidamente el procedimiento, y durante dos semanas consecutivas se le pidió que cada día escogiera una pequeña historia y la analizara exhaustivamente, haciendo especial hincapié en la búsqueda de soluciones posibles y alternativas. Durante estas dos primeras semanas los vómitos fueron de uno diario, excepción hecha de los fines de semana en que no aparecieron (recuérdese que se habían eliminado las comidas con los suegros).

La semana siguiente M. debía anotar las situaciones y acontecimientos conflictivos de su vida que fuera capaz de recordar, calificarlas según una escala de 1 a 10 de gravedad percibida del conflicto, y generar al menos dos posibles soluciones. Las 10 situaciones más problemáticas que recogió se exponen en la Tabla 1 (había un total de 46).

TABLA Nº 1: SITUACIONES VITALES MAS PROBLEMATICAS

Nº	Puntuación
1. Discusión con los suegros dos días antes de la boda, por la lista de invitados al banquete	10
2. Banquete de boda	10
3. Cuando la hermana fue fallera mayor del barrio .	9
4. Cuando su marido (novio) decidió abandonar el trabajo "seguro" en la empresa para independizar se	9
5. Cada vez que va a comer con sus suegros	9
6. Cuando discute con su marido por cuestiones económicas	8
7. Cada vez que vomita	7
8. Cada vez que debe negociar aumento de salario ..	6
9. Discusiones con su cuñada	5
10. Discusiones con su madre	4

Durante esta 3ª semana no acudió a la consulta ya que se le dijo que hasta que no tuviera bien sistematizadas las situaciones no podríamos empezar a trabajar sobre ellas. Por otro lado, su marido seguía recogiendo la frecuencia de vómitos, que en esta semana ascendió a uno diario. La sintomatología depresiva había remitido considerablemente, en especial por lo que se refiere a las rumiaciones negativas sobre el futuro y al llanto.

La sesión de la semana 4ª se dedicó a revisar los análisis que había realizado de las situaciones problema, someterlos a crítica y generar otras alternativas. Los vómitos se redujeron a 4, menos de uno diario, y no se apreciaron síntomas ansiosos ni depresivos, a excepción de dificultades para conciliar el sueño. Se le impuso entonces la tarea de anotar diariamente situaciones problemáticas junto con las soluciones adoptadas, valoración de su eficacia para la solución del problema en cuestión, emoción subsiguiente (disgusto-alegría, tranquilidad-nerviosismo), y otras posibles soluciones no adoptadas, valoradas asimismo en función de su probable eficacia y emoción asociada. La siguiente entrevista (semana 5ª) la dedicamos a analizar los protocolos, en los que seguían predominando la escasez de alternativas, junto con valoraciones negativas respecto de la eficacia de la solución final adoptada y de las subsiguientes emociones asociadas.

La segunda parte de la sesión se dedicó a explicar el contenido y los objetivos de la terapia de rol fijo. Antes de la sesión habíamos construido un guion en el que el personaje central era el de una mujer que no temía exponerse a situaciones conflictivas, que era capaz de aceptar críticas sobre sus opiniones y su comportamiento, y que no perdía la confianza en sí misma aunque no siempre le salieran bien las cosas. Intentábamos reflejar una personalidad activa, eficaz, alegre y abierta a las opiniones ajenas. A M. le pareció un personaje seguro de sí mismo, feliz y, a la vez, divertido, que le recordaba mucho a una compañera de colegio con la que mantuvo cierta amistad y a la que admiraba.

Siguiendo las recomendaciones de Kelly (1955) nos aseguramos, en la medida de lo posible, de que el guión y el personaje fueran aceptados por M., de que no supusieran amenaza alguna para ella y de que le resultara plausible. Como es natural, no se sentía muy capaz de interpretar el personaje para lo que, a modo de ensayo, escogimos dos situaciones de la lista inicial que ella había elaborado (concretamente las números 3 y 8 de la Tabla 1) y le pedimos que representara de nuevo la situación pero comportándose, en esta ocasión, como se suponía que lo hubiera hecho nuestro personaje.

Las tres semanas siguientes (6ª, 7ª, y 8ª) fueron exclusivamente dedicadas a esta tarea, cubriendo diferentes aspectos de su vida y sus relaciones (marido, madre, amigas, jefe, cuñada, sue-

gros, etc.). Las sesiones las dedicábamos a ensayar algunas de estas posibles situaciones que después eran analizadas con el fin de detectar posibles errores, siguiendo el mismo método que habíamos estado utilizando con la técnica de solución de problemas. M. seguía practicando y analizando en su casa estas y otras posibles escenas que ella fuera capaz de diseñar, e intentar ponerlas en práctica en la realidad, en el caso de que hubiera ocasión para ello. Se le pedía además que anotase su propia valoración crítica de la representación así como las emociones que había experimentado. Se produjo un cambio importante en ambos aspectos, apareciendo por primera vez auto-valoraciones positivas y emociones agradables. De hecho, M. encontró "muy divertido" el procedimiento y su marido (del que solicitaba en ocasiones colaboración para representar las escenas y valoración crítica de las mismas) nos comentó que M. "se metía" realmente en el personaje y que solía reírse de sí misma cuando no lo hacía bien. Además se produjo un hecho que pareció animarla de forma decisiva: durante la semana 7ª debía negociar con su jefe el aumento de sueldo anual, situación que normalmente le producía gran ansiedad. M. decidió ensayar la situación, y cuando hubo de realizarla en la realidad le salió tan bien que a pesar de no conseguir todo el aumento previsto, quedó francamente satisfecha.

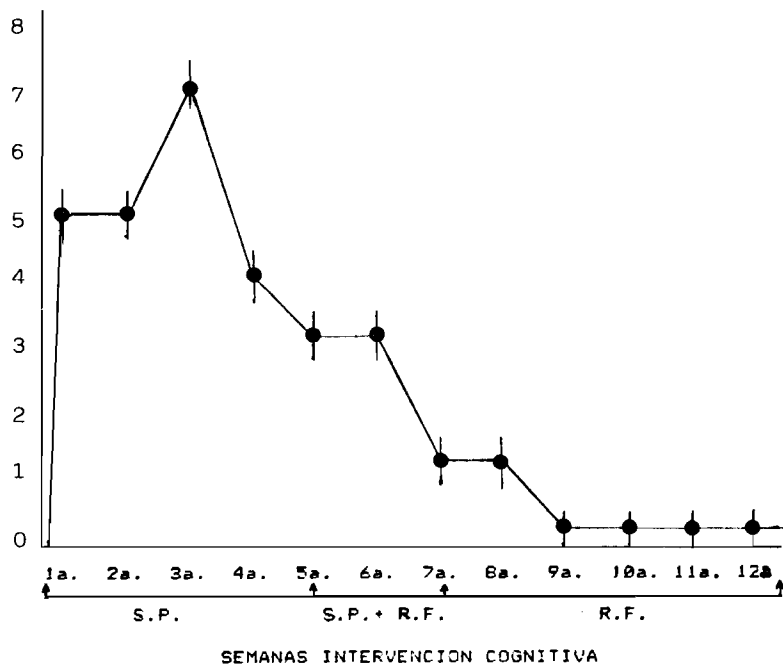
Dado el éxito obtenido en esta situación, ella misma planteó la conveniencia de enfrentarse de nuevo con el tema de las comidas con sus suegros y, en la entrevista (semana 8ª) diseñamos un guión con esta situación que debía ensayar durante el resto de la semana. Las últimas dos semanas sólo había registrado un episodio de vómito que, además, coincidió con la menstruación y con una fuerte jaqueca (véase el gráfico 1).

La comida con los suegros fue, según sus palabras, un éxito: M. se comportó con absoluta normalidad y consiguió seguir las normas generales del guión que consistían en tomarse a broma las alusiones agresivas de su suegro o ignorarlas. Durante las tres semanas siguientes no aparecieron vómitos ni síntomas que recordaran el cuadro ansioso. M. se mostró decidida a reorientar su plan y estilo de vida, haciendo planes a medio y largo plazo, tanto a nivel personal-social (salir más con amigos los fines de semana y romper la rutina de comidas familiares, cuidar más su aspecto personal, ir al dentista, etc.), como profesional y laboral (comenzó a ir a una academia para preparar oposiciones de funcionario).

A partir de la semana nº 13 dejamos el tratamiento por completo. Se ha realizado un seguimiento de un año (entrevistas a los 3, 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento), constatando la estabilización de la situación, que es totalmente asintomática. En la actualidad, 20 meses después de iniciada la segunda fase del tratamiento, M. se halla en el tercer mes de gestación,

no habiéndose presentado hasta la fecha ningún nuevo episodio de vómitos ni síntomas de ansiedad.

GRAFICO Nº 1: Representación gráfica de la evolución de la conducta de vómito durante el período de intervención cognitiva.



S.P. = Terapia de Solución de Problemas.

T.R. = Terapia de Rol Fijo.

UN COMENTARIO FINAL

Desde luego no resulta fácil valorar la eficacia diferencial de las técnicas que hemos utilizado. Hasta cierto punto, parece claro que el mero hecho de recibir asistencia psicológica intervino favorablemente en la reducción del cuadro ansioso que M. presentaba; y es quizá más que probable que el entrecamamiento en relajación muscular coadyuvara a tal reducción o a su mantenimiento, ya que el cuadro remitió por completo con la D.S.

Quizá el fracaso relativo que la D.S. supuso para la eliminación de la conducta de vómito pueda atribuirse no tanto a la técnica en sí como a las características personales y situacionales de M. que hicieron imposible continuar aplicando la técnica el

tiempo suficiente como para proceder a una valoración adecuada de su eficacia. Por otro lado, la introducción de técnicas como la de Solución de Problemas o la Terapia de rol fijo, en las que el paciente es forzado a jugar un papel más activo en el proceso de tratamiento dió como resultado una mayor adherencia de M. al mismo que, a la postre, redundó en una eficacia indudable para el conjunto del problema. Pensamos que debiera estudiarse con mayor profundidad el tema de la adherencia al tratamiento como un componente valioso de la eficacia global del mismo. Desde luego cabe otra interpretación: es posible que una parte del éxito se deba al hecho de que durante toda la segunda fase del tratamiento no prestamos atención directa al comportamiento de vómitos (ya que era el marido quien anotaba su ocurrencia sin que M. interviniera en absoluto), lo que podría significar que ese comportamiento se "extinguió" por "extinción". De todos modos, parece claro que la configuración patológica de la personalidad de M. estaba, a su vez, manteniendo la conducta de vómito, la cual fue desapareciendo a medida que se modificaba la configuración global.

En resumen, no queda claro cuál es el nivel de eficacia diferencial de las técnicas utilizadas ni si tal eficacia se debe a algún factor común a todas ellas o a la combinación de las mismas, como han puesto de manifiesto KORCHIN y SANDS (1983) o, en otro sentido, BANDURA (1977) y FRANKL (1971). Estamos de acuerdo con BOTELLA (1985) cuando afirma que una tarea urgente de la psicoterapia consiste, precisamente, en la investigación de los posibles factores comunes a las diferentes estrategias de intervención psicológica para dar razón de su eficacia tanto al nivel de técnica concreta, como al más general de la "psicoterapia". Quizá la apelación a modelos complejos de valoración, que incluyan tanto factores situacionales como motivacionales y cognitivos, pueda ser un camino a explorar.

BIBLIOGRAFIA

- BANDURA, A.: "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change". *Psychological Review* 1977, 84, 191-215.
- BOTELLA, C.: "La utilización de terapia de rol fijo y de la intención paradójica en un trastorno infantil". *Análisis y Modificación de Conducta*, 1985, 11, 645-655.
- FRANKL, J.D.: "Therapeutic factors in psychotherapy". *American Journal of Psychotherapy*, 1971, 25, 350-361.

- FREUD, S.: El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (1893) Obras Completas, Vol. I. Madrid: Biblioteca Nueva.
- JACOBSON, E.: Progressive Relaxation. Chicago, University of Chicago Press, 1938.
- KELLY, G.: The Psychology of Personal Constructs. Vols. 1 y 2. Nueva York, Norton 1955
- KORCHIN, S.J. y SANDS, S.H.: "Principles common to all psychoterapies". En: C.F. Walker (Ed.), The Handbook of Clinical Psychology, Vol. 1. N.J.: Jones-Irvin, 1983.