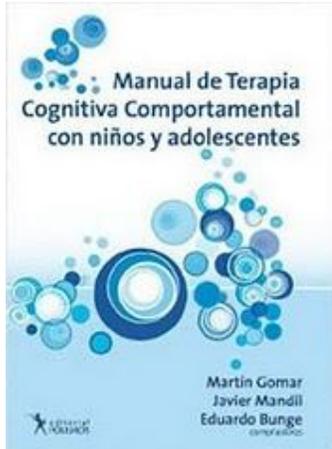


Reseña Bibliográfica: Gomar, M., Mandil, J., Bunge, E. (2011) *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
A cargo de la Lic. Stella Giardina¹



En esta obra, los autores presentan un manual donde se describen algunos tratamientos que han demostrado ser más eficaces para el abordaje de los trastornos de mayor prevalencia en la niñez y la adolescencia. Cuenta con el aporte de diferentes autores que son referentes mundiales en su especialidad.

Se abarcan con profundidad la práctica clínica y las intervenciones con el niño y/o adolescente, la familia y la escuela. Incluye las últimas investigaciones que muestran con rigor científico modelos de tratamiento basados en la evidencia.

Este manual aporta los fundamentos teóricos, y científicos que abalan la práctica clínica de la psicoterapia infanto-juvenil.

La obra está dividida en tres secciones. En la primera parte, los autores Eduardo Bunge, Javier Mandil y Martín Gomar desarrollan a través de los primeros capítulos, los pilares sobre los que se asienta la Terapia Cognitiva: la teoría, la investigación y la práctica clínica con niños y adolescentes.

Se muestran las investigaciones que evalúa la eficacia de los tratamientos específicos para cada trastorno y se destacan los criterios de selección para intervenir con el paciente y/o su familia de manera más eficaz.

Otro aspecto fundamental que se desarrolla en esta primera parte es el peso de la alianza terapéutica en las intervenciones y el uso de recursos que constituyen medios habituales y dinámicos destinados a favorecer la comunicación, el aprendizaje y el entretenimiento que aumentan la eficacia en la clínica cognitiva infanto-juvenil.

En la segunda sección del libro se desarrollan los tratamientos específicos. Se desarrollan los trastornos del DSM IV-TR característicos de la niñez y la adolescencia.

En los capítulos 6, 7, 8 y 9, C. Benjamín, J.L. Podell, M Mychailyszyn, C. Puleo, S. Tiwari, y P.C. Kendall, abordaron los trastornos de ansiedad.

¹ Lic. en Psicología- Prof. Adjunta de Clínica de Niños y Adolescentes – Universidad Abierta Interamericana - stella_giardina@hotmail.com

Estos autores señalan el éxito de la Terapia Cognitiva Comportamental para la ansiedad en niños y adolescentes. Abarca el tratamiento del Trastorno de Ansiedad por Separación – TAS- , Trastorno de Ansiedad Generalizada –TAG- , y Fobia Social –FS-

A través de las diferentes estrategias, se señala la función normativa y adaptativa. Además se recomienda a los terapeutas los intereses y habilidades de los niños y/o adolescentes para el entendimiento, incrementar el interés y motivación en el desarrollo del proceso terapéutico, generando un contexto agradable para ambos.

En el capítulo 7, T. Ollendick, T. E. Davis III, y E. Reuther, abarcan el Tratamiento Cognitivo Comportamental para las fobias específicas.

Aquí se realiza el seguimiento de los temores normativos y fobias específicas, su fenomenología, etiología y epidemiología. Los tratamientos descritos están basados en la evidencia. También se desarrolla un ejemplo de caso de un tratamiento innovador (Tratamiento de Sesión Única).

En el capítulo 8: ``Terapia Cognitiva Comportamental para pacientes pediátricos con trastorno obsesivo compulsivo´´, los autores R Rodríguez Biglieri y G. Vetere nos describen las características del T.O.C y nos muestran la importancia del diagnóstico, evaluación y tratamiento del mismo.

El tratamiento descrito apunta a mejorar la calidad de vida del paciente a través del aprendizaje de nuevas estrategias que lo llevan a adquirir destrezas y habilidades que refuercen la adherencia al tratamiento y el mejoramiento de la alianza terapéutica.

Proponen 5 etapas a desarrollar: 1) Psicoeducación, 2) Relevamiento sobre factores de desarrollo y mantenimiento del cuadro, 3) Entrenamiento cognitivo conductual, 4) Testeo de hipótesis – exposición y prevención de respuesta, 5) Prevención de recaídas.

Además destacan los autores como esenciales la capacitación, entrenamiento y experiencia del terapeuta para llevar adelante el tratamiento de manera eficaz.

En el capítulo 9 se trata el Trastorno por Estrés Postraumático en Niños y Adolescentes expuestos a trauma.

Los autores A. Moreland Begle, M. A. de Arellano, R. F. Hanson y E. Deblinger nos hablan en este capítulo de los procedimientos de evaluación y tratamiento para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), utilizando Terapia Cognitiva Comportamental Focalizada en el Trauma (T.C.C. –F.T), (Cohen, Mannarino y Deblinger, 2006). Según los autores este es el abordaje más apropiado para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático ya que cuenta con basta evidencia

empírica acerca de su efectividad en la reducción sintomatológica relacionada con el trauma luego de una victimización.

Esta es una intervención manualizada dirigida a niños de entre 3 y 17 años, que hayan estado expuestos a eventos traumáticos.

Sus componentes principales están organizados de acuerdo con las siglas PRACTICA: P – psicoeducación y habilidades de crianza, R- relajación, modulación y expresión, A- afectiva, afrontamiento y procesamiento, C- cognitivo, narración del trauma, T- exposición, I- in vivo, sesiones, C- conjuntos, A- aumento de la seguridad en el futuro y desarrollo.

En el capítulo 10 se presenta el Tratamiento Cognitivo Comportamental Grupal para Adolescentes con depresión. Sus autores G.N. Clarke y L.L. de Bar nos desarrollan este programa de tratamiento que responde a la sigla CADA, que significa “Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes”.

Parten de un dispositivo grupal con diferentes módulos de entrenamiento en habilidades. Tiene dos componentes básicos: a) la Terapia Comportamental y b) una modificación de la Terapia Cognitiva de Beck y de la Terapia Racional Emotiva de Ellis y Harper.

Se focaliza en el alivio sintomático y se organiza en 5 módulos de entrenamiento en habilidades, a) Reestructuración Cognitiva, b) Terapia Comportamental, c) Resolución de problemas, comunicación, negociación, d) entrenamiento en relajación y e) Establecimiento de objetivos. Este dispositivo tiene una duración de 16 sesiones de 2 horas. Para personas que en ese período no hayan logrado su recuperación existen sesiones grupales de refuerzo con una frecuencia mensual.

Tina Golostein, en el capítulo 11 nos mostrará los Abordajes Terapéuticos Basados en la Evidencia para el Tratamiento de jóvenes con Trastorno Bipolar, y las investigaciones hechas hasta la fecha.

Si bien no hay consenso entre los expertos respecto de la eficacia de las estrategias de tratamiento para el Trastorno Bipolar Pediátrico, debido a la escasa investigación, sí hay guías de tratamiento que identifican que las intervenciones psicosociales aumentan los efectos de la farmacoterapia y sirven como base para el tratamiento.

La práctica Clínica y las revisiones recientes, (Mc Clellan, 2007; Golber Arnolo y Fristad, 2003), detallan elementos específicos de las intervenciones psicosociales para jóvenes con Trastorno Bipolar, por ej: a) favorecer la comprensión de las causas,

síntomas y alternativas para el T- Bipolar; b) el manejo de síntomas; c) habilidades de afrontamiento; d) relaciones interpersonales; e) funcionamiento académico; f) prevención de recaídas. Además el foco también está puesto en la mejora del funcionamiento familiar y en la resolución de problemas.

Dentro de las intervenciones que cuentan con evidencia empírica encontramos: los grupos psicoeducativos multi-familiares. (Fristad y Cols. 2003).

-La Terapia Cognitiva Comportamental focalizada en el niño y la familia: Programa Rainbow.

-La terapia Focalizada en la Familia para adolescentes. (Miklonitz y Goldstein, 1990)

-Terapia Interpersonal y de Ritmos Sociales para Adolescentes. (Frank, 2005).

-Terapia Cognitiva Comportamental (Beck y Cols, 1979).

-Terapia Dialéctica Comportamental para Adolescentes con Trastorno Bipolar (Linehan, 1993)

En el capítulo 12 Kevin M. Antshel y Russell Barkley nos hablan sobre: Intervenciones Psicosociales en TDAH.

Los autores nos describen los enfoques de tratamiento psicosocial para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad que cuentan con mayor apoyo empírico: a) entrenamiento a padres en el manejo del comportamiento del niño y b) entrenamiento a docentes en el aula.

El entrenamiento a padres consiste en entrenarlos en técnicas de condicionamiento operante como la aplicación de refuerzos o castigos luego de comportamientos apropiados y/o inapropiados. Hay tres tipos de procedimientos básicos:

- a) los orientados a manejar las contingencias que están relacionadas con actividades donde hay que incrementar comportamientos positivos o negativos.
- b) Orientados a reestructurar tareas
- c) Aquellos que manipulan la naturaleza de las consecuencias del comportamiento en ese entorno.

En el entrenamiento a docentes el objetivo es el manejo de comportamiento durante la clase. Se utiliza el entrenamiento en estrategias y manejo de contingencias y la reestructuración de tareas.

Además los autores nos mencionan las terapias combinadas o multi-modales donde es evidente la ventaja comparada con las intervenciones individuales.

También se evaluaron la Terapia Cognitiva Comportamental y la Terapia Cognitiva y se evidenció una eficacia limitada para el tratamiento con niños y adolescentes con TDAH, utilizadas como intervenciones individuales.

De la misma forma el Entrenamiento en Habilidades sociales, como la estimulación vestibular, el entrenamiento en biofeedback y la relajación o los tratamientos dietéticos han mostrado una eficacia poco efectiva.

Finalmente tenemos que saber que el trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es en gran medida un trastorno crónico y hereditario, que amerita intervenciones farmacológicas y psicosociales para su manejo.

Capítulo 13: Series de entrenamiento a padres, maestros y niños: Los años increíbles. Carolyn Webster – Stratton, M. Jamila Reid

Los autores parten de la idea de que las intervenciones tempranas pueden contrarrestar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección ayudando así a prevenir el desarrollo de conductas agresivas y violentas.

Así se crearon 3 protocolos de entrenamiento enfocados a los padres, a los maestros y a los niños (entre 0 y 13 años) llamado Programa de Entrenamiento LAI: “los años increíbles”. Diseñado para tratar los problemas de conducta en el inicio de la vida, durante la niñez y a lo largo de la escuela primaria.

Este modelo se basa en métodos de entrenamiento en desempeño e incluye el modelado en Video, juego de roles y actividades de práctica y devoluciones del terapeuta en vivo y con otros miembros del grupo. Es un modelo de aprendizaje interactivo y de afrontamiento (Webster – Stratton y Herbert, 1994). Apunta al fortalecimiento de la identidad, al respeto mutuo y a ejercer el autocontrol que estaba debilitado. Tiene un formato grupal con el objetivo de brindar apoyo social, emocional y reducir los sentimientos de aislamiento.

El programa LAI ha demostrado ser eficaz en la prevención y tratamiento de trastornos de conducta, delincuencia y violencia.

Capítulo 14: Aportes teóricos y clínicos para el abordaje de la impulsividad en niños. Circe Salcides Petersen.

Aquí se abordan el espectro de comportamientos impulsivos. Se analizan la impulsividad y la ira presentes en diferentes patologías que tienen su inicio en la niñez.

La autora parte de la hipótesis que plantea que los comportamientos agresivos son complejos y multifactoriales. Por lo cual, es necesario llevar adelante intervenciones multimodales con el fin de evaluar los aspectos etiológicos y de mantenimiento del

comportamiento disfuncional. El objetivo es promover la resiliencia y enfocar en los factores de protección.

El modelo teórico que sustenta este procedimiento es el modelo ABC de Ellis (Asg- 2003). Donde A- es el evento activador, B- las creencias y C- las consecuencias.

Luego se señala el programa de intervención en Terapia Cognitiva Comportamental de Kendall y Finch (1976; 1978; Kendall 1992 a; 1992 b). Se trabaja en el entrenamiento a padres y por otro lado, el trabajo específico con el niño. Es un tratamiento manualizado. Se incluyen estrategias de solución de problema que incluyen:

- a) autoinstrucción y generación de alternativas
- b) costos de las respuestas
- c) autoevaluación
- d) reconocimiento de emociones
- e) noción de consecuencias

También se desarrolla el programa Pandy: (Preventing Anxiety and Depression in Youth, Friedberg y Cols. 2001).

Aquí las técnicas que se describen son:

``medidor de gasolina de la ira``

``el termómetro de sentimientos y pensamientos``

``el semáforo``

La idea central independientemente de la conceptualización teórica a la que se adhiera, es que el terapeuta pueda establecer la estrategia psicoterapéutica más adecuada para cada cosa.

Capítulo 15: Terapia Cognitiva comportamental para adolescentes con bulimia nerviosa. F. Duthu, M.Campbell, Y. Leoni, J.Eisler

En el presente capítulo se aborda la Bulimia Nerviosa desde la perspectiva clínica, su evaluación y tratamiento. Si bien se señala como el abordaje más eficaz la Terapia Cognitiva Comportamental para tratar adolescentes y sus familias con esta dificultad, los autores mencionan la importancia de ahondar en la investigación para examinar la eficacia y la aceptabilidad de este proceso.

El modelo de Terapia Cognitiva para adolescentes con Bulimia Nerviosa es similar al utilizado en adultos. (Lock, 2005) Se divide en 3 etapas: A) compromiso y motivación para el cambio. B) regulación de la ingesta y reducción de la sintomatología; y C) prevención de recaídas y finalización del tratamiento.

Además se señalan cómo importante cuatro áreas a tener en cuenta en el desarrollo del tratamiento: a) desarrollo y procesamiento cognitivo, b) desarrollo social y funcionamiento interpersonal, c) participación familiar y d) flexibilidad en el proceso. (Lock 2005, Weisz y Hawley, 2002; Wilson y Sysko 2006; Schmidt, 2009)

Capítulo 16: Trastorno dismórfico corporal: un desorden complejo. Tania Borda.

Tania Borda nos hace una profunda descripción de este trastorno y de las evaluaciones e investigaciones que se están llevando a cabo para reconocer y diagnosticar con precisión el TDC.

Las guías internacionales de tratamiento al igual que las publicaciones recomiendan el tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina en combinación con terapia cognitiva comportamental. (Pérez Rivera y Borda, 2001; Pérez Rivera y Borda, 2006; Aryura Tobias y Col., 2003)

En el tratamiento cognitivo comportamental se dan tres fases: A) de preparación, psico-educación y evaluación; B) tratamiento y C) mantenimiento. Señalan como objetivo principal la funcionalidad del paciente en el ámbito estudiantil, laboral, familiar, pareja y relaciones sociales.

Las técnicas cognitivas – comportamentales trabajan específicamente los componentes perceptivos, cognitivos, conductuales, afectivos y neurocognitivos.

Capítulo 17: Terapia Dialéctica comportamental para adolescentes con desregulación emocional. Pablo Gagliesi, Juan Pablo Boggiano.

La Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) fue desarrollada por Marsha Linehan. Es una modificación del tratamiento cognitivo comportamental estándar.

Es un programa de tratamiento validado para diversos trastornos, problemas y contexto. Por ahora, es el tratamiento con mayor evidencia y replicación para el Desorden Límite de la Personalidad.

Estas personas sufren un déficit para la regulación de sus emociones, mas vulnerabilidad emocional y se agrega un ambiente invalidante.

Por lo tanto se trabaja para balancear Cambio y Aceptación, dos estrategias aparentemente opuestas.

Miller y Rathus modificaron el tratamiento de Terapia Dialéctica Comportamental para adultos para implementarlo con adolescentes con trastorno límite de personalidad y conductas suicidas. Así apareció la Terapia Dialéctica Comportamental versión Adolescentes (TDC-A).

Este programa cuenta con cuatro modalidades: A) Terapia individual, B) el grupo de habilidades, C) la asistencia telefónica y D) otros tratamientos auxiliares como: psicofarmacológico, grupos de alcohólicos anónimos y educación Nutricional. Además se divide en cinco etapas, una de pre tratamiento y cuatro de tratamiento. Cada una con objetivos y procedimientos específicos.

En este tratamiento se incluye el trabajo con la familia. Se plantean objetivos de base como:

- a) aumentar la comprensión de los padres respecto de la vulnerabilidad emocional de los hijos
- b) trabajar la desregulación emocional de los padres
- c) preparar al adolescente para intervenir con su familia
- d) facilitar el análisis en cadena de las dificultades
- e) modificar las contingencias en el ambiente familiar

De esta forma se los prepara para saber manejarse en situaciones de crisis o urgencias con el objetivo de evitar situaciones límites futuras.

Por último se señala la importancia del estrechamiento de los terapeutas para llevar delante de manera eficaz este programa.

En la tercera sección de este manual llamada ``Perspectivas Futuras`` se abordan desarrollos recientes en conceptos teóricos y metodológicos en la Terapia Cognitiva Infanto-Juvenil.

Capítulo 18: Aportes de la tercera ola de TCC a la clínica con niños y adolescentes. Javier Mandil, Raúl Borgialli, Martín Gomar, Eduardo Bunge.

En los aportes de la tercera ola de las terapias cognitivas y comportamentales se incluyen los principios básicos del aprendizaje, el análisis funcional, la construcción de habilidades, el modelo directo y el foco del cambio conductual por la modificación del contexto y no del contenido de los pensamientos y las emociones.

Se enfatiza la práctica de la meditación de conciencia plena, la aceptación y la perspectiva cognitiva como recurso para el afrontamiento de las experiencias de dolor. (Linehan (1993), Hayes, Strosahl y Wilson (1999).

El foco estaría puesto no en modificar el contenido de las experiencias internas sino en cambiar la manera en que los pacientes se relacionan con las mismas.

Hay 4 prácticas contrales que se distinguen de los modelos de terapia cognitiva tradicional: La Reducción del Estrés basado en la Conciencia Plena, la Terapia

Dialéctica Comportamental, La Terapia de Aceptación y Compromiso, y la Terapia Cognitiva basada en la Conciencia Plena.

Para los autores de estos modelos, la conciencia plena y la aceptación son procesos alternativos a la evitación experiencial que promueven la flexibilidad psicológica.

Programa de Reducción del Estrés basado en Conciencia Plena. (PREBC) (KABAT ZINN, 1991)

Este programa probó su efectividad en la reducción de síntomas médicos y psicológicos en personas que sufren de estrés, ansiedad, dolor y enfermedades crónicas. Por la práctica de la meditación experimentando la atención plena podemos recuperar la fluidez y el equilibrio perdido en nuestras vidas.

Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) (Linehan, 1993)

Parte de la Filosofía Dialéctica, la Terapia Comportamental y la Meditación Zen.

La idea central de esta práctica es que cada tesis contiene en sí misma su antítesis. Es la expresión de una conducta que contiene en sí misma su opuesto. Se apunta al balance entre la aceptación y el cambio.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999)

Este programa integra técnicas de conciencia plena y aceptación para generar cambios conductuales señalando la necesidad de no negar las experiencias privadas indeseadas. Se utilizan metáforas, paradojas y ejercicios experienciales.

Terapia Cognitiva basada en Conciencia Plena (TCBCP) (Segal, Teasdale y Williams. 2003)

Focaliza el tratamiento en la forma en que el paciente se relaciona con sus experiencias internas. Es la toma de distancia con respecto a sus emociones y pensamientos negativos.

Se centra en la práctica de la meditación de conciencia plena.

Para los tratamientos con niños y adolescentes se hace hincapié en utilizar técnicas que faciliten la mayor actividad y movimiento en las sesiones. Con los adolescentes el uso de desafíos y técnicas indirectas que despierten más motivación. También el uso de gráficos y power cards recordatorias.

Además se menciona como fundamental la incorporación de la familia al tratamiento y los personajes claves en el contexto cotidiano de los niños y adolescentes.

Si bien hay poca evidencia acerca de la eficacia y viabilidad de éstos tratamientos en niños y adolescentes, algunos se destacan como por ejemplo: el estudio de Saltzman

y Goñdin (2008), donde se trabaja con niños en edad escolar en las habilidades de conciencia plena. También, se trabaja con un protocolo de terapia dialéctica comportamental para motivos de consulta complejos (Miller, Rathus y Linehan. 2006). Otro es el programa para niños ansiosos en Terapia Cognitiva basada en Conciencia Plena. Otro, el tratamiento de Terapia de Aceptación y Compromiso para el dolor crónico. (Wicksell, Lindgren y Greco, 2008)

Sin embargo hay que mencionar el señalamiento de varios autores, con respecto a lo poco frecuente que es en nuestro medio las prácticas de meditación en niños y adolescentes. Por lo tanto, es muy importante continuar con las investigaciones que darán más sustento a estas prácticas.

Capítulo 19: Las nuevas patologías y dispositivos en la terapia de niños y adolescentes. Edith Vega, Marina Maristany, Héctor Fernández Álvarez.

En este capítulo, los autores se refieren a algunas de las nuevas patologías en niños y adolescentes y su influencia en el modo de diseñar las intervenciones terapéuticas.

También señalan que los terapeutas deben interactuar considerando los nuevos desarrollos en biomedicina, los cambios sociopolíticos y la implicancia de éstos en el modo de concebir el padecimiento familiar e individual.

En la actualidad contamos con estudios epidemiológicos, estudios transculturales y el desarrollo de la psicología evolutiva y la psicopatología, que los ayudan a profundizar criterios, tanto en el momento del diagnóstico como con el pronóstico y las posibles intervenciones.

Considerar las nuevas patologías implica tener una mirada integradora del niño, del adolescente y de su entorno. Implica un desafío que nos lleva a evaluar el impacto del desarrollo psicosocial, el proceso de socialización y el proceso de adquisición de la identidad.

Pero es necesario ahondar en la pertinencia de las intervenciones, favoreciendo la flexibilización de patrones de relación interpersonales presentes en la disfuncionalidad.

En la actualidad, los modelos de integración son los que han demostrado considerar estas perspectivas en el diseño de intervenciones terapéuticas. (Wachtel, 1977; Safran y Greenberg, 1988; Fernández Álvarez, 1992).