

A conceptual illustration of a human brain and a hand. The brain is rendered in a semi-transparent, wireframe style, showing its complex structure. A hand is shown reaching towards the brain from the right side. The background is a dark blue space with small white stars, suggesting a connection between the mind and the physical world.

**PERSPECTIVA GENERAL
DE LAS PSICOTERAPIAS**

Perspectiva general de las psicoterapias

Robert S. Abernethy III, MD

Steven C. Schlozman, MD

Puntos clave

- La evidencia de investigación apoya la eficacia de la mayor parte de las psicoterapias.
- La formación en psicoterapia durante la residencia abarca la competencia en cinco psicoterapias básicas.
- La psicoterapia en el niño y el adolescente incluye estrategias más integradoras que la psicoterapia en el adulto.
- Todas las psicoterapias requerirán una mayor responsabilidad en los planes de atención propuestos.

Contexto

Los clínicos afirman, medio en broma, que el número de psicoterapias existentes podría superar el número de psicoterapeutas en ejercicio. Cada sesión, incluso en las psicoterapias guiadas por manuales, es única. La actuación del terapeuta y del paciente depende de muchos factores (p. ej., características y preferencias del paciente, formación y perspectiva teórica del terapeuta, experiencia del terapeuta, seguro o fondos disponibles para el tratamiento, y tiempo disponible para el mismo).

Gran parte de la actividad psicoterapéutica puede tener lugar durante una cita de seguimiento psicofarmacológico de 20 min, durante una charla breve entre el psiquiatra y el paciente antes de la terapia electroconvulsiva (TEC), o durante una visita a un médico de atención primaria (MAP) empático. Sin embargo, en este capítulo definimos la psicoterapia como el proceso beneficioso integrado en la interacción verbal entre un psicoterapeuta profesional y uno o varios pacientes.

Probablemente sean cientos los tipos de psicoterapia descritos en la literatura científica.¹ Este capítulo se centrará (en cierto modo de forma arbitraria) en 10 formas frecuentes de psicoterapia para adultos en función de la teoría, la técnica, la duración y el paciente. También incluye un apartado sobre psicoterapia para niños y adolescentes.

Psicoterapia psicodinámica

La psicoterapia psicodinámica tiene la tradición organizada más prolongada de las psicoterapias. También se conoce como psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia expresiva.² Esta terapia puede ser breve o limitada en el tiempo, pero generalmente es abierta y a largo plazo. En general, las sesiones se realizan una o dos veces por semana, y se anima al paciente a hablar sobre «cualquier cosa que se le ocurra». Este estímulo se ha denominado la regla fundamental de la psicoterapia. En consecuencia, el terapeuta generalmente no dirige, pero puede animar al paciente a centrarse en sentimientos sobre «cualquier cosa que se le ocurra». El terapeuta es empático, atento, inquisitivo, no crítico y más pasivo que en otros tipos de psicoterapia. La meta de la psicoterapia psicodinámica es reconocer, interpretar y trabajar

con sentimientos inconscientes que son problemáticos. A menudo se reconocen primero sentimientos inconscientes en el fenómeno de transferencia. Muchos psicoterapeutas psicodinámicos eligen ignorar los fenómenos de transferencia positivos, pero interpretan los fenómenos negativos. Por ejemplo, el paciente puede expresar el deseo de ser amigo del terapeuta. El enfoque estaría en la decepción y la frustración del paciente porque no puede existir una amistad, más que en la profundidad del deseo del paciente por una amistad con el terapeuta. El psicoterapeuta evita deliberadamente responder directamente a la mayoría de las preguntas o revelar información personal. Esta estrategia, denominada postura abstinent, fomenta la aparición del fenómeno de transferencia. La postura abstinent deja un vacío social que el paciente llena con su imaginación y sus proyecciones, lo que permite que el terapeuta acceda al inconsciente del paciente. Este entrará en contacto con sentimientos intensos que se han suprimido o reprimido. La catarsis es el «dejarse llevar» y la expresión de estos sentimientos.

En el modelo psicodinámico existen al menos seis sistemas teóricos principales, que se resumen en el [cuadro 10-1](#).³⁻⁷

Cuadro 10-1 Principales sistemas teóricos del modelo psicodinámico

Teoría clásica o estructural

Está representada principalmente por Sigmund Freud. El desarrollo incluye las fases oral, anal, fálica y edípica. Existen instintos duales: libido y agresión. La teoría estructural hace referencia a las interacciones del ello, el yo y el superyó.

Psicología del yo

Está representada principalmente por Anna Freud;³ se centra en el entendimiento de las defensas del yo con el fin de conseguir un funcionamiento de este más libre de conflictos.

Teoría de las relaciones objetales

Está representada principalmente por Melanie Klein;⁴ se centra en las posiciones esquizoide, paranoide y depresiva, y en la tensión entre el yo verdadero y el yo falso.

Teoría autopsicológica

Está representada principalmente por Heinz Kohut;⁵ aborda las deficiencias y la desintegración del yo. Los dos fenómenos de transferencia autoobjetales, simulación e idealización, fomentan la integración y generalmente no se interpretan.

Psicología transpersonal

Está representada principalmente por Carl Jung;⁶ se centra en fenómenos arquetípicos del inconsciente colectivo.

Teoría relacional

Está representada principalmente por Jean Baker Miller;⁷ se centra en la relación real entre el paciente y el terapeuta para entender y aliviar el conflicto y la inhibición social, y conseguir intimidad social.

El psicoanálisis es una forma intensiva de psicoterapia psicodinámica; varias de sus características se resumen en el [cuadro 10-2](#). El tiempo y el coste económico del psicoanálisis generalmente están fuera del alcance de muchos pacientes. Hasta la fecha no existe una evidencia convincente de que el psicoanálisis sea más eficaz que la psicoterapia psicodinámica. Sin embargo, van apareciendo pruebas de que esta es eficaz para una serie de diagnósticos.^{8,9}

Cuadro 10-2 Características del psicoanálisis

- El terapeuta se ha formado en un instituto psicoanalítico y se ha sometido a su propio psicoanálisis.
- El paciente acude a terapia entre tres y cinco veces por semana y generalmente se tumba en un diván; tradicionalmente, el terapeuta se sienta fuera de la vista del paciente.
- El objetivo del análisis son los fenómenos de transferencia. La postura abstinentes del psicoanalista se considera un catalizador importante para el desarrollo de los fenómenos de transferencia.
- Generalmente el psicoanálisis dura 3 años o más.
- Muchos psicoterapeutas psicodinámicos acuden al psicoanálisis para una introspección en profundidad de su propio inconsciente.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) está surgiendo como una psicoterapia ampliamente practicada para la depresión, los trastornos de ansiedad y otros diagnósticos psiquiátricos y médicos. La TCC representa una fusión del trabajo pionero de Aaron Beck¹⁰ (el primero que desarrolló la terapia cognitiva para la depresión a mediados de los años sesenta) y del de Joseph Wolpe¹¹ (quien, en 1958, describió una terapia conductual, la inhibición recíproca, para los trastornos de ansiedad).

La TCC se construye asumiendo que los pensamientos, los sentimientos y las conductas conscientes interactúan creando síntomas.¹² Al contrario que en el modelo psicodinámico, los conflictos internos inconscientes y las primeras relaciones se consideran menos importantes que la conciencia de los pensamientos, los sentimientos y las conductas conscientes del aquí y ahora. Las sesiones terapéuticas son estructuradas y colaborativas. El terapeuta define las metas y la metodología de la terapia, y enseña al paciente a observar la interacción de sentimientos, pensamientos y conductas. Las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas frecuentemente se resumen en el [cuadro 10-3](#). Existe una investigación importante que apoya la eficacia de la TCC en una serie de trastornos.¹³

Cuadro 10-3 Técnicas cognitivo-conductuales usadas frecuentemente

Solución de problemas

Consideración directa de las opciones del paciente para solucionar un problema de la vida real al que se está enfrentando aquí y ahora. Esta técnica a menudo permite que el terapeuta ayude al paciente a reconocer y corregir pensamientos distorsionados.

Asignación de tareas graduales

Se anima al paciente deprimido a que «se ponga en marcha» con tareas sencillas al principio (p. ej., salir de la cama y vestirse).

Control y registro de las actividades

El paciente lleva un diario de sus actividades, lo que ayuda al terapeuta a ajustar la asignación de tareas graduales y a programar las actividades.

Psicoeducación

Consiste en instruir a los pacientes acerca de sus diagnósticos y de cómo ayudará el tratamiento, cuáles son las responsabilidades del terapeuta y cuáles son las responsabilidades del paciente para que la terapia tenga éxito.

Concesión de crédito

Se enseña a los pacientes a darse crédito por su cumplimiento aunque sea modesto, con el fin de empezar a aliviar el negativismo global tan frecuente en la depresión.

Comparaciones funcionales del yo

Ayudar a los pacientes a que reconozcan cuánto están mejorando en lugar de que se comparen con otras personas que no están deprimidas.

Registro de pensamientos disfuncionales

Se enseñan a los pacientes distorsiones cognitivas frecuentes y se los anima a registrar las propias con ejemplos. Las distorsiones cognitivas frecuentes son: pensamientos de «todo o nada»; catastrofismo; descalificación o menosprecio de lo positivo; razonamiento emocional; uso de etiquetas; magnificación o minimización; filtro mental; lectura de la mente; generalización excesiva; personalización; afirmaciones como «debería, tengo que y debo», y visión en túnel. Se anima a los pacientes a registrar la fecha y la hora, la situación, el pensamiento automático, la emoción, la respuesta alternativa y el resultado.

Tarjetas de adaptación

El terapeuta ayuda al paciente a escribir tarjetas, cada una de las cuales contiene una distorsión cognitiva frecuente y un reto de corrección para la misma. Se anima al paciente a leer las tarjetas con frecuencia.

Entrenamiento de la relajación

Se enseña un método de relajación al paciente (p. ej., respuesta de relajación de Benson).

Entrenamiento de la asertividad

Se enseña al paciente la importancia de expresar adecuadamente sus sentimientos, opiniones y deseos. Se le puede asignar una tarea para realizar fuera de la consulta, con el fin de que sea asertivo en una situación anticipada. La técnica del «disco rayado» consiste en repetir exactamente la misma aseveración cuando se le presenta un desafío.

Prevención de la respuesta

El terapeuta ayuda al paciente a reconocer las conductas que refuerzan su problema o contribuyen a él (p. ej., sucumbir a la tentación de volver a la cama en una mañana depresiva).

Simbolismo guiado y juegos de rol

Se le enseña al paciente cómo usar su imaginación para sentirse mejor. El terapeuta puede practicar con el paciente haciendo la función de la persona con la que anticipa que va a ser asertivo.

Intervenciones biológicas

Estas pueden consistir en prescripción de medicamentos, reducción o eliminación de la ingesta de alcohol o café, y estimulación del ejercicio.

Psicoterapia de apoyo

La psicoterapia de apoyo se ha incluido en las cinco competencias centrales de la formación en psicoterapia. Esta terapia «fácil de usar» se enseñaba con poca frecuencia durante la residencia y en los programas de formación en psicología. Con el apogeo del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica durante mediados y finales del siglo XX, se consideró que el consejo, la recomendación y el estímulo generalmente eran inútiles en la mayoría de pacientes con problemas emocionales. No obstante, Wallerstein,¹⁴ cuando informó de los resultados del extenso Menninger Clinic and Foundation Study of Psychoanalysis and Psychotherapy, afirmó que a menudo la psicoterapia de apoyo era tan eficaz como el psicoanálisis para aliviar los síntomas y conseguir un cambio estructural duradero.

La psicoterapia de apoyo suele definirse por lo que no es. No consiste en el análisis de la transferencia, no implica afrontar las defensas, no se esfuerza por cambiar la estructura de personalidad ni el carácter ni implica hacer consciente el inconsciente. La psicoterapia de apoyo suele estar indicada para ayudar al paciente a sobrevivir a una pérdida o a superar un fenómeno estresante. Esta terapia puede ser breve, pero a menudo es a largo plazo. Por ejemplo, una viuda puede beneficiarse inicialmente de una psicoterapia de apoyo semanal tras la muerte de su esposo. Después de que los síntomas dolorosos del luto mejoren, puede

ver al terapeuta mensualmente durante un período indefinido para una psicoterapia de apoyo de mantenimiento.

La psicoterapia de apoyo proporciona un lugar seguro para que el paciente exprese sus sentimientos, solucione sus problemas y refuerce sus defensas adaptativas. La evidencia sigue sosteniendo el uso de la psicoterapia de apoyo incluso en retos tan complejos como la depresión en el niño y el adolescente.¹⁵ Las técnicas empleadas en el ejercicio de la terapia de apoyo se resumen en el [cuadro 10-4](#).

Cuadro 10-4 Técnicas implicadas en la práctica de la terapia de apoyo

- A menudo el terapeuta hace sugerencias y da consejos, y contesta preguntas con las respuestas adecuadas.
- Los fenómenos de transferencia generalmente no se abordan ni se interpretan. Sin embargo, la transferencia negativa debe abordarse si supone una amenaza para la alianza terapéutica.
- El terapeuta puede usar la clarificación y la confrontación, pero generalmente no realiza interpretación.
- El terapeuta suele ser activo y puede reforzar la autoestima del paciente mediante determinaciones directas (como la alabanza o el estímulo).
- El terapeuta intenta aliviar cualquier grado de ansiedad generada por él mismo.
- El terapeuta mantiene la terapia enfocada en una dirección constructiva en lugar de animar al paciente a que diga lo que le venga a la mente.
- El terapeuta se presenta como una persona real dispuesta a dirigir la terapia y a describir cómo actuará el tratamiento y la función que él tendrá en él.

Hellerstein et al.¹⁶ señalaron que la psicoterapia de apoyo era la psicoterapia estándar. Esta terapia «fácil de usar» no genera ansiedad ni requiere un compromiso semanal durante un período de tiempo indeterminado, como la psicoterapia psicodinámica expresiva. En distintas investigaciones se ha comprobado que la psicoterapia de apoyo es eficaz. Hellerstein et al.¹⁶ propusieron un ensayo de esta terapia antes de la psicoterapia psicodinámica expresiva, más extensa y que provoca mayor ansiedad.

Varios estudios de investigación de la psicoterapia han descubierto que la psicoterapia de apoyo es eficaz en diversos diagnósticos psiquiátricos; Winston et al.¹⁷ han revisado extensamente estas publicaciones. Sin embargo, se requiere una mayor investigación para entender mejor cómo integrar la psicoterapia de apoyo con la psicofarmacología y otras técnicas psicoterapéuticas para los diagnósticos específicos.

Psicoterapia breve

Aunque Olfson y Pincus¹⁸ descubrieron que probablemente la duración media de la psicoterapia sea solo de ocho sesiones y que la mayoría de estas psicoterapias «breves» finalizan por una decisión unilateral del paciente de abandonar el tratamiento. Paradójicamente, Sledge et al.¹⁹ observaron que, si se planificaba una terapia breve con el paciente, continuaban hasta el punto final acordado el doble de pacientes que si no se había acordado dicho punto. En otras palabras, haber acordado un límite para el número de sesiones reduce la frecuencia de abandono hacia la mitad. No obstante, existen evidencias crecientes de que determinadas terapias breves finalmente pueden requerir períodos de tratamiento más prolongados.^{20,21}

La psicoterapia breve se define, por tanto, como la terapia con un final predeterminado, generalmente a las 8-12 sesiones. La teoría y la técnica de la psicoterapia breve son paralelas a los «campos» de la psicoterapia establecida. Sifneos,²² Malan,²³ Davanloo²⁴ y otros describen la psicoterapia psicodinámica limitada en el tiempo. Beck y Greenberg²⁵ han descrito la terapia cognitiva limitada en el tiempo. La psicoterapia interpersonal (PIP) de Klerman²⁶ es una terapia limitada en el tiempo que se centra en las relaciones interpersonales del aquí y ahora. Budman²⁷ describió una psicoterapia ecléctica o integradora que incluye temas interpersonales, existenciales y del desarrollo. Hembree et al.²⁸ diseñaron una terapia conductual breve que consiste en entrenamiento en inoculación de estrés y tratamiento de exposición.

Steenbarger²⁹ presentó las consideraciones para los criterios de selección para psicoterapia breve. Estas se muestran en el [cuadro 10-5](#).

Cuadro 10-5 Criterios para la selección de psicoterapia breve

- Duración: los problemas de larga duración tienen menos probabilidad de responder a psicoterapia breve.
- Antecedentes interpersonales: si el paciente tiene antecedentes de malas relaciones interpersonales, puede que se produzca una alianza de confianza productiva y necesaria para la terapia breve.
- Gravedad y complejidad del problema del paciente: ¿el problema es demasiado grave o complejo para que responda a psicoterapia breve?
- Comprensión del problema: ¿el paciente puede aprender a entender el problema y está motivado para el cambio?
- Apoyo social: ¿existen apoyos en la vida del paciente que puedan mantener y realzar los beneficios de la terapia breve?

Quizá la característica más importante de la psicoterapia breve es la actividad que requiere por parte del terapeuta. El profesional es activo en: 1) la valoración inicial del paciente; 2) el establecimiento precoz de la meta de la terapia y el compromiso de un número limitado de sesiones; 3) el mantenimiento del enfoque de la terapia en los objetivos, y 4) la asignación de tareas fuera de la consulta.

Existe cierta controversia en relación con la conclusión de la psicoterapia breve. En un extremo, Mann³⁰ recomendó la finalización completa con el objetivo de que el paciente tenga que confrontar existencialmente la significación del fin de la terapia. Mann evitaba el contacto con el paciente después de concluir. En el otro extremo está la transición de una PIP de 12 sesiones con una frecuencia semanal hasta su mantenimiento mensual indefinido. Blais y Groves³¹ prescribían un nuevo contacto después de 6 meses. Por último, hay que tener en cuenta la posible necesidad de tratamientos más prolongados. Un dogma nunca debe triunfar sobre la necesidad de un paciente.

La evidencia de investigación sobre la eficacia de la psicoterapia breve es extensa.^{32,33} El Psychiatry Residency Review Committee (RRC) ha designado la psicoterapia breve como una de las cinco psicoterapias que se deben incluir en las competencias centrales. Esta incorporación, junto con la presión creciente de las aseguradoras para limitar la duración de la psicoterapia, llevaría a tratamientos más breves. También es probable que muchos pacientes, si se les da esta opción, prefieran una terapia limitada en el tiempo con metas claras y específicas, y un terapeuta activo.

Medicación psiquiátrica con psicoterapia

Un paciente en tratamiento con psicoterapia y medicación forma parte de un fenómeno complejo y polifacético.³⁴ Existen dos posibles abordajes al combinar la psicofarmacología y la psicoterapia: el psiquiatra se encarga de la psicoterapia y del tratamiento psicofarmacológico, o el psiquiatra pauta el tratamiento psicofarmacológico y otra persona realiza la psicoterapia. El primero se denomina tratamiento integrado, el segundo, tratamiento dividido. Prácticamente no existen investigaciones sobre si es mejor el tratamiento integrado o el dividido para un determinado diagnóstico o paciente. Sin embargo, algunas investigaciones demuestran que la combinación de psicofarmacología y psicoterapia es más eficaz para ciertos trastornos que cada una de ellas por separado.³⁵ También existen ciertas evidencias de que para un psiquiatra es menos costoso aportar tanto el tratamiento psicofarmacológico como el psicoterapéutico.³⁶ Sin embargo, aún está en curso la exploración de los beneficios y los desafíos de esta modalidad de tratamiento, que puede ser más importante a medida que progresamos hacia un sistema responsable en la aportación de la atención sanitaria.³⁷

En EE. UU., la prevalencia del tratamiento dividido es significativamente mayor que la del tratamiento integrado por diversas razones. En primer lugar, existe un incentivo económico significativo para los psiquiatras que realizan exclusivamente tratamiento psicofarmacológico, tanto si los pacientes tienen seguro como si se costean ellos mismos el tratamiento. En segundo lugar, muchos MAP derivan a los pacientes que necesitan psicoterapia a terapeutas que no son médicos. Los MAP continúan medicando a los pacientes y se establece un tratamiento dividido. Una tercera razón posible de que prevalezca el tratamiento dividido es que los especialistas recién salidos de la residencia de psiquiatría pueden sentirse menos competentes para la psicoterapia que los que se especializaron hace décadas.

La atención integrada tiene ventajas y desventajas. Como ya se ha mencionado, la investigación ha demostrado que es menos costosa para algunos trastornos. Este hallazgo puede explicarse por el hecho de que se requieren menos consultas con un solo profesional o porque la medicación puede iniciarse antes adecuadamente si el terapeuta también puede prescribirla. Otra ventaja es la eficiencia cuando el mismo clínico conoce y trata todos los problemas farmacológicos y psicosociales (es decir, no se necesita tiempo para comunicarse con otro profesional). Los inconvenientes de la atención integrada son la presión del tiempo para abordar tanto los temas psicosociales como los farmacológicos en una consulta, y el énfasis excesivo involuntario en una modalidad por encima de la otra por parte del psicoterapeuta-psiquiatra. Por ejemplo, una respuesta maladaptativa a los temas de contratransferencia surgidos de los sentimientos del paciente puede ser centrarse más en tratar médicamente los sentimientos que en escucharlos y entenderlos.

El tratamiento dividido también tiene ventajas y desventajas. En él, el clínico puede centrarse exclusivamente en su pericia específica. El psicoterapeuta no tiene que reconsiderar dosis ni efectos secundarios, y el psicofarmacólogo puede derivar los temas psicosociales al psicoterapeuta. Los inconvenientes del tratamiento dividido también son significativos. El ideal de comunicación regular entre el psicoterapeuta y el farmacoterapeuta suele ser difícil de conseguir. La historia médica electrónica compartida puede lograr cierta comunicación eficiente y constructiva, pero la comunicación verbal en vivo a menudo permite captar matices importantes que no consiguen apreciarse con la información escrita. Otra desventaja

del tratamiento dividido es el coste en términos de tiempo y dinero. Algunas aseguradoras no pagan una sesión de psicoterapia y una consulta psicofarmacológica el mismo día. De modo que, aunque el psicoterapeuta y el psicofarmacólogo estén en el mismo centro, el paciente tiene que acudir en días diferentes. La contratransferencia también puede ser un obstáculo en el tratamiento dividido. Cuando el paciente fracasa, cada uno de los clínicos puede culpar inconscientemente al otro clínico y a la otra modalidad. Una buena comunicación y una colaboración adecuada entre los clínicos engendran confianza y respeto, lo cual beneficiará al paciente que no progresa.

Otro inconveniente del tratamiento dividido es el hecho de que el tratamiento o la hospitalización urgentes suelen ser responsabilidad del psicofarmacólogo, quien ve al paciente con menos frecuencia y es menos consciente de los factores psicosociales. Una mejor comunicación y colaboración entre los clínicos refuerza mucho la eficacia de las intervenciones urgentes del psicofarmacólogo.

Una última desventaja del tratamiento dividido es que, si un mal resultado de la psicoterapia conduce a litigio, casi siempre se incluye al psicofarmacólogo. Este hecho justifica que el psicofarmacólogo deba conocer bien a los psicoterapeutas con los que colabora.

Con respecto a la secuencia de la psicoterapia y la farmacoterapia, existen consideraciones importantes. Por ejemplo, Otto et al.³⁸ descubrieron que la adición de TCC en un paciente con buena respuesta a benzodiazepinas por un trastorno de angustia mejora el éxito de la posterior retirada paulatina de dicha medicación. Marks et al.³⁹ observaron que añadir precozmente una benzodiazepina a la psicoterapia de exposición para las fobias disminuye su eficacia, posiblemente porque silencia la ansiedad apropiada a la exposición gradual.

Aunque frecuentemente se prescribe la combinación de medicación y psicoterapia para muchos diagnósticos, existe poca evidencia de que la combinación sea más eficaz que cada una de ellas solas. La psicoterapia sola ha demostrado su eficacia en la depresión mayor, la distimia, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada, la bulimia y el insomnio primario. El tratamiento combinado puede ser útil en pacientes con un entorno clínico real más complicado que el de los pacientes «puros» aptos para los ensayos clínicos aleatorizados (ECA). En el trastorno bipolar y la esquizofrenia, la psicoterapia sola está contraindicada. Por ello, la norma en estos diagnósticos es el tratamiento combinado.

Psicoterapia interpersonal

La PIP fue desarrollada y descrita por Klerman et al.²⁶ a finales de los años setenta. La PIP es una terapia breve que se guía por manuales y generalmente se realiza en 12 o 16 sesiones. La PIP se inspiró en el enfoque interpersonal de Adolph Meyer y Harry Stack Sullivan, y en la teoría del apego de John Bowlby. En la PIP, el terapeuta es activo y las sesiones están estructuradas en cierto modo. La terapia frecuentemente fomenta el trabajo fuera de la consulta, y en ocasiones una persona importante para el paciente puede unirse a la sesión. Después de una fase de valoración, la PIP consiste en un contrato con el paciente para cubrir un número específico de encuentros, y en una descripción explícita de lo que implicarán las sesiones terapéuticas y de cómo se relacionarán los fundamentos teóricos de la PIP con las metas y estrategias de la terapia. La PIP no se centra en los fenómenos de transferencia ni en el inconsciente. En la fase de evaluación, el terapeuta aborda cuatro posibles áreas interpersonales problemáticas: 1) aflicción o pérdida; 2) disputas interpersonales; 3)

transición de funciones, y 4) deficiencias interpersonales. Se identifican una o dos áreas problemáticas relevantes que serán el centro de la terapia.

La PIP tiene varios objetivos principales: 1) reducción de los síntomas depresivos; 2) mejora de la autoestima, y 3) desarrollo de estrategias más eficaces para abordar las relaciones interpersonales. Una vez identificadas una o dos de las cuatro posibles áreas problemáticas, el terapeuta prosigue con las seis técnicas de la terapia descritas por Hirschfeld y Shea⁴⁰ (generalmente en el orden en que se presentan en el [cuadro 10-6](#)).

Cuadro 10-6 Técnicas de terapia interpersonal

- Técnicas exploratorias para recoger información sobre los problemas y síntomas del paciente.
- Estimulación del afecto, que implica ayudar al paciente a reconocer, aceptar y expresar los sentimientos dolorosos, y a usar positivamente sus sentimientos en las relaciones interpersonales.
- Clarificación, que puede implicar una reestructuración de la comunicación del paciente.
- Análisis de la comunicación, que consiste en identificar los modelos de comunicación maladaptativa para ayudar al paciente a comunicarse de forma más eficaz.
- Uso de la relación terapéutica para examinar los sentimientos y la conducta del paciente como modelo de sus interacciones en otras relaciones.
- Técnicas de cambio de conducta, que pueden implicar juegos de rol e indicaciones del terapeuta para orientar nuevas formas de tratar con otras personas importantes para el paciente.

Una serie de estudios bien diseñados han demostrado la eficacia de la PIP. Quizá el más extenso y más comentado es el estudio colaborativo del tratamiento de la depresión del National Institute of Mental Health (NIMH), elaborado por Elkin et al.⁴¹ Una variante de la terapia también citada a menudo es la PIP de mantenimiento, descrita por primera vez por Frank et al.⁴² en la University of Pittsburgh. La PIP de mantenimiento consiste en sesiones mensuales e intenta reducir la recidiva de depresión tras un tratamiento agudo intensivo con PIP semanal o medicación antidepresiva.

El grupo de Pittsburgh descubrió que la PIP era más eficaz que el placebo y tan eficaz como la imipramina o la terapia cognitiva en la depresión de leve a moderada. También se ha comprobado que la PIP de mantenimiento disminuye la frecuencia de recidiva en la depresión recurrente,⁴³ pero que debe acompañarse de tratamiento farmacológico.⁴⁴

La investigación también apoya el uso de PIP en variantes de la depresión (como la depresión del adolescente y geriátrica, la distimia y la depresión perinatal). Weissman et al.⁴⁵ y Stuart y Robertson⁴⁶ han presentado sendas revisiones de la investigación en PIP. El grupo de Pittsburgh⁴⁷ también ha estudiado una variante de la PIP con terapia del ritmo social para pacientes con trastorno bipolar.

Terapia dialéctica conductual

A finales de los años ochenta, Marsha Linehan,^{48,49} de la University of Washington en Seattle, desarrolló la terapia dialéctica conductual (TDC) para el tratamiento del trastorno de la personalidad límite. La TDC es un tratamiento individual y de grupo estructurado que tiene cuatro objetivos: concienciación, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia a

la aflicción. Estas cuatro metas se consideran habilidades que se enseñan en sesiones meticulosamente estructuradas con manuales y folletos de entrenamiento de habilidades para cada sesión. La concienciación es la capacidad para detenerse y tomar nota de los pensamientos y sentimientos. Al comienzo de cada sesión, se presenta a los pacientes un ejercicio de concienciación que dura varios minutos y estimula el enfoque y la concentración en el presente, para que el paciente se deje llevar momentáneamente lejos de los problemas o las preocupaciones mundanas, de forma similar a un breve ejercicio de meditación o relajación. La eficacia interpersonal describe la capacidad de abordar las relaciones. Por ejemplo, aprender a equilibrar las demandas con las prioridades, a decir no de forma adecuada y eficaz, y a pedir ayuda de manera adecuada y eficaz. La regulación emocional describe la habilidad para reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas y aprender a aumentar las emociones positivas. La tolerancia a la aflicción es la capacidad de reducir el impacto de los sucesos y las emociones dolorosas. Se enseñan a los pacientes métodos de distracción y autoconfortación, así como la habilidad para «mejorar el momento».

Linehan y sus colegas profesores de TDC han rehusado formar a profesionales individualmente. Se forma a dos o más juntos para establecer un programa que incluye encuentros semanales del personal. Puesto que los pacientes con trastorno límite son difíciles de tratar y manejar, estos encuentros semanales del personal permiten un apoyo regular mutuo y la supervisión entre iguales, independientemente de los años de experiencia del personal. Cada reunión semanal comienza con un ejercicio de concienciación.

Las investigaciones que comparan la TDC con el tratamiento habitual en la comunidad han descubierto cuatro ventajas significativas de la TDC: 1) mejor adherencia al tratamiento; 2) mejor calidad de las relaciones en la vida del paciente; 3) menos actos autolesivos, como cortes o sobredosis, y 4) menos días de hospitalización.⁵⁰ Afortunadamente, los seguros sanitarios están comenzando a financiar la TDC, reconociendo los beneficios no solo para la salud sino también en términos de economía médica. En la investigación inicial de Linehan, los pacientes con trastorno límite tratados con TDC tenían una hospitalización media de 8 días durante el año de seguimiento, frente a una media de 38 días de ingreso en los pacientes límite tratados «de la forma habitual», lo cual supone una ventaja económica significativa para la aseguradora.⁵⁰

Linehan ha usado la etiqueta dialéctica de la filosofía hegeliana para enfatizar las tres visiones de la realidad que incluye la terapia: 1) las partes individuales de un sistema necesitan estar relacionadas con el todo; 2) la realidad no es estática, sino que siempre cambia en respuesta a la tesis y la antítesis, y 3) la naturaleza de la realidad es cambio y proceso, más que contenido y estructura.

En parte en respuesta al éxito de la TDC, un grupo de Cornell (Clarkin et al.⁵¹) desarrolló una psicoterapia individual centrada en la transferencia y guiada por manuales, para el trastorno de la personalidad límite, que está demostrando ser prometedora. La TDC también ha demostrado ser eficaz en mujeres con dependencia a opioides.⁵²

Terapia de grupo

La terapia de grupo se define en este capítulo como una experiencia grupal conducida por uno o dos profesionales experimentados. Los grupos (p. ej., Alcohólicos Anónimos [AA], Comedores Compulsivos Anónimos [CCA], Narcóticos Anónimos [NA] e Hijos Adultos de Alcohólicos [HAA]) sin un guía profesional designado o formado también pueden ser muy

terapéuticos. Aunque estos grupos de autoayuda tienen apoyos teóricos probados con el tiempo, no los incluiremos en nuestro resumen de las psicoterapias de grupo.

Existen muchas clasificaciones de la terapia de grupo.⁵³ Los pacientes pueden compartir un diagnóstico común (como cáncer de mama) o una experiencia común (como ser víctimas sin hogar del Katrina). Los grupos pueden ser abiertos (p. ej., pueden incorporarse miembros nuevos a medida que otros dejan el grupo) o cerrados (p. ej., todos los miembros comienzan y terminan a la vez). Los grupos abiertos pueden continuar de forma indefinida, y los grupos cerrados, estar definidos (p. ej., como en una experiencia en 20 sesiones).

En la mayoría de los grupos existen las dos llamadas normas limitantes. En primer lugar, todas las revelaciones del grupo se consideran confidenciales. Y, en segundo lugar, muchos terapeutas grupales disuaden del contacto social entre los miembros fuera de los encuentros del grupo o lo desaprueban. Podrían ser excepciones a esta regla los grupos hospitalarios de un servicio psiquiátrico.⁵⁴

Los grupos de terapia (p. ej., grupos de TDC o grupos para dejar de fumar) pueden tener un componente psicoeducativo notable. Los grupos de terapia difieren en relación con la teoría y la técnica.

La terapia de grupo psicodinámica se centra principalmente en los determinantes inconscientes de las relaciones entre los miembros en el proceso del grupo (p. ej., miembros del grupo que están en conflicto o bien que siempre se apoyan y están de acuerdo entre sí). El terapeuta puede centrarse en los fenómenos inconscientes del grupo como un todo o bien en un conflicto entre dos miembros. Generalmente, en un grupo psicodinámico el terapeuta suele permanecer en silencio, y ser observador y no directivo, lo que estimula al grupo a encontrar una dirección por sí mismo.

Los grupos expresivos, de apoyo o experienciales ofrecen a los miembros la oportunidad de compartir sus sentimientos sobre una experiencia o diagnóstico común (p. ej., un grupo de luto o pacientes con cáncer de mama). El líder del grupo proporciona un enfoque para el abordaje de la experiencia común.

La terapia de grupo cognitivo-conductual generalmente aporta un tratamiento estructurado para un diagnóstico común (p. ej., todos los miembros pueden tener depresión o un trastorno de estrés postraumático). Se enseñan al grupo los principios cognitivos y conductuales relacionados con el diagnóstico. Los miembros cumplen tareas fuera del grupo e informan del progreso. Cada uno de ellos aprende de las experiencias del otro y se aportan apoyo unos a otros.

Existen algunos fenómenos grupales clásicos que pueden ocurrir en cualquier tipo de grupo. Bion⁵⁵ describió tres resistencias frecuentes al trabajo en grupo: 1) dependencia, cuando el grupo mira persistentemente al terapeuta o a un miembro del grupo en busca de dirección; 2) lucha-huida, cuando surgen tensiones entre dos o más miembros del grupo y estos u otros amenazan con dejarlo, y 3) emparejamiento, cuando dos miembros del grupo dominan la conversación excluyendo a los demás o haciendo que otros miembros se sientan demasiado incómodos para participar.

En los grupos de terapia suelen darse fenómenos de transferencia al trabajar entre un paciente y el terapeuta o bien entre un paciente y otro. Estos fenómenos pueden ocurrir en cualquier terapia grupal independientemente del enfoque teórico. Pueden ser perturbadores o reveladores, pero deben ser reconocidos y abordados por el terapeuta del grupo.

Existen evidencias considerables de que los grupos con enfoque a corto plazo son eficaces,^{56.57} pero se requieren más investigaciones para identificar las técnicas o las características del paciente que fomenten el éxito.

Terapia de pareja

La terapia de pareja se define como la psicoterapia que incluye a ambos miembros de una unión establecida. Existe mucha literatura científica referida a la terapia matrimonial, pero muchas parejas que buscan tratamiento no están casadas. El término terapia de pareja incluye, por tanto, uniones homosexuales y parejas heterosexuales que eligen no casarse o aún no se han casado. Otro término usado para la terapia de pareja es terapia conjunta.

La historia de la terapia de pareja se remonta, al menos, a los años treinta, con el llamado asesoramiento matrimonial ateoórico y la terapia matrimonial centrada en el psicoanálisis, que se desarrollaron independientemente.⁵⁸ El abordaje psicoanalítico inicial abordaba los problemas neuróticos individuales de los dos pacientes, pero generalmente no se centraba en su interacción.

A principios de los años sesenta empezó a surgir la terapia familiar que incorporaba en sus teorías y técnicas la terapia de pareja. A mediados de los ochenta, la terapia de pareja se convirtió en una disciplina separada de la terapia familiar.

Existen muchos tipos de terapia de pareja basados en diferentes teorías y técnicas. En el [cuadro 10-7](#) se presentan cinco de las terapias publicadas y practicadas más extensamente.⁵⁹⁻⁶⁴

Cuadro 10-7 Tipos de terapia de pareja

- Los abordajes transgeneracionales se centran en la relación entre la función en la familia de origen y las dificultades en la pareja actual. Entre ellos se encuentra la terapia de sistemas familiares de Bowen,⁵⁹ que aborda la fusión, la triangulación, el «enganche» emocional y el proceso de la proyección familiar. Del abordaje transgeneracional también forma parte la terapia familiar de las relaciones objetales descrita por Skynner,⁶⁰ que pretende devolver las proyecciones en el matrimonio a los propios individuos. La pareja con dificultades se ve como un sistema de proyección mutua.
- El abordaje estructural-estratégico incluye la técnica de Salvador Minuchin⁶¹ y la terapia estratégica breve del Mental Research Institute (MRI) de Jay Haley⁶² (creada en Palo Alto, donde Haley y otros desarrollaron el método estratégico). El método estructural-estratégico ve la familia como un sistema que puede entenderse mejor por la forma en que aborda los problemas actuales del aquí y ahora. Los problemas del sistema familiar a menudo representan un punto muerto en el desarrollo de la vida del matrimonio. Las directivas inspiradas por el terapeuta suelen ayudar a la pareja a liberarse. También pueden usarse directivas paradójicas. El terapeuta busca formas de entender cómo se bloquea el matrimonio, más que cómo ha enfermado.
- Entre los abordajes humanísticos experienciales están el modelo de Satir, que recibe el nombre de Virginia Satir,⁶³ y la terapia de pareja de enfoque emocional descrita por Susan Johnson.⁶⁴ Estos métodos se centran en las funciones limitadas que tienen los individuos en la relación, como la de víctima o la del que culpa, la de apaciguador y la de rescatador. El terapeuta intenta ayudar al paciente a salir de esa limitada función persistente animándolo a tener experiencias emocionales de conexión en el aquí y ahora.
- Los abordajes conductuales usan principios cognitivos y conductuales para solucionar los problemas del matrimonio. Las conductas etiquetadas como «malas» vuelven a examinarse

para crear refuerzos en la relación. Puede producirse una reestructuración cognitiva que alivie la tensión matrimonial.

- La terapia de pareja posmoderna abarca técnicas narrativas y centradas en la solución. Estas terapias enfatizan el aquí y ahora, y abrazan el supuesto fundamental de que la realidad problemática se construye en el matrimonio en lugar de descubrirse. Por ello, se hace hincapié en cómo resuelve la pareja este problema, más que en cómo apareció el problema. En la terapia narrativa, la pareja aborda sus respectivas historias o narraciones y se centra en los temas del poder y el sexo que refleja la cultura en general.

Hay una considerable evidencia de investigación que apoya la eficacia de la mayoría de los tipos de terapias de pareja descritas previamente.⁶⁵ La terapia matrimonial conductual es la más estudiada, especialmente las terapias matrimoniales breves, que consisten en de 12 a 20 sesiones. Al revisar estas investigaciones, Gurman⁶⁶ descubrió que aproximadamente dos tercios de las parejas tratadas tienen un resultado positivo.

Lamentablemente, muchos clínicos que hacen terapia de pareja asumen que la formación extensa y la experiencia en la terapia individual son credenciales adecuadas. Una cita de advertencia de Prochaska⁶⁷ es: «La mayoría de los terapeutas están casi tan poco preparados para la terapia matrimonial como la mayoría de los esposos lo están para el matrimonio».

Con la elevada frecuencia de divorcios en EE. UU., la terapia de pareja seguirá teniendo una importante función preventiva.

Psicoterapia integradora

La décima y última psicoterapia del adulto que revisamos aquí es quizá la que se practica más extensamente.^{68,69} Tras las puertas cerradas y confidenciales de las consultas de psicoterapia es probable que los terapeutas centrados psicodinámicamente utilicen en ocasiones la TCC o técnicas de sistemas familiares. Igualmente, los terapeutas cognitivo-conductuales pueden abordar los fenómenos de transferencia integrados en la resistencia a los ejercicios y los deberes cognitivo-conductuales. A pesar de la prevalencia del pensamiento y las estrategias integradores, la psicoterapia integradora no formó parte de la lista final de las competencias centrales para la formación en la residencia de psiquiatría. Una importante razón para esto es la opinión prevalente entre los educadores en psicoterapia de que los estudiantes deben aprender las teorías y las técnicas por separado. Este supuesto de la formación a menudo implica indirectamente que el estudiante-terapeuta debe elegir una teoría y técnica, y centrar su desarrollo profesional en esa única dirección. Finalmente, muchos clínicos en ejercicio comienzan el proceso de integración, pero generalmente después de los años de formación estructurada y bastante después del período de vigilancia supervisada.

La historia de la integración en psicoterapia puede remontarse a la reunión de la American Psychiatric Association de 1932, cuando Thomas French⁷⁰ presentó una comunicación que pretendía reconciliar a Freud y a Pavlov. A pesar de este primer intento, la teoría y la práctica psicoanalítica y conductual han presentado divergencias persistentes durante los 75 años siguientes. A mediados de los años setenta, dos clínicos y profesores describieron por primera vez abordajes integradores: Paul Wachtel⁷¹, en 1977, publicó *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration*, y Arnold Lazarus⁷², en 1976, *Multimodal Behavior Therapy*.

En 1983, un grupo de psicólogos y psiquiatras académicos formaron la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), que ha reunido a psicoterapeutas de todas las escuelas para buscar el enriquecimiento de la psicoterapia a través de la integración. Ahora también existe el Journal of Psychotherapy Integration.

Una controversia importante en la integración de la psicoterapia se relaciona con si debe desarrollarse una teoría integrada extensa de la psicoterapia. Lazarus y Messer⁷³ han debatido este importante tema. Lazarus propuso un eclecticismo técnico atóxico exclusivo para cada paciente, mientras que Messer postuló una fecunda teoría de integración asimilativa.

La psicoterapia multimodal, descrita por Lazarus,⁷⁴ es quizá el método integrador más conocido. Lazarus, como refleja en el debate con Messer, asumía que los pacientes y sus problemas son únicos y demasiado complejos para ajustarse claramente a una teoría o técnica. Por ello, cada paciente merece un abordaje integrador independiente. Él utiliza el acrónimo BASIC ID para fomentar la valoración integradora y el enfoque del tratamiento, y que corresponde a las siguientes variables:

- Conductual (behavior)
- Afectiva
- Sensitiva
- Perceptiva (imaging)
- Cognitiva
- Interpersonal
- Farmacológica (drugs) y biológica

Todo ello debe usarse para crear una técnica única para cada paciente.

La investigación en psicoterapia integradora está en sus inicios.⁷⁵ Dado que la psicoterapia integradora no se guía por manuales, una buena investigación requeriría un enfoque naturalista, lo que aún no se ha logrado. A partir de su análisis extenso de los ECA de la investigación en psicoterapia, Weston et al.⁷⁶ concluyeron que, en la práctica clínica real, las técnicas específicas que demostraron ser eficaces en los ECA necesitaban integrarse en un abordaje independiente para cada paciente complejo.

Orientaciones innovadoras de la investigación en psicoterapia

Aunque la mayor parte de la investigación en psicoterapia se ha centrado en la demostración de la eficacia y seguirá haciéndolo, existen trabajos importantes e innovadores para entender otros aspectos de la psicoterapia. Roffman et al.⁷⁷ revisaron las primeras evidencias de cambios en las pruebas de neuroimagen funcional con la psicoterapia. Marci y Riess⁷⁸ describieron el uso de determinaciones neurofisiológicas para reconocer el éxito y el fracaso empático entre el terapeuta y el paciente. Ablon y Jones⁷⁹ postularon el uso del Psychotherapy Process Q-Set (PQS), una medida única en psicoterapia, para determinar el proceso psicodinámico frente al cognitivo en las sesiones terapéuticas.

Psicoterapia en el niño y el adolescente

Al igual que en la psicoterapia del adulto, existen una serie de modalidades diferentes de psicoterapia que pueden practicarse en el niño y el adolescente. Sin embargo, es probable

que en la terapia de niños y adolescentes existan incluso más prácticas integradoras que en el tratamiento del adulto. Por ello, al comentar las diversas modalidades de psicoterapia en personas jóvenes, hay que tener en cuenta que muchas de ellas están presentes en todo esfuerzo de tratamiento.^{80,81}

Asimismo, al igual que en la terapia del adulto, todas las interacciones entre el clínico y el niño o el adolescente implican cierta forma de acción psicoterapéutica. Todos los temas (como el cumplimiento del paciente y la familia, la mejoría del paciente y la mejor comunicación entre el paciente y el clínico) giran alrededor del entendimiento de que las interacciones niño-clínico siguen ciertos principios terapéuticos clave que conforman una gran parte de la tradición psicoterapéutica. La atención a estos temas tiene un gran peso en el tratamiento de todos los niños prácticamente en todos los contextos.⁸²

Este apartado tratará muchas de las modalidades de tratamiento que ya se han cubierto para los adultos. Sin embargo, existen diferencias importantes entre estas modalidades en relación con el tratamiento del niño y el adolescente, y por ello se subrayarán dichas diferencias. Para entenderlas mejor es necesario un breve comentario sobre el desarrollo del niño y del adolescente.

Problemas emocionales, cognitivos y del neurodesarrollo en niños y adolescentes

La investigación actual del neurodesarrollo valida de muchos modos las observaciones empíricas pioneras sobre el desarrollo (como las de Erikson y Piaget), señaladas hace más de 50 años. Por ello, para dedicarse a la psicoterapia en personas jóvenes es necesario, al menos, un entendimiento somero de estos principios del desarrollo. Aunque una revisión extensa de estas teorías está más allá del propósito de este capítulo, es importante señalar que, mientras que Erikson debatió principalmente el desarrollo emocional, Piaget se centró en el desarrollo cognitivo.

Erik Erikson observó que, en todos los estados del ciclo vital, el ser humano progresa a través de una serie de crisis del desarrollo. Estas crisis se comentan a menudo como una elección dicotómica entre opciones que permitirán al individuo avanzar en su desarrollo o, por el contrario, «atascarse» o incluso regresar en su desarrollo. Por ejemplo, Erikson argumentaba que la crisis fundamental en los lactantes era la de «confianza frente a desconfianza». En otras palabras, los lactantes necesitan aprender que pueden confiar en su mundo para mantenerse seguros y sanos, y en ausencia de esta experiencia no serán capaces de manejar la ansiedad inherente que es parte natural de las fases posteriores del desarrollo, como los desafíos de «la iniciativa frente a la culpa», una crisis del desarrollo que Erikson postuló que caracterizaba a los niños en edad escolar. Erikson llamó a su teoría «modelo epigenético» y caracterizó las fases del desarrollo desde la lactancia hasta la vida adulta (v. [tabla 5-1](#) en el [capítulo 5](#)).

En cambio, Piaget se centró en los cambios cognitivos a lo largo del ciclo vital. Observó, por ejemplo, que los niños pequeños son propensos a lo que los especialistas en desarrollo llaman «lógica asociativa». Una idea conduce a otra mediante la asociación más que por la causalidad. Un niño pequeño puede decir: «Los platos son redondos porque hay luna llena». Además, los niños son propensos al egocentrismo (la idea de que todos los fenómenos del mundo están relacionados, e incluso son causados, por sus acciones) y al pensamiento mágico. A medida que crecen, progresan hacia una fase de pensamiento concreto unido a

normas, ideal para el aprendizaje de nuevos instrumentos (como la lectura) y para dar sentido a los juegos de la edad escolar. Por último, cuando los niños entran en la adolescencia, adquieren el razonamiento abstracto y el pensamiento recursivo. El razonamiento abstracto es necesario para que los niños den sentido a conceptos más complicados, a los que pueden enfrentarse después del dominio de instrumentos (como la lectura), y el pensamiento recursivo les permite imaginar lo que pueden pensar los demás aunque ellos no estén de acuerdo. Piaget definió un conjunto de fases del desarrollo cognitivo (v. [tabla 5-1](#) en el [capítulo 5](#)).

Es importante señalar que la investigación actual en neurodesarrollo muestra algunas correlaciones fascinantes con las teorías de Erikson y Piaget, y que estas relaciones tienen una gran función en la dirección de la intervención psicoterapéutica más apropiada. Brevemente, a medida que los niños crecen, su encéfalo sufre migración neuronal y cambia la frecuencia con la que se usan ciertas vías neuronales. Los niños más pequeños son más propensos a los berrinches y a la frustración porque su encéfalo no goza de la misma función ejecutiva para la solución de problemas que el de los adolescentes. Los adolescentes usan más a menudo sus funciones corticales superiores para la solución de problemas, pero en entornos afectivos enardecidos invocarán más los impulsos límbicos en la toma de decisiones. Es importante apreciar que los adolescentes son mucho más susceptibles que los adultos a la «anulación límbica» en situaciones difíciles. La investigación neurobiológica actual indica que esta depende de vías funcionales ejecutivas subdesarrolladas. Por ello, la psicoterapia con niños puede conceptualizarse como jugar con las potencias del neurodesarrollo del niño en particular.

Todo esto es extremadamente importante en la terapia infantil, porque el terapeuta debe tener en cuenta en qué punto del espectro debería encontrarse un niño en términos de su desarrollo, y al mismo tiempo valorar dónde se sitúa actualmente. El objetivo principal de cualquier intervención con niños y adolescentes es asegurar que se mantiene su trayectoria de desarrollo.

Psicoterapia psicodinámica en el niño y el adolescente

Dado que la trayectoria del desarrollo es tan empinada durante los primeros 18 años de vida, los terapeutas deben conocer en qué punto de ella se encuentran los jóvenes. Por esta razón, gran parte de la psicoterapia implica «juego» con los niños y la capacidad de «bromear» con los adolescentes. El juego es lo que diferencia los tratamientos psicodinámicos del adulto y del niño.

Esta idea del juego en la terapia es controvertida en cierto modo.⁸³ Los críticos destacan que la falta de medidas de tratamiento bien validadas en la terapia dinámica está más presente incluso cuando se explora la terapia de juego. Sin embargo, efectivamente, existen pruebas crecientes de la eficacia de estas técnicas.⁸² Los críticos más vehementes han descrito la terapia de juego como «absurda a la luz del sentido común».⁸³ No obstante, muchos clínicos están convencidos de que es esencial para la relación psicoterapéutica entre el terapeuta y el niño, y algunos teóricos como Anna Freud y D. W. Winnicott escribieron mucho sobre esta idea.^{84,85} Los que proponen la terapia de juego subrayan que los jóvenes toman conciencia de sus pensamientos y sus sentimientos internos expresando estas ideas en el juego.⁸⁴ Por tanto, si la terapia psicodinámica se define como la ayuda al paciente para que trabaje a través de los conflictos inconscientes, estos se clarifican más fácilmente atendiendo al contenido del

juego del niño de forma cuidadosa. En los adultos, el terapeuta anima al paciente a comentar «cualquier cosa que se le ocurra». Para el niño, la forma más abierta de terapia consiste en invitarle a «jugar» con el clínico de forma no dirigida, permitiendo así que emerjan los mismos sentimientos inconscientes que se descubren en la terapia dinámica con adultos al hablar.

Mientras que el propio juego es la parte crucial de la terapia dinámica con los pacientes más jóvenes, como los niños, a medida que aquellos crecen se van sintiendo menos cómodos con el juego manifiesto y cambian a un enfoque más bromista en el que surgen las ideas. El aumento del sarcasmo y las insinuaciones sexuales que caracterizan la conducta del adolescente reflejan esta tendencia. Así, el mantenimiento de la alianza con los adolescentes y el descubrimiento de sentimientos incómodos y conflictivos suele implicar la inclinación a entablar una charla bromista que a su vez es rica en significado psicológico. Además, la atención que ponen los adolescentes en la cultura popular puede interpretarse como un intento de experimentar con diferentes formas de pensamiento acerca del mundo en la seguridad relativa de la sublimación. Por ello, el terapeuta debe recibir las referencias a la cultura popular como un medio por el cual los niños y adolescentes pueden desplazar sus ideas con una narrativa más aceptable y distanciada.^{86,87} Al final, las metas de la terapia psicodinámica en los adultos y los niños son las mismas. Sin embargo, los instrumentos mediante los cuales se alcanzan estos objetivos deben correlacionarse con los potenciales y capacidades de desarrollo del paciente.

Terapias guiadas por manuales y terapias conductuales

Como ya se ha comentado, existe un número creciente de psicoterapias guiadas por manuales que se utilizan tanto en adultos como en niños. Entre ellas se encuentran la TCC, la PIP y la TDC. Estos tratamientos tienen en común intervenciones claramente definidas con instrucciones registradas en manuales. Dadas estas constantes, estas terapias han gozado de mucha más evidencia de eficacia en los ECA, aunque esto no equivale a decir que otros tratamientos más difíciles de estudiar sean menos eficaces.

Al igual que en los adultos, la TCC se ha utilizado con mucho éxito en niños y adolescentes para los trastornos de ansiedad, especialmente para el TOC.⁸⁸⁻⁹² También se ha observado que responden a TCC algunos problemas como el rechazo escolar y la depresión,^{89,93} y la PIP ha sido eficaz en la depresión en adolescentes.⁹⁴⁻⁹⁶ Sin embargo, existen algunos interrogantes, como la eficacia de la PIP para evitar el suicidio en las poblaciones más jóvenes.⁹⁷

Aunque el trastorno de la personalidad límite generalmente no se diagnostica en niños, antes de los 18 años de edad, hay algunos adolescentes que presentan estructuras defensivas límite (como escisión, pensamiento de todo o nada y labilidad afectiva), en los que se ha observado que la TCC es útil.^{98,99} Cabe destacar que podría afirmarse que todas estas modalidades funcionarían mejor entendiendo la situación problemática del desarrollo del niño y usando técnicas como el humor y la conexión, y que, puesto que todas estas terapias requieren un compromiso considerable por parte del paciente, ninguna de ellas será eficaz si el niño no quiere seguir el tratamiento.

El tratamiento de contingencia (técnica de afrontamiento) es una forma de terapia conductual que se basa en metas conductuales claramente definidas, recompensas al alcanzarlas y consecuencias cuando no se consiguen.^{100,101} Aunque los incentivos basados en recompensas

y consecuencias son potencialmente fundamentales en la crianza, dictar estos criterios en el contexto psicoterapéutico es complicado y funciona mejor si existe una alianza intensa y una «participación» firme tanto del paciente como de la familia. El tratamiento de los trastornos relacionados con los impulsos (como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) suele implicar cierta forma de tratamiento de contingencia.

La biorretroalimentación es otra forma de terapia conductual que consiste en enseñar técnicas de relajación a los niños usando medidas técnicas en tiempo real de la excitación autónoma. Esta forma de tratamiento ha sido muy eficaz en niños y adolescentes con problemas como dolor crónico, así como ansiedad grave. Puesto que los niños están cada vez más enamorados de la tecnología, la monitorización de variables en tiempo real (como la frecuencia cardíaca o la conductancia cutánea) a menudo supone un aliciente para niños que de otro modo serían reacios al tratamiento.¹⁰²

Atención basada en sistemas

Todos los pacientes existen dentro de sistemas sociales y ambientales complejos. Sin embargo, los múltiples cambios ambientales que caracterizan la infancia obligan al terapeuta a implicarse en el mundo del niño; esto maximiza el impacto terapéutico de su trabajo. Las intervenciones más básicas son la terapia familiar y la orientación de los padres.

La orientación de los padres es el proceso por el cual el clínico ayuda a estos a guiar eficazmente, conectar y, en definitiva, criar a sus hijos. Esta terapia requiere que el clínico entienda el desarrollo y el conjunto de circunstancias únicas del niño, así como los potenciales y desafíos particulares de los padres. Las técnicas psicodinámicas y conductuales son clave para esta empresa.^{103,104}

Igualmente, la terapia familiar requiere que el clínico comprenda la dinámica de la familia y la función del paciente dentro del sistema familiar. La terapia familiar se comenta en otra parte de este libro, pero debe tenerse en cuenta que el tratamiento de los niños y adolescentes suele implicar múltiples consultas con la familia incluso en ausencia de psicoterapia familiar definida. De hecho, todos los tratamientos individuales con niños requieren cierta implicación de los padres.

De forma similar, las intervenciones en grupo suelen ser muy útiles para los niños y adolescentes que experimentan dificultades sociales y se sienten incómodos explicando estos problemas en la terapia individual. A menudo los niños se dirán unos a otros cómo manejar mejor una situación difícil, y frecuentemente la universalidad de la experiencia del grupo es reconfortante y beneficiosa para el niño.¹⁰⁵ Sin embargo, la dinámica del niño también puede hacer que el grupo se sienta atemorizado e incómodo en ausencia de un buen líder. Por tanto, la regresión que a menudo tiene lugar en todas las formas de terapia de grupo quizá esté especialmente presente en los tratamientos grupales de niños y adolescentes. El clínico debe vigilar esta regresión e intervenir interpretándola en el contexto del proceso del grupo.

Finalmente, es frecuente que los terapeutas contacten con colegios, campamentos y otras organizaciones donde sus pacientes pasan tiempo. En ocasiones, la intervención más sutil con un niño en la consulta puede no ser tan eficaz como ayudar al colegio, por ejemplo, a entender y apreciar mejor al niño en ese entorno particular. Una diferencia posiblemente fundamental entre el tratamiento de los niños y la psicoterapia del adulto consiste en esta participación activa en el entorno externo del niño.

Conclusión

Como se ha subrayado en este capítulo, algunas formas de terapia tienen un apoyo empírico en la evidencia considerablemente mejor que otras. Sin embargo, esto no significa que la falta de evidencia indique una ausencia global de eficacia de las técnicas de tratamiento menos validadas. Entre las formas convencionales de psicoterapia, la constante que une a todas ellas es la presencia de una alianza sólida y fiable, así como la sensación de empatía del cuidador. Algunos investigadores incluso han indicado que estas cualidades son los mejores factores predictivos del éxito terapéutico, independientemente de la modalidad de tratamiento. Por ello, todas las terapias deben esforzarse en la conexión y la comprensión no crítica. Estas características son, de hecho, las verdaderas cualidades que hacen la psicoterapia tanto eficaz como gratificante para el paciente y también para el clínico.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Karasu TB. The specificity versus nonspecificity dilemmas: toward identifying therapeutic change agents. *Am J Psychiatry*. 1986;143:687–695.
2. Fonagy P, Target M. *Psychoanalytic theories: perspectives from developmental psychopathology*. London: Whurr; 2003.
3. Freud A. *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press; 1936.
4. Klein M. *Contributions to psychoanalysis 1921-1945*. London: Hogarth Press; 1948.
5. Kohut H. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press; 1971.
6. Jung C. *Two essays on analytical psychology*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1966.
7. Miller JB, Stiver IP. *The healing connection: how women form connections in both therapy and in life*. Boston: Beacon; 1998.
8. Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin*. 2005;69(1):1–58.
9. Leichsenring F, Hiller W, Weissberg M, et al. Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother*. 2006;60(3):233–259.
10. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.

11. Wolpe J. *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1958.
12. Persons JB. *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach*. New York: Norton; 1989.
13. Butler AC, Beck JS. Cognitive therapy outcomes: a review of meta-analyses. *J Norwegian Psychological Assoc.* 2000;37:1–9.
14. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1986.
15. Cheung AH, Kozloff N, Sacks D. Pediatric depression: an evidence-based update on treatment interventions. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(8):381.
16. Hellerstein DJ, Pinsker H, Rosenthal RN, et al. Supportive therapy as the treatment model of choice. *J Psychother Practice Res.* 1994;3:300–306.
17. Winston A, Pinsker H, McCullough L. A review of supportive psychotherapy. *Hosp Comm Psychiatry.* 1986;37:1105–1114.
18. Olfson M, Pincus HA. Outpatient psychotherapy in the United States II: patterns of utilization. *Am J Psychiatry.* 1994;151:1289–1294.
19. Sledge WH, Moras K, Hartley D, et al. Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rate. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1341–1347.
20. Winter SE, Barber JP. Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Prefer Adherence.* 2013;9(7):1047–1057.
21. Driessen E, Van HL, Don FJ, et al. The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.* 2013;170(9):1041–1050.
22. Sifneos PE. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1972.
23. Malan DM. *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum; 1976.
24. Davanloo H. *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson; 1980.
25. Beck AT, Greenberg RL. Brief cognitive therapies. *Psychiatr Clin North Am.* 1979;2:23–37.
26. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. *Interpersonal therapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.

27. Budman SH. *Treating time effectively*. New York: Guilford Press; 1994.
28. Hembree EA, et al. Brief behavior therapy. In: Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP, eds. *The art and science of brief psychotherapies: a practitioner's guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
29. Steenbarger BN. Duration and outcome in psychotherapy: an integrative review. *Prof Psychol Res Pr*. 1994;25:111–119.
30. Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
31. Blais M, Groves JE. Planned brief psychotherapy: an overview. In: Stern TA, Herman JB, eds. *Psychiatry: update and board preparation*. New York: McGraw-Hill; 2000.
32. Koss MP, Shiang J. Research on brief psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. ed 4 New York: Wiley; 1994.
33. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders, a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1208–1216.
34. Beitman BD, Blinder F, Thase ME, et al. *Integrating psychotherapy and pharmacotherapy, dissolving the mind-brain barrier*. New York: Norton; 2003.
35. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of depression. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1462–1470.
36. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B, et al. Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Services*. 1998;49(4):477–482.
37. Meyers D. Split treatment: Coming of age. In: Robert I, Hales RE, eds. *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*. ed 2 Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2012:263–279.
38. Otto M, Pollock MH, Sachs GS, et al. Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1485–1490.
39. Marks IM, Swinson RP, Basoglu M, et al. Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. *Br J Psychiatry*. 1993;162:776–787.
40. Hirschfeld RMA, Shea MT, Mood disorders: psychosocial treatments. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, vol. 1. New York: Williams & Wilkins; 1989.

41. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness and treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:971–982.
42. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, et al. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:1053–1059.
43. Frank E, Spanier C. Interpersonal psychotherapy for depression: overview, clinical efficacy, and future directions. *Clin Psychol Sci Pract*. 1995;2:349–369.
44. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM. Five year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:769–773.
45. Weissman MM, Markowitz JW, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
46. Stuart S, Robinson M. *Interpersonal psychotherapy: a clinician's guide*. London: Edward Arnold; 2003.
47. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:996–1004.
48. Linehan MM. *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
49. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
50. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(20):971–974.
51. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al. The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disorders*. 2004;18(1):52–72.
52. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2002;67:13–26.
53. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 2005.

54. Rice CA, Rutan JS. *Inpatient group psychotherapy: a psychodynamic perspective*. New York: Macmillan; 1987.
55. Bion WR. *Experiences in group*. New York: Basic Books; 1959.
56. Fuhrman A, Burlingame GM. Group psychotherapy research and practice. In: Fuhrman A, Burlingame GM, eds. *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley; 1994.
57. Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and research literature. *Int J Group Psychother*. 1986;36:171–201.
58. Gurman AS, Fraenkel P. The history of couple therapy: a millennial review. *Fam Process*. 2002;41:199–260.
59. Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson; 1978.
60. Skynner ACR. Recent developments in marital therapy. *J Fam Ther*. 1980;2:271–296.
61. Minuchin S, Fishman HC. *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1981.
62. Haley J. *Problem solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1976.
63. Satir V. *People making*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1972.
64. Johnson SM. *The practice of emotionally focused marital therapy*. New York: Brunner-Mazel; 1996.
65. Baucom DH, Shoham V, Meuser KT, et al. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:53–88.
66. Gurman AS. Marital therapies. In: Gurman AS, Messer SB, eds. *Essential psychotherapies*. New York: Guilford Press; 2005.
67. Prochaska J. Twentieth century trends in marriage and marital therapy. In: Paolino T, McCrady B, eds. *Marriage and marital therapy*. New York: Brunner-Mazel; 1978.
68. Abernethy RS. The integration of therapies. In: Rutan JS, ed. *Psychotherapy for the 1990's*. New York: Guilford Press; 1992.
69. Garfield SL. *Psychotherapy, an eclectic-integrative approach*. New York: John Wiley & Sons; 1995.
70. French TM. Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *Am J Psychiatry*. 1933;89:1165–1203.

71. Wachtel PL. *Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration*. New York: Basic Books; 1977.
72. Lazarus AA. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer; 1976.
73. Lazarus AA, Messer SB. Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *J Psychother Integration*. 1991;1(2):143–158.
74. Lazarus AA. Multimodal behavior therapy; treating the BASIC ID. *J Nerv Ment Dis*. 1973;156:404–411.
75. Castonguay LG, Schut AJ, Aikens DE, et al. Integrative cognitive therapy for depression: a preliminary investigation. *J Psychother Integration*. 2004;14(1):4–20.
76. Weston D, Morrison K, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*. 2004;130:631–663.
77. Roffman JL, Marci CD, Glick DM, et al. Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychol Med*. 2005;35:1385–1398.
78. Marci C, Riess H. The clinical relevance of psychophysiology: support for the psychobiology of empathy and psychodynamic process. *Am J Psychother*. 2005;59:213–226.
79. Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry*. 2002;159:775–783.
80. McCann CM, le Roux P. Individual, family, and group therapy for adolescents. *Adolesc Med Clin*. 2006;17(1):217–231.
81. Turgay A. An integrative treatment approach to child and adolescent suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 1989;12(4):971–985.
82. Palmer R, Nascimento LN, Fonagy P. The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013;22(2):149–214.
83. Donovan DM. The play therapy controversy [comment]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(10):1322–1323.
84. Ablon SL. The therapeutic action of play. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(4):545–547.
85. Moore M, Russ SW. Pretend play as a resource for children: implications for pediatricians and health professionals. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(3):237–248.

86. Pataki C, Bostic JQ, Schlozman S. The functional assessment of media in child and adolescent psychiatric treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2005;14(3):555–570.
87. Bostic JQ, Schlozman S, Pataki C, et al. From Alice Cooper to Marilyn Manson: the significance of adolescent antiheroes. *Acad Psychiatry.* 2003;27(1):54–62.
88. Huppert JD, Franklin ME. Cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: an update. *Curr Psychiatry Rep.* 2005;7(4):268–273.
89. Compton SN, March JS, Brent D, et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(8):930–959.
90. Rapoport JL, Inoff-Germain G. Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry Allied Disciplines.* 2000;41(4):419–431.
91. Piacentini J. Cognitive behavioral therapy of childhood OCD. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 1999;8(3):599–616.
92. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. AACAP. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(10 Suppl.):27S–45S, 1998.
93. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(12):1575–1583.
94. Ryan ND. Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet.* 2005;366(9489):933–940.
95. Sherrill JT, Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2002;11(3):579–593.
96. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, et al. Predictors of outcome following brief psychodynamic-interpersonal therapy for deliberate self-poisoning. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(5):532–536.
97. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, et al. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(4):386–405.
98. 2004 APA Gold Award: using dialectical behavior therapy to help troubled adolescents return safely to their families and communities. The Grove Street Adolescent Residence of The Bridge of Central Massachusetts, Inc. *Psychiatric Services* 55(10):1168-1170, 2004.

99. Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *J Pers Disorders*. 2004;18(1):73–89.
100. Kazden AE. *Behavior modification in applied settings*. ed 4 Homewood, IL: Dorsey Press; 1989.
101. Kazden AE. *The token economy: a review and evaluation*. New York: Plenum; 1977.
102. Scharff L, Marcus DA, Masek BJ. A controlled study of minimal-contact thermal biofeedback treatment in children with migraine. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(2):109–119.
103. McDermott FE. *Self-determination in social work*. London: Routledge & Kegan Paul; 1975.
104. Swick SD, Rauch PK. Children facing the death of a parent: the experiences of a parent guidance program at the Massachusetts General Hospital Cancer Center. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2006;15(3):779–794.
105. McCann CM, le Roux P. Individual, family, and group therapy for adolescents. *Adolesc Med Clin*. 2006;17(1):217–231.

(Stern, 20171024, pp. 101-110.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.