



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

CURS DE TRACTAMENT PSICOLÒGIC COGNITIVOCONDUCTUAL ADREÇAT A PSIQUIATRES

Trastorns Afectius



Esther Trepap

Directora

Fundació Institut de Psicologia

ÍNDEX

1. Evidència científica.
2. Tractament cognitivoconductual:
 - Objectius
 - Psicoeducació
 - Educació emocional i afectiva
 - Planificació d'activitats
 - Relaxació
 - Reestructuració Cognitiva
 - Habilitats socials, assertivitat i habilitats de comunicació
 - Resolució de problemes
 - Autocontrol
 - Entrenament per a la millora de l'autoestima i l'autoeficàcia
 - Higiene de la son
 - Intervenció amb pares
3. Comorbiditat.
4. Coordinació interdisciplinar.
5. Tractament de continuació i prevenció de recaigudes.
6. Bibliografia

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



1.EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

El protocol de tractament de la DI, com el de qualsevol altre trastorn, ha de fonamentar-se en la Pràctica Basada en l'Evidència.

“El desenvolupament dels EBT és un important avenç en psicoteràpia. En el cas de la teràpia infantil és realment convenient ja que es practiquen més de 550 psicoteràpies. D'aquestes, la gran majoria no disposen d'estudis controlats.” (Kazdin, 2000)

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

La Pràctica Basada en l'Evidència.

“La pràctica basada en l'evidència és un terme ampli i es refereix a la pràctica clínica que es construeix mitjançant l'evidència sobre les intervencions, la perícia clínica i les necessitats, valors, preferències dels clients i la seva integració en la presa de decisions en el procés terapèutic.” (Kazdin, 2008)

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

Kazdin, A.E. & Weisz, J.J (2010).
Evidence-Based Psychotherapies for
Children and Adolescents. Guilford
Press. NY

- Stark, K., Streusand, W., Krumholz, L & Patel, P. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. The ACTION Treatment program for Girls.*
- Weersing, R. & Brent, D. (2010). *Treating Depression in Adolescents Using Individual Cognitive-Behavioral Therapy.*

QUÈ CAL PER PODER CONSIDERAR UN TRACTAMENT EFICAÇ (Validació empírica)

criteris proposats per la Divisió 12 de Psicologia Clínica de l'Associació Americana de Psicologia

- Al menys dos estudis experimentals intergrups que el tractament és estadísticament superior al no tractament o a un tractament placebo o a un altre tractament.
- Manuals de tractament o tractaments descrits amb tal precisió que es puguin replicar.
- Aplicats en mostres ben caracteritzades amb trastorns depressius.
- Eficàcia demostrada per almenys dos equips d'investigació independents.

(Chambless i col·laboradors, 1998)

QUÈ CAL PER PODER CONSIDERAR UN TRACTAMENT EFICAÇ (Validació empírica)

1. TRACTAMENTS BEN ESTABLERTS:

1.1. Almenys 2 bons estudis que demostrin eficàcia:

- amb correcte disseny de grups
- realitzats per 2 equips d'investigació independents
- en 2 àmbits de recerca diferents

a) El tractament ha de ser superior de manera estadísticament significativa a tractament farmacològic o al placebo psicològic o a un altre tractament

O

b) El tractament és equivalent a un tractament ben establert en estudis amb suficient potència estadística per a detectar diferències moderades

1.2. Per l'aplicació del tractament es van utilitzar manuals de tractament

1.3. Els estudis s'han implementat en una població tractada per a problemes ben especificats, amb criteris d'inclusió concrets, vàlids i fiables.

1.4. Mesures d'avaluació de resultats vàlides i fiables

1.5. Sistemes d'anàlisi de dades apropiats

QUÈ CAL PER PODER CONSIDERAR UN TRACTAMENT EFICAÇ (Validació empírica)

2. TRACTAMENTS PROBABLEMENT EFICAÇOS

Hi ha d'haver almenys dos bons estudis que demostrin que el tractament és superior de manera estadísticament significativa a un grup control de llista d'espera

O

Un o més bon estudi que compleixin els criteris per als tractaments ben establerts, amb una excepció: haver estat realitzat per dos equips investigadors independents i en àmbits de recerca diferents

3. TRACTAMENTS POSSIBLEMENT EFICAÇOS

Almenys un “bon” estudi, demostrant que el tractament és eficaç, amb absència d'evidència contrària

4. TRACTAMENTS EXPERIMENTALS

Tractaments encara no provats en estudis que compleixin els criteris de metodologia de la Task Force

Note: Adapted from Division 12 Task Force on Psychological Interventions' reports (Chambless et al., 1998; Chambless et al., 1996) and from Chambless and Hollon (1998), who also describe criteria for methodology.

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

National Institute for Health and Clinical Excellence National Clinical Practice Guideline Number 28

- Les guies de pràctica clínica són un recull sistemàtic de recomanacions per a clínics i pacients que proporcionen informació per a la presa de decisions referents als tractaments apropiats per determinats trastorns.
- Es desenvolupen en base a la millor evidència disponible.
- El seu objectiu és millorar els estàndards de qualitat dels tractaments, disminuint les variacions per tal d'organitzar serveis de salut centrats en el pacient.
- **Cal recordar que l'absència d'evidència empírica d'una intervenció en particular no és el mateix que l'evidència de la seva ineficàcia.**

TASK FORCE ON EVIDENCE-BASED THERAPY RELATIONSHIPS (APA DIVISIONS 12 & 29), JANUARY 2, 2011

- La relació terapèutica contribueix de manera substancial als resultats de la psicoteràpia, independentment del tipus específic de tractament.
- Els protocols de tractament han d'abordar criteris i directrius per l'establiment d'una bona aliança terapèutica.
- S'han de fer esforços per promulgar les pràctiques basades en l'evidència (EBPs) que incloguin criteris d'aliança terapèutica.
- L'adaptació del tractament a les característiques específiques del pacient (a més del diagnòstic) millora l'eficàcia del tractament.
- Hi ha interacció dels mètodes de tractament, les característiques del pacient i les qualitats o habilitats terapèutiques del clínic.
- Els elements que contribueixen a establir una bona aliança terapèutica s'han incloure en els estudis de recerca i en els programes de formació dels clínics.

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

Relació entre bons resultats i característiques del terapeuta/pacient

“Hi ha alguna evidència que els professionals entrenats en psicoteràpia tenen millors resultats que els paraprofessionals. També hi ha alguna evidència que l’aliança terapèutica és un predictor de bons resultats. Els terapeutes capaços de crear aquesta aliança amb joves deprimits seran més eficaços.”
(National Institute for Clinical Excellence-National Clinical Practice Guideline 28)

“S’ha constatat que l’aliança terapèutica és un element decisiu per a promoure el canvi i facilitar l’eficàcia del tractament.”
(Kazdin, 2005)

EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

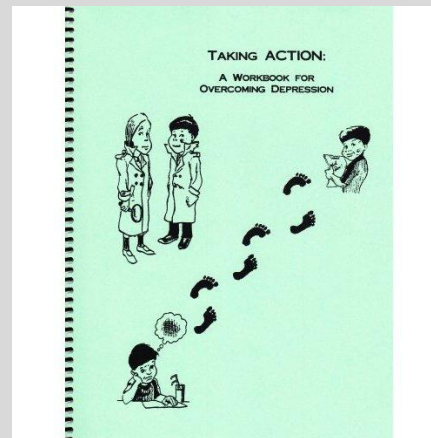
Ensayos controlados sobre tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente

ACTION Treatment Program és més efectiu que la llista d'espera . Després d'aplicar el programa el 80% de nenes ja no complien criteris diagnòstics de TD tant si s'havia fet l'entrenament a pares com si no s'havia fet. (Satark, Stapleton & Fisher, 2009)

12 | Reynolds v Coats | 1986 | 13-16 | 30 | Cognitivo-conductual | 5. Tratamiento multicomponente versus lista de espera. | May 2010 |

<http://www.amazon.com/Taking-Action-Workbook-Overcoming-Depression/dp/1888805056>

Taking Action: A Workbook for Overcoming Depression [Spiral-Bound]
[Kevin Stark](#) (Author), [Philip C. Kendall](#) (Author), [Mary McCarthy](#) (Author), [Mary Stafford](#) (Author), [Rachel Barron](#) (Author), [Marcus Thomeer](#) (Author)
[Be the first to review this item](#) |



EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

Quin tractament per a la infantesa i per a l'adolescència?

1. La teràpia cognitivoconductual és avui la teràpia psicològica de primera elecció ja que és la única modalitat de psicoteràpia sobre la qual existeixen dades d'eficàcia en nens que encara no han arribat a la pubertat. *(Harrington i cols, 1998; Méndez i cols, 2003)*
2. La teràpia cognitivoconductual i la teràpia interpersonal són dos tractaments ben establerts pel tractament de la depressió en adolescents; ja que les dues tenen recolzament empíric de la seva eficàcia, especialment la primera per comptar amb major nombre d'estudis empírics. *(Reinecke, Ryan, & DuBois, 1998; Lewinsohn & Clarke, 1999; Roseelo, 1999; Mufson, 1999; Clerke, 2000; Mufson, 2004,; Stark, Stapleton, & Fisher, 2009)*

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



2. TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Objectius

- Millorar la simptomatologia pròpia del trastorn depressiu.
- Reduir la possible comorbiditat.
- Promoure el desenvolupament normal a nivell social, emocional i escolar.
- Reduir l'estrès familiar.
- Prevenir i reduir els riscos de recaiguda.

(National Institute for Health and Clinical Excellence National Clinical Practice Guideline Number 28)

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Algunes consideracions dins del tractament cognitvoconductual:

1. Les tècniques de teràpia de la depressió infantil són les mateixes que les d'adults.
2. Importància dels diferents trams d'edat.
3. Quant més petit és el nen més adequades són les tècniques conductuals.
4. Les estratègies cognitives no s'han d'utilitzar abans dels 7 anys.
5. El nen està en ple desenvolupament cognitiu pel que es requereix d'una adequada adaptació dels procediments i del llenguatge i la màxima simplificació possible en l'aplicació d'estratègies cognitives.
6. Dependència del grup familiar i importància de l'àmbit escolar.

(Adaptat de del Barrio, 2008)

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Algunes consideracions dins del tractament cognitvoconductual:

1. Dificultat per establir quines estratègies i tècniques concretes han d'incloure.
2. Les diferències entre els diferents tractaments de TC són petites i les diferents tècniques s'han mostrat en la seva aplicació individual tractaments eficaços.

Teories multicausals de la depressió



Múltiples objectius terapèutics



Múltiples estratègies i tècniques



Tractaments multicomponents

(Méndez i cols, 2000, 2002)

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Programes de tractament multicomponents ben establerts

CARACTERÍSTIQUES	ACCIÓ (Stark)	CURS D'AFRONTAMENT DE LA DEPRESSIÓ-VERSIÓ ADOLESCENTS (Lewinsohn)
Població diana	Nens (edat mitjana 11 anys)	Adolescents (edat mitjana 16 a)
Format	Grupal	Grupal
Durada	30 setmanes	8 setmanes
Sessions	30 (45-50 minuts)	16 (120 minuts)
Tècniques principals	Activitats agradables Autocontrol Relaxació Reestructuració Cognitiva Entrenament en assertivitat Solució de problemes Solució de problemes interpersonals Educació emocional Autoinstruccions	Activitats agradables Autocontrol Relaxació Reestructuració Cognitiva Entrenament en HHSS Solució de conflictes Habilitats de comunicació Manteniment i prevenció de recaigudes

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

SÍMPTOMES	INTERVENCIIONS ESPECÍFIQUES
INSOMNI	Higiene de la son, autoinstruccions, relaxació, ideacions positives
DESESPERANÇA	Entrenament en solució de problemes i RC
BAIXA AUTOESTIMA	Oportunitats d'experiència d'èxit, autoinstruccions i RC
PERCEPCIÓ DE NO SER ESTIMAT	Entrenament a pares, autoinstruccions, RC
DIFICULTATS DE CONCENTRACIÓ	Entrenament en autoinstruccions
TRISTESA I PÈRDUA DE PLAER	Planificació d'activitats i RC
IRRITABILITAT	Educació emocional, autoinstruccions, relaxació, RRPP, tècniques d'autocontrol
CANSAMENT	Programa d'activitats, exercici físic i RC
SENTIMENTS DE CULPA	Entrenament atribucional i RC
PÈRDUA DE GANA	Consell nutricional a pares i adolescent
RETRAIMENT	HHSS, RC, Programa d'activitats

(Adaptat de Kendall, 2000)

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Psicoeducació pacient

- A partir dels símptomes que hem detectat en el procés d'avaluació explicarem què creiem els professionals que li passa i com el podem ajudar.
- En nens petits no donarem més informació de la que calgui i el nen demani.
- L'objectiu és que se sentin motivats per realitzar canvis i generem la confiança suficient, amb empatia i comprensió, i demostrant que tenim coneixements i recursos que li podem facilitar per aconseguir una millora significativa però que necessitarem de la seva implicació.

Psicoeducació pares

- Què és la depressió, teories explicatives, necessitat de col·laboració en el tractament i pautes d'actuació al llarg del tractament.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Educació emocional o afectiva

- Denominació d'emocions.
- Identificació d'emocions.
- Relació entre emoció, pensament i conducta.
- Estratègies de canvi i afrontament d'emocions negatives.
- Increment d'emocions positives.
- Pistes internes i externes de les emocions.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Planificació d'activitats

- Explicació de la importància de fer activitats agradables per la seva relació amb la millora de l'estat d'ànim.
- Llistat d'activitats que li agraden fer (inventaris o pensant abans de l'episodi depressiu). Incloure activitats de domini.
- Contracte conductual i tasques per casa
- Autoreforçament
- Registres
- Implicació de pares

Hem de tenir en compte que el pla d'activitats sigui realista

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Relaxació

- Diferents estudis han demostrat que és necessari incloure l'entrenament en relaxació en els protocols de depressió infantil per:
 - ✓ Relació existent entre depressió i estrès.
 - ✓ Comorbiditat amb trastorns d'ansietat.
 - ✓ Els seus efectes contraresten la irritabilitat i la tristesa.
 - ✓ Evidència de la seva eficàcia.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Reestructuració Cognitiva

- Objectiu: aprendre a detectar els pensaments que no ens ajuden a adaptar-nos i que són distorsionats per a modificar-los.
- Fases:
 1. Explicació del model de teràpia cognitiva.
 2. Entrenament en autoobservació i registre de distorsions.
 3. Cerca de pensaments alternatius.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Reestructuració Cognitiva

Detectar distorsions cognitives

- Explicar triada cognitiva.
- Distorsions cognitives i pensaments automàtics negatius.
- Fer èmfasis en:
 - Pensament dicotòmic.
 - Magnificació i minimització.
 - Catastrofisme.
 - Generalització.
 - Falses atribucions de control.
- Canviar a pensament positiu i realista.

Tots... alguns
Ningú... alguns
Sempre... a vegades
Mai... a vegades
No soporto... M'agradaria

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Habilitats socials, assertivitat i habilitats de comunicació

- Lewinsohn i Clarke (1984) proposen que l'increment d'HHSS permet obtenir més reforçament positiu i com a conseqüència la simptomatologia depressiva disminueix.
- La investigació constata que l'entrenament en HHSS millora els repertoris bàsics de conducta en nens i adolescents.
- Els programes d'HHSS s'han demostrats eficaços aplicats a nens i joves amb dificultats en l'àrea social.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Habilitats socials, assertivitat i habilitats de comunicació

Entrenament en habilitates socials

- Objectiu: fomentar la comunicació fluida i adquirir estratègies que li permetran establir patrons de comunicació adequats per afavorir relacions interpersonals i defensar els seus drets d'una manera assertiva.
- Fases:
 1. Instrucció verbal.
 2. Modelat.
 3. Assaig de conducta.
 4. Retroalimentació i reforçament positiu.
 5. Tasques per a casa.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Resolució de problemes

Entrenament en solució de problemes (D'Zurilla y Golfried, 1971)

1. Objectius són: ensenyar al menor que els problemes formen part de la vida, que reconegui els problemes quan apareguin i que no respongui de forma impulsiva.
2. Definir el problema: en què consisteix el problema?, què succeeix abans i després?, en què situacions em passa?, quines conseqüències té?.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Resolució de problemes

Entrenament en solució de problemes (D'Zurilla y Golfried, 1971)

4. Pensar possibles solucions para cadascun dels problemes, sense valorar pel moment que siguin bones o dolentes.
5. Contestar per cada solució: quines conseqüències bones i dolentes tindrà la posta en marxa de cada alternativa?.
6. Planificació i posta en pràctica de la solució escollida, què necessito per aconseguir-ho?.
7. Verificar i avaluar el resultat.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Resolució de problemes

Entrenament en solució de problemes (D'Zurilla y Golfried, 1971)

1. Quin és el meu problema?.
2. Què vull aconseguir?.
3. Quin és el meu pla?.
4. Com ho faré?.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Entrenament en autocontrol

- Objectiu: ensenyar als pacients a ser els seus propis terapeutes mitjançant el disseny d'autointervencions que els hi permetin modificar els antecedents i conseqüents que mantenen les conductes problemes i així aconseguir fites a curt, mig i llarg termini (Díaz-García, Comeche i Vallejo-Pareja, 1996).

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Entrenament en autocontrol

Fases (Bermúdez y Buela-Casal, 2004):

1. Autoobservació: observar i registrar la pròpia conducta, fent ús d'autoregistres diferenciant les prosocials i les disocials.
2. Establiment d'objectius realistes.
3. Entrenament en tècniques concretes: control estimular, autoobservació, tècniques d'afrontament, tècnica de la tortuga (Schneider i Robin, 1973), relaxació i autoavaluació.
4. Generalització.
5. Avaluació.

TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Higiene de la son

- Realitza un ritual abans d'anar a a dormir
- Cada dia avança l'hora d'anar a dormir de 10 en 10 minuts per anar ajustant a poc a poc l'hora correcta per descansar
- No estudiïs per les nits, intenta tenir un moment de tranquil·litat
- Posa't el despertador a la mateixa hora
- Intenta que la teva habitació, sigui un lloc a on únicament dormis



TRACTAMENT COGNITIVOCONDUCTUAL

Intervenció amb pares

- Els objectius concrets de la intervenció amb pares es centren a ensenyar:
 1. Mètodes positius pel maneig de la conducta
 2. Habilitats personals pel propi control de les seves emocions com la ira i l'hostilitat
 3. Procediments per incrementar l'autoestima dels seus fills.
 4. Habilitats per planificar activitats

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



3.COMORBIDITAT

COMORBIDITAT

- El tractament de la comorbiditat també s'ha d'incloure en el disseny terapèutic.
- Els tractaments d'elecció també seran tractaments amb recolzament empíric.
- Entre el 50 i el 80% dels deprimits també compleixen criteris d'un altre trastorn (25% TC i/o TND; 25% TAS; 15% TOC; 5% TCA o altres trastorns d'ansietat o TDAH) que també es tracten amb teràpia cognitivoconductual.



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



4. TRACTAMENT DE CONTINUACIÓ I PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

TRACTAMENT DE CONTINUACIÓ I PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

- Prolongació de la teràpia fins uns mesos després que es produeix una remissió parcial o total al final del tractament agut per tal d'assegurar una remissió completa i una recuperació total.
- Kroll i cols (1996) van observar que la inclusió de sis sessions de recordatori de TCC mensuals millorava en un 30% el percentatge de recaigudes.

TRACTAMENT DE CONTINUACIÓ I PREVENCIÓ DE RECAIGUDES

- En les darreres sessions del tractament es fa un resum de totes les tècniques apreses.
- Es recorden les situacions de possible risc i què cal fer.
- Es donen pautes a pares per l'observació de l'evolució i es descriuen signes d'alarma que requeririen nova consulta.
- Després de las sessions de tractament continuades es fan visites de seguiment: al mes, als 3 mesos i cada 6 mesos.



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL



Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



6. CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

1. És necessari fonamentar la pràctica clínica basada en la evidència científica.
2. La teràpia cognitivoconductual és la teràpia d'elecció per nens i per adolescents. Amb adolescents també hi ha evidència de la TI.
3. El tractament ha d'incloure als pares.
4. El tractament ha d'incloure el seguiment i la prevenció de recaigudes.
5. S'han de tractar també els possibles trastorns comòrbids.

Intervenció psicoterapèutica cognitivoconductual



7.BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Clarke, G.N. y Lewinsohn, P.M. (1986). *The Coping with Depression Course-Adolescent Version. A psychoeducational intervention for unipolar depression in high school students*. Manuscrito no publicado. Oregon Research Institute, Eugene, OR.
- Del Barrio, V. (2008). *Tratando ...depresión infantil*. Recursos Terapéuticos. Ed. Pirámide.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. EA Ediciones Aljibe.
- Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido. Causa, evaluación y tratamiento*. Ed Ariel Psicología.

BIBLIOGRAFIA

- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). *Problem-solving and behaviour modification*. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126
- Garcia-Vera, MP. Sanz, J. (2005). Depresión. En: *Manual de terapia de conducta en la infancia*.
- Jacobson, E. (1994). *Relajación progresiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós Ibérica.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guildford Press.
- Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. & Kendall. P.C. (1998). Current progress and future plans developing effective treatments: comments and perspectives. *Journal Clinical Child Psychology*, 27 (2): 217-26.

BIBLIOGRAFIA

- Meichenbaum D. G. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means od developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.
- National Institute for Clinical Excellence(2005). *Depression in Children and young people. Identificacion and management in primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 28*. Published by The British Psychological Society.
- Schneider, M. & Robin, A. (1976). The Turtle Technique: A method for the self-control of impulsive behaviour. In J. Drumboltz & C. Thoresen (eds.). *Counselling Methods*. New York: Hold Rinehart & Winston.
- Shaffer, D. Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Revisiones en psiquiatría. Ars Medica.
- Stark, K.D.i Kendall, P.C. (1996). *Treating depressed children: therapist manual for “Action”*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Material complementario

- Comeche, I. Vallejo, M.A (2005). *Manual de terapia de conducta en la infancia y la adolescencia*. Dykinson-Psicología.
- Del Barrio, V. (2005). *Emociones inafantiles. Evolución, tratamiento y prevención*. Ed. Pirámide
- Geis, P. y Folch, S. (2007). *Quico i Tula. Sentiments*. Barcelona: Combel Editorial.
- Friedberg, R. Mc Clure. J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Ed. Paidós.
- Inglés Saura, C. J. (2003). *Enseñanza de habilidades sociales interpersonales para adolescentes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kemmler, R. (2000). *Relajación para niños y adolescentes: El entrenamiento autógeno*. Madrid: TEA.
- Lienas, G. y Àfrica, F. (2008). *Es necessiten petons*. Barcelona: La Galera.

Material complementario

- *Lienas, G., y Fanlo, A. (2008). Un mirall al cor. Barcelona: La Galera*
- *Monreal, V. (2005). Remordimiento. Madrid: Ediciones Gaviota.*
- *Norac, C. y Dubois, C.K. (2000). Les paraules dolces. Barcelona: Editorial Colimbo.*
- *Vallés Arándiga, A. (1998) Autocontrol 3º. Entrenamiento en actitudes, valores y normas: Educación para la convivencia escolar. Alcoy: Marfil.*
- *Vallés Arándiga, A. (1998) Autocontrol 4º. Entrenamiento en actitudes, valores y normas: Educación para la convivencia escolar. Alcoy: Marfil.*
- *Vallés Arándiga, A., y Vallés Tortosa, C. Habilidades Sociales. 1er Ciclo de Primaria. Alcoy: Marfil.*
- *Vázquez, I. (2001). Técnicas de relajación y respiración. Madrid: Editorial Síntesis*