

# **Pasos hacia una terapia cognitiva conductual basada en procesos con niños y adolescentes (TCCBP)**



*Por: Javier Mandil, co-director de Fundación Equipo de Terapia Cognitiva Infantojuvenil (ETCI) y profesor en la Universidad Favaloro*

La diseminación de las *terapias basadas en la evidencia* ha prodigado importantes avances en la clínica con niños y adolescentes. Por una parte promovió el desarrollo de instrumentos de evaluación y protocolos de tratamiento para el abordaje de diversos trastornos psicopatológicos que afectan a esta franja etaria vulnerable. Por otra justificó el acceso y cobertura de los consultantes jóvenes por parte de los Servicios de Seguridad Social a nivel mundial (Chambless y Hollon, 1998; Ollendick y King, 2012). Sin embargo una serie de desafíos persisten en relación a la superación de la distancia registrada entre los reportes de eficacia provistos por los estudios controlados y la efectividad de los procedimientos ante las complejidades inherentes a múltiples motivos de consulta (Ollendick, Fraire y Spence, 2013).

Por una parte, el ajuste insuficiente de los cuadros nosográficos descritos en los manuales diagnóstico-estadísticos y la presentación clínica cotidiana, se multiplica exponencialmente ante la injerencia de las diversas dimensiones que contextualizan cada caso (Castonguay y Beutler, 2005). En este sentido, las características evolutivas y culturales, las vulnerabilidades y recursos neuro-cognitivos, las dinámicas familiares y la intercomunicación con sistemas educativos y comunitarios constituyen factores de impacto en la etiología, configuración, mantenimiento y evolución de cada problemática (Ollendick y Neville, 2012). Así mismo, variables como la posible comorbilidad y solapamiento diagnóstico, la cronicidad y la intensidad de la sintomatología, suelen exigir al clínico una especial precisión en la formulación de los casos y un notable grado de flexibilidad en el diseño de las estrategias terapéuticas (Friedberg y Mc Clure, 2016). En este sentido, los protocolos de tratamiento basados en la evidencia ofician a la manera de brújulas generales que orientan las intervenciones, pero el quehacer profesional en la consulta cotidiana requiere de una flexibilidad y una sensibilidad ideográfica, históricamente dependientes de la intuición y el juicio clínico.

Afortunadamente, en los últimos años, diversos desarrollos y precisiones han dado lugar a nuevas propuestas teóricas y metodológicas que nos sitúan en la antecámara de un salto evolutivo de importancia para la clínica en general y en particular, para esta compleja área de estudio que nos ocupa.

## **Hacia el desarrollo de consensos productivos: la terapia cognitivo conductual basada en procesos (TCCBP)**

El movimiento de terapias basadas en la evidencia y la terapia cognitivo conductual han tenido una importancia crucial en el desarrollo de pautas para la corroboración empírica de la eficacia de los tratamientos y en la justificación de su necesaria incorporación a las prestaciones otorgadas por los sistemas de seguridad social (Chambless y Hollon, 1998). Sin embargo, su inicial formulación acorde a modelos biomédicos, es decir la manualización estricta, la convalidación de criterios nosográficos con los manuales diagnóstico-estadísticos, su sustento en una [epistemología racionalista](#) y la valoración de sus resultados en manera casi excluyente a partir de estudios controlados, ha dado lugar a una serie de cuestionamientos y desarrollos alternativos en su interior (Hayes y Hofmann, 2017).

Uno de los más recientes ha sido promovido por las llamadas "terapias cognitivas y conductuales de tercera generación" (Hayes, Masuda y De Mey, 2003), una serie de marcos teórico-metodológicos sustentados en el contextualismo funcional que incorporan perspectivas filosóficas y prácticas propias de las tradiciones humanistas y el Budismo Zen. Sus modelos de tratamiento, guiados por principios flexibles, se orien-

tan a la evaluación y el abordaje de procesos centrales al sufrimiento psicológico. El marco de intervención de estas propuestas implica un cambio de agenda, desde perspectivas orientadas al control de las emociones y el cuestionamiento cognitivo, hacia la aceptación, la toma de perspectiva y el desarrollo de repertorios conductuales flexibles. El carácter rupturista de sus postulados, sumados a la creciente corroboración empírica de su eficacia, en especial en relación a presentaciones clínicas crónicas y/o complejas, han dado lugar a algunos de los debates más intensos en el marco de las terapias basadas en la evidencia a comienzos del siglo XXI. Posteriormente a partir de la última década, el intercambio entre investigadores provenientes de perspectivas heterogéneas dio lugar al desarrollo de notables síntesis superadoras entre las propuestas tradicionales y estas nuevas perspectivas (Hayes y Hofmann, 2017).

*Los protocolos de tratamiento basados en la evidencia ofician a la manera de brújulas generales que orientan las intervenciones, pero el quehacer profesional en la consulta cotidiana requiere de una flexibilidad y una sensibilidad ideográfica*

La terapia cognitiva conductual basada en procesos (TCCBP) es el resultado más representativo de estos intercambios, cuyos lineamientos principales podemos destacar a continuación.

1. La consideración de modelos de tratamiento más flexibles, transdiagnósticos y organizados por principios.
2. La propuesta de una substitución paulatina de los protocolos de tratamiento específicos, dirigidos al abordaje de trastornos definidos en manera médico-estadística, por la identificación de procedimientos orientados

al abordaje de procesos psicológicos generales que impactan en la etiología y el mantenimiento de los motivos de consulta.

3. Una complejización en la propuesta de los modelos de investigación. Esta se caracteriza por un pasaje del énfasis en los estudios controlados sobre la eficacia de los protocolos, al estudio acerca de los mediadores y moderadores del cambio terapéutico. Así mismo, se promueve la enfatización de los estudios experimentales de caso y los diseños de investigaciones de proceso.
4. Un avance en las formulaciones ideográficas del sufrimiento psicológico, sustentado en conceptualizaciones clínicas comprensivas y en el análisis funcional.
5. La integración de la psicoterapia científica a las ciencias sociales y naturales y en especial a una conceptualización evolutiva del desarrollo humano.
6. El reconocimiento y la aceptación del impacto de paradigmas filosóficos divergentes en el área, en especial los mecanicistas y contextuales, como enfoques pertinentes orientados a enfatizar diferentes perspectivas en ese complejo objeto de estudio que es el ser humano, asegurando al mismo tiempo la intercomunicación respetuosa y la confluencia de esfuerzos en el avance de la investigación.
7. Por último y quizás más importante: una redefinición del concepto de "salud mental" y de los objetivos de los tratamientos psicoterapéuticos. Dado que el funcionamiento "presumiblemente normal" y cotidiano del ser contemporáneo involucra procesos destructivos inherentes a la inserción socio-cultural (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), la descripción de problemáticas en categorías nosográficas se considera arbitraria y la definición de un supuesto estado de salud como ausencia de sintomatología psicopatoló-

gica insuficiente. En este sentido, las metas generales de las psicoterapias con base científica se reorientan predominantemente hacia el enriquecimiento del funcionamiento y el desarrollo flexible del ser en contexto.

Hayes y Hoffman (2018) destacan, una pregunta re-fundacional para la psicoterapia actual "¿Que procesos biopsicosociales deben ser abordados con cada cliente, en cada situación y considerando las metas particulares de cada tratamiento? ¿Cómo se puede intervenir en los mismos en la manera más eficiente y efectiva posible?"

En el desarrollo de consensos productivos, los autores describen procesos neurobiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales centrales, sustentados a la fecha por la investigación básica y alientan el estudio de su impacto idiosincrásico en cada motivo de consulta. Así mismo entienden que, dado que la definición del concepto *cognición* involucra cuestiones controversiales, como la concepción del ser humano respecto a la experiencia y el sentido del sí mismo, históricamente la naturaleza y la modalidad operativa del conocer, constituyeron el epicentro de algunos de los más intensos debates suscitados entre las diferentes perspectivas filosóficas en psicoterapia.

Una definición general, cercana al lenguaje cotidiano del término *cognición*, consiste en "los procesos de adquisición del conocimiento y el entendimiento, desarrollados a partir del pensamiento, los sentidos y la experiencia" (Stevenson, 2010).

En este sentido, a grandes rasgos la psicoterapia de base científica, entiende a la *cognición* como la organización proactiva y con tendencia al desarrollo de una coherencia idiosincrásica respecto al significado adjudicado por las personas a los acontecimientos, aspectos de la propia identidad y las interacciones. De Houwer, Barnes-Holmes y Barnes-Holmes (2018) proponen a la perspectiva cognitivo-funcional como un concilio ecuménico útil al marco de la TCCBP, en tanto reconoce y valora las dife-

rencias teóricas, en manera no excluyente y plausible de generar intercambios orientados a la conceptualización de distintos aspectos de esta compleja faceta de la psicología humana.

*La perspectiva contextual-funcional, por otra parte, define a la cognición como conductas lingüísticas que establecen relaciones y transformaciones arbitrarias entre los estímulos del contexto*

En este sentido, señalan que desde la perspectiva tradicional de la TCC, la incidencia de la cognición en el desarrollo psicopatológico considera el impacto de los esquemas centrales en el procesamiento de la información, la generación de sesgos en la percepción y/o recuperación de datos, así como en los productos cognitivos - pensamientos automáticos e imágenes - que afectan el desarrollo de las experiencias emocionales y de repertorios comportamentales desadaptativos.

La perspectiva contextual-funcional, por otra parte, define a la cognición como conductas lingüísticas que establecen relaciones y transformaciones arbitrarias entre los estímulos del contexto. Su impacto en el sufrimiento psicológico estaría dado por niveles poco efectivos de [fusión cognitiva](#) y el seguimiento rígido de las reglas lingüísticas que gobiernan las acciones. Los procedimientos terapéuticos enmarcados en ambas tradiciones están orientados, en sentido amplio, al desarrollo de la toma de perspectiva y la flexibilización cognitiva.

En el marco de la TCC, esta tarea se lleva a cabo principalmente promoviendo la auto-observación de productos, procesos y estructuras cognitivas, su discusión colaborativa, el desarrollo de experimentos comportamentales y la generación de contenidos y procesos más adaptativos. De acuerdo a Clark y Beck (1997), algunos de los procedimientos habituales orientados por estas metas incluyen la psicoeducación, el

auto-monitoreo, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas y los experimentos comportamentales.

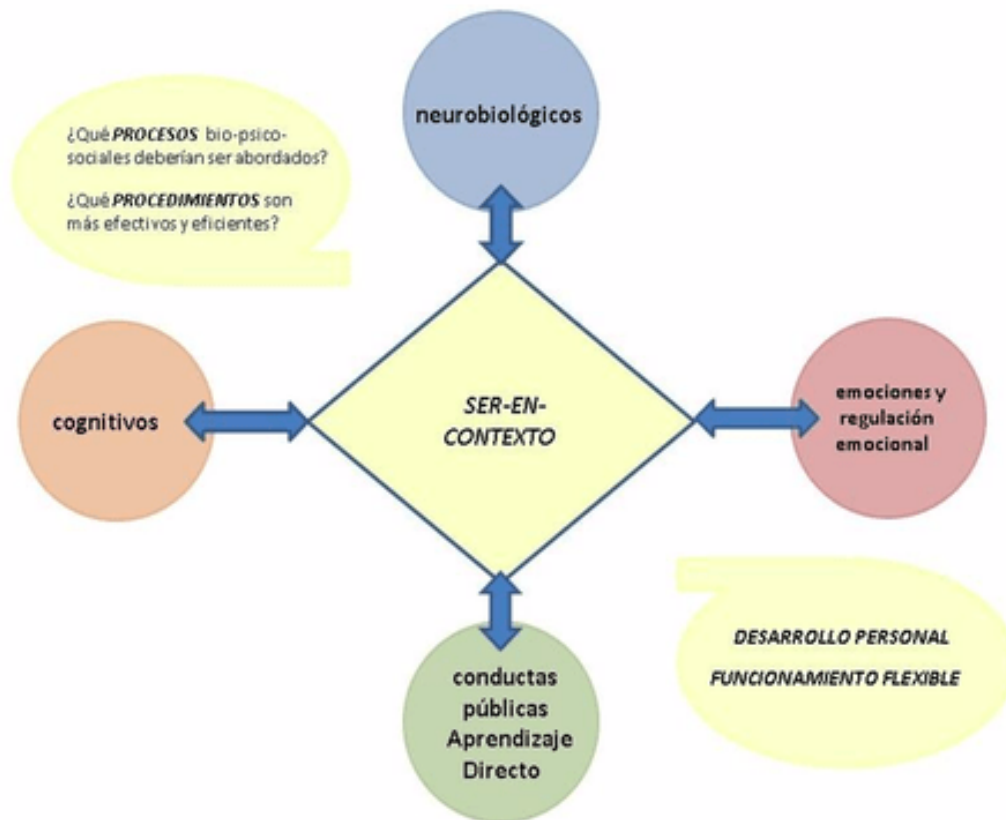
Desde las perspectivas orientadas por el marco contextual-funcional, como la [terapia de aceptación y compromiso \(ACT\)](#), se promueve un cambio general en la relación de los consultantes con sus pensamientos y emociones dolorosas. Hayes, Strosahl y Wilson (1999), sugieren que este cometido podría desarrollarse mediante la alteración de la función de los eventos privados dolorosos en relación al contexto. Varios procedimientos orientados por esta agenda incluyen la aceptación, diversas prácticas de observación en perspectiva, ejercicios orientados a la toma de contacto experiencial respecto a los eventos privados dolorosos y la elucidación de valores.

En este sentido, el marco TCCBP promueve que, a partir del análisis funcional y la evaluación idiosincrásica del impacto en los motivos de consulta de procesos centrales como la fusión cognitiva, la resolución de problemas, la toma de contacto y regulación de las emociones, el desarrollo de repertorios orientados por valores, el desarrollo de las habilidades interpersonales y de afrontamiento, puedan desarrollarse diseños flexibles de tratamiento en base a principios metodológicos sustentados en tradiciones diversas de las terapias cognitivo conductuales, con fuerte soporte en la investigación.

Procedimientos como la reestructuración cognitiva, las prácticas de atención flexible y toma de perspectiva, la elucidación de valores, la toma de contacto y regulación emocional, el control de estímulos, el manejo de las consecuencias conductuales y el entrenamiento en habilidades integran un bagaje de herramientas potencialmente efectivas, cuyo énfasis y secuencia de implementación sería considerada en manera idiosincrásica a partir de la formulación de cada caso clínico (Koerner, 2018).



En la siguiente figura ilustraremos la interacción entre la orientación básica proporcionada por las evaluaciones clínicas, los procesos centrales analizados y el diseño de estrategias de tratamiento flexibles en el marco de la TCCBP.



Hayes y Hofmann (2018), señalan el carácter incipiente de la *psicoterapia basada en procesos*, con la expectativa de que pueda reorientar futuras investigaciones, la sustitución paulatina de los protocolos de tratamiento específicos por programas de intervención comprensivos y flexibles, así como una actualización en la formación de los especialistas.

Es importante destacar que la terapia cognitiva comportamental basada en procesos se define, antes que a la manera de un nuevo modelo terapéutico, como un consenso en continuo desarrollo, nutrido de la confluencia de esfuerzos provenientes de diferentes tradiciones en psicoterapia científica. En este sentido, dado que la principal pregunta que orienta el presente artículo, refiere a la posible injerencia de la TCCBP en relación a futuros desarrollos en Psicoterapia infanto-juvenil, consideramos provechoso revisar en la próxima sección contribuciones con evidencia considerable, orientadas a la fecha por una agenda análoga en el área. Con estos propósitos, nos referiremos principalmente a los Tratamientos Transdiagnósticos con Niños y Adolescentes (Rohde, 2012) y al Enfoque Modular en Clínica infanto-juvenil (Chorpita, Daleiden y Weisz, 2005).

*La TCCP se define, antes que a la manera de un nuevo modelo terapéutico, como un consenso en continuo desarrollo, nutrido de la confluencia de esfuerzos provenientes de diferentes tradiciones en psicoterapia científica.*

## **Hitos en el desarrollo de la TCCBP en la clínica con niños y adolescentes**

Diversos modelos terapéuticos con prestigio y evidencia creciente, definidos como transdiagnósticos y orientados hacia procesos, han difundido en los últimos años adaptaciones para el tratamiento de los consultantes jóvenes. Por poner ejemplos, tanto la terapia de aceptación y compromiso, la [terapia dialéctica conductual \(DBT\)](#) y la terapia multisistémica son marcos de trabajo flexibles orientados por principios y que enfatizan la evaluación y la intervención en relación a procesos psicológicos co-

munes a un amplio rango de problemáticas. En este sentido, dimensiones como la flexibilidad psicológica, la regulación emocional y la intercomunicación ecológica entre sistemas múltiples, constituyen contribuciones de importancia a un campo en evolución constante (Ehrenreich-May y Chu, 2013).

## **Tratamientos transdiagnósticos y el enfoque modular**

En este apartado revisaremos dos particulares desarrollos con soporte empírico considerable y que han propiciado originales contribuciones a la psicoterapia infanto-juvenil, en un recorrido coherente a la agenda propuesta por la TCCBP.

Por una parte, los *tratamientos transdiagnósticos* (Barlow et al., 2011), promueven el desarrollo de protocolos unificados orientados al abordaje de trastornos emocionales diversos, criterios clínicos dimensionales y comorbilidades múltiples. La base conceptual de los mismos se sustenta en un importante cuerpo de estudios orientados hacia procesos psicológicos generales de mayor o menor impacto en el desarrollo idiosincrásico de los motivos de consulta (Rohde, 2012).

Por su parte, el *enfoque modular* ha sido desarrollado para abordar complejidades como la frecuente comorbilidad, particularidades evolutivas y características complejas de los entornos que contextualizan los motivos de consulta de los jóvenes y sus familias (Park y Chorpita, 2016). Koerner (2018) entre otros, valoran su aporte como un posible modelo de guía flexible para el diseño de los tratamientos, la toma de decisiones y la orientación de los recorridos terapéuticos en el marco de la TCCBP.

Los tratamientos transdiagnósticos adquieren mayor difusión a la par que se cuestiona el enfoque categorial del DSM IV TR, en vistas a promover la enfatización de los

criterios dimensionales en las subsiguientes ediciones de los manuales diagnóstico-estadísticos. Atendiendo a las frecuentes comorbilidades y solapamientos diagnósticos observables en la clínica, Barlow, Allen y Choate (2004) publican el [\*Protocolo unificado para el abordaje de los trastornos emocionales\*](#). En el marco del mismo se sugiere una reorientación de las investigaciones, evaluaciones y diseños de estrategias clínicas en relación al impacto que en diferentes motivos de consulta podrían registrar procesos psicológicos generales como los sesgos cognitivos, la atención, la regulación emocional, la resolución de problemas y las estrategias de afrontamiento (Rohde, 2012). Debido a que principalmente la comorbilidad en la clínica infanto-juvenil es más una regla que una excepción, estas perspectivas fueron acogidas con interés considerable por especialistas en el área. Ehrenreich-May y Chu (2013) revisan la corroboración empírica de la incidencia de procesos generales como la atención, los sesgos cognitivos, las modalidades de afrontamiento y la evitación en el desarrollo y agravamiento del curso de diversos trastornos internalizantes y externalizantes en la población infanto-juvenil. Así mismo, destacan la particular incidencia del rol de las relaciones con pares y de los estilos de crianza en el desarrollo psicopatológico en esta franja etaria. Por otra parte, Ehrenreich-May, Queen, Bilek, Remmes y Marciel (2013) destacan los avances en el desarrollo de modelos de intervención como el *Protocolo unificado para el tratamiento de los trastornos emocionales en adolescentes* (UP-A) y el *Protocolo unificado para niños: detectives de las emociones* (UP-C: ED). El motivo principal de estos emprendimientos es la comorbilidad frecuente entre ansiedad y depresión que alcanza aproximadamente un 62% en la población infanto-juvenil, particularmente en la adolescencia.

Sin embargo, mayoritariamente los cuadros comórbidos han sido excluidos de los estudios controlados, reconociéndose que los jóvenes afectados por comorbilidades tienen peor respuesta a los protocolos de tratamiento específicos. Los abordajes

transdiagnósticos infanto-juveniles apuntan a intervenir sobre los procesos comunes a los trastornos internalizantes. Así mismo promueven la economía en la formación de los terapeutas en tanto reorientan el entrenamiento hacia una menor cantidad de modelos. Tanto el UP-A como el UP-C:ED se sustentan en una base teórica informada por la ciencia cognitiva, la modificación conductual y los hallazgos de las investigaciones sobre regulación emocional. De acuerdo a estos últimos, los trastornos de ansiedad y la depresión comparten características afectivas de base (predisposición temperamental y afectividad negativa) y estrategias de regulación emocional poco efectivas. Estas últimas se caracterizan por la evitación emocional, la supresión de las emociones negativas, un bajo reconocimiento general de las propias emociones y una respuesta atenuada a los estímulos positivos. Sobre esta base conceptual, los procedimientos apuntan a incidir en tres componentes clave: modificar las interpretaciones de los consultantes respecto a los estímulos del entorno y a las emociones mismas, promover tendencias a la acción incompatibles con los comportamientos desadaptativos que retroalimentan las emociones dolorosas y prevenir la evitación emocional.

*Los abordajes transdiagnósticos infanto-juveniles apuntan a intervenir sobre los procesos comunes a los trastornos internalizantes*

Ehnreich-May et al. (2017) destacan la evidencia prometedora de estos enfoques, evaluados al día de la fecha en dos estudios abiertos y un estudio controlado. Los resultados de dichas investigaciones parecen corroborar una mejoría en la sintomatología ansiosa y depresiva, el desarrollo de competencias orientadas a la regulación de un amplio rango de emociones, así como una mejor respuesta que la de los protocolos específicos en relación a consultantes jóvenes que presentan trastornos comórbidos.

El *Enfoque Modular* se concibe como un sistema de módulos y algoritmos para la toma de decisiones, orientado a la práctica flexible de las psicoterapias con niños y adolescentes. La modularidad consiste en la organización de intervenciones complejas en componentes simples, que pueden funcionar en manera aislada o en interconexión con otras unidades, siguiendo una lógica algorítmica a la manera de diagramas de flujo que orientan la toma de decisiones clínicas (Park y Chorpita, 2016). Cada módulo o grupo de intervenciones contiene componentes que se presumen como mediadores del cambio terapéutico en los protocolos de tratamiento con evidencia preestablecida.

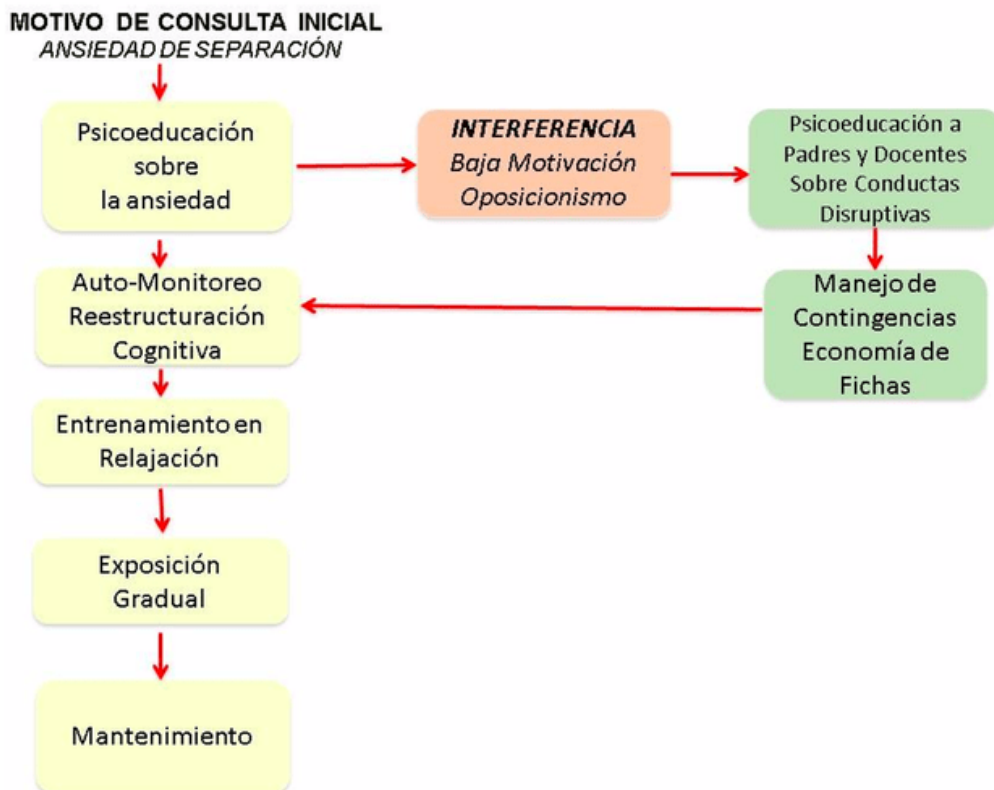
Basándose en investigaciones previas, Chorpita y Weisz (2009) han desarrollado un protocolo modular plausible de ser adecuado a las necesidades de cada consultante y capaz de abarcar diversos motivos de consulta coexistentes. El resultado es el [\*Abordaje modular de psicoterapia para niños con ansiedad, depresión, trauma y/o problemas de conducta \(MATCH\)\*](#). Dicho Manual contiene una librería de procedimientos tomados de la TCC para la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático e intervenciones basadas en los Programas de entrenamiento a padres de niños con conductas disruptivas. Los procedimientos se estructuran a la manera de módulos discretos secuenciados por diagramas de flujo que delimitan un recorrido de base, pero que a su vez permiten una alteración y recombinación en la secuencia modular a medida que surgen interferencias en el tratamiento (Park y Chorpita, 2016).

## **Viñeta clínica**

Ejemplificaremos con la siguiente viñeta clínica: Tommy es un niño de 8 años, cuya madre consulta debido a síntomas de ansiedad de separación. A medida que la profesional tratante implementa los módulos psicoeducativos sobre la ansiedad, evalúa

que el niño carece de motivación personal para proseguir el tratamiento y que a la vez presenta conductas oposicionistas en el hogar y la escuela. Ante dicha interferencia en la secuencia del tratamiento, la terapeuta opta por implementar módulos psicoeducativos para padres y docentes sobre el manejo de las conductas disruptivas. Una vez que el niño presenta menor oposicionismo y una mayor motivación para resolver sus dificultades, la profesional retoma los módulos de psicoeducación sobre la ansiedad y prosigue con la secuencia original de tratamiento.

*En la siguiente figura puede observarse un diagrama de flujo ilustrativo de la secuencia modular anteriormente descrita, adaptado de Chorpita, Daleiden y Weisz (2005).*



A la fecha el enfoque modular ha sido investigado en comparación a la implementación de Protocolos de TCC estándar para diversos trastornos. Park y Chorpita (2016) reportan una eficacia similar respecto a la mejoría de la sintomatología en las dos condiciones de estudio, registrando la condición MATCH mayor eficiencia, una curva de mejoría más alta en un número menor de sesiones y mayores reportes de satisfacción por parte de las familias consultantes. Así mismo los autores señalan que el equipo se encuentra abocado al desarrollo e investigación de diseños modulares que contemplan otras complejidades clínicas frecuentes: pobre adherencia a los tratamientos, diversidad cultural, impacto de estresores o crisis vitales y diferencias en el entrenamiento y la experiencia clínica de los terapeutas.

*La modularidad consiste en la organización de intervenciones complejas en componentes simples*

En suma esta tendencia hacia el desarrollo de modalidades de evaluación idiosincrásicas y el diseño de intervenciones flexibles, ha aportado contribuciones destacables en psicoterapia infanto-juvenil desde hace al menos una década. Podemos aventurar que la diseminación de la TCCBP incorporará estas propuestas a un marco de trabajo aún más sensible a la complejidad de la consulta cotidiana y capaz de unificar los esfuerzos provenientes de investigadores enmarcados en tradiciones epistemológicas diversas de las terapias con base en la evidencia.



# Desarrollos y precisiones pendientes para una TCCBP con niños y Adolescentes

La TCCBP ofrece un consenso auspicioso, abierto a los aportes continuos de los expertos en el área. Sin embargo Ollendick, Fraire y Spence (2013) destacan el natural desfase entre el soporte empírico de los procedimientos orientados hacia procesos psicológicos generales evaluados en población adulta, en comparación al registrado con niños y adolescentes. Por otra parte, ciertos procesos psicológicos centrales descritos en las propuestas iniciales de la TCCBP, como los Valores, han mostrado inconsistencias referentes a su adecuación evolutiva en estudios de componentes y mediadores terapéuticos (Swain et al., 2015). En este sentido se considera que las cualidades que orientan las acciones comprometidas, en tanto reforzadores lingüísticos amplios y abstractos se encuentran en edades tempranas aún en formación, siendo altamente dependientes de la injerencia de los entornos orientados al desarrollo y el aprendizaje de los niños. Mayores precisiones respecto a la utilidad de procedimientos orientados hacia la elucidación de valores, en el intercambio directo con los consultantes jóvenes y/o en relación a los entornos institucionales y familiares son necesarias. Así mismo Coyne, Birtwell, Mc Hugh y Wilson (2013) sugieren que procedimientos basados en la toma de perspectiva como la defusión, debido a su relativa simplicidad y adaptabilidad, pueden ser más viables con niños y adolescentes que las técnicas clásicas de reestructuración cognitiva. Finalmente, probablemente sea importante al abducir procedimientos de tradiciones diversas en el marco coherente de la TCCBP, considerar las adaptaciones necesarias para favorecer el desarrollo personal y el funcionamiento flexible de los consultantes (Hayes y Hofmann, 2017). Lo que

queda claro es que la juventud de estos desarrollos y la necesidad de mayores esfuerzos de investigación podrían propiciar múltiples desafíos y oportunidades en el área. En este sentido podemos alentar expectativas concernientes a que, las contribuciones unificadas provenientes de perspectivas diversas, probablemente enriquezcan en manera exponencial nuestros recursos para la prevención y el tratamiento de esta franja etaria vulnerable.

### **Referencias bibliográficas:**

Barlow, D., Allen, L. & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, C., Boisseau, L., Allen, L. & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York: Oxford University Press.

Castonguay, L. & Beutler, L. (2005). *Principles of Therapeutic Change that Works*. New York: Oxford University Press.

Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.

Chorpita, B., Daleiden, E. & Weisz, J. (2006). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11. 141-156.

Chorpita, B. & Weisz, J. (2009). *Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma or Conduct Problems (MATCH-ADTC)*. Florida: Practice Wise LLC.

Clark, D. y Beck, A. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (ed.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas. Estado de la Cuestión y Procesos Terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Coyne, L. Birtwell, K., McHugh, L. & Wilson, K. (2013). Acceptance and Commitment Therapy. In J. Ehrenreich-May & B. Chu (eds.). *Transdiagnostic Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

De Houwer, J., Barnes-Holmes, D. & Barnes-Holmes, Y. (2018). What is Cognition? A Functional-Cognitive Perspective. In S. Hayes & S. Hofmann (eds). *Process Based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapies*. Oakland: New Harbinger.

Ehrenreich-May, J. & Chu, B. (2013). Overview of Transdiagnostic Mechanisms and Treatments for Youth Psychopathology. In J. Ehrenreich-May & B. Chu. (eds.). *Transdiagnostic Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Ehrenreich-May, J., Queen, A., Bilek, E., Remmes, C. & Marciel, K. (2013). The Unified Protocols for Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents. In J. Ehrenreich-May & B. Chu (eds.). *Transdiagnostic Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Ehrenreich-May, J., Rosenfield, D., Queen, A., Kennedy, S., Remmes, C. & Barlow, D. (2017). An initial waitlist-controlled trial of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 46-55.

Friedberg, B. y Mc Clure, J. (2016). Conceptualización cognitiva comportamental del caso clínico con jóvenes: una herramienta útil. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (comps.). *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia

Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: The Guilford Press.

Hayes, S., Masuda, A. & De Mey (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the Third Wave of Behavior Therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 2, 69-96.

Hayes, S. & Hofmann, S. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process based care. *World Psychiatry*. 16 (3). 245-246.

Hayes, S. & Hofmann, S. (2018). *Process Based CBT*. Oakland: New Harbinger.

Hoffman, S. & Hayes, S. (2018). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy\_. *Clinical Psychological Science*.\_ doi.org/10.1177/2167702618772296.

Koerner, K. (2018). Science in Practice. In S. Hayes & S. Hofmann (eds). *Process Based CBT*. Oakland: New Harbinger.

Ollendick, T. & Neville King, J. (2012). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. Kendall (Comp.). *Child and Adolescent Therapy*. New York: Guilford Press.

Ollendick, T., Fraire, M. & Spence, S. (2013). Transdiagnostic Treatments: Issues and Commentary. In J. Ehrenreich-May & B. Chu (eds.). *Transdiagnostic Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Park, A. y Chorpita, B. (2016). Terapia Cognitiva Comportamental Modular. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge. *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Akadia

Rohde, P. (2012). Applying Transdiagnostic Approaches to Treatments With Children and Adolescents: Innovative Models That Are Ready for More Systematic Evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*. 19, 83-86.

Stevenson, A. (2010). *Oxford Dictionary of English 3rd Edition*. Oxfordshire: Oxford University Press.

Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. & Bowman, J. (2015). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (1), 56-67.