

LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Aurèlia Rafael, Dora Vera, Leticia Bardinet, Montse Molina
Master Formación en Paidopsiquiatría. Facultad Medicina. UAB.
arafael@paidopsiquiatría.cat

Despite an increasing interest in the use of cognitive behavior therapy for children and adolescents, it is important to recognize that the empirical evidence and the theory basis we have with respect to this group of patients is limited in contrast with the adult population. We need theoretical cognitive models that a developmentally adequate and that explain the emotional and behavioral problems of children and adolescents.

It is equally necessary to adapt the techniques of cognitive-behavioral therapy to the developmental situation of the child or adolescent we deal with. This will bring a substantial improvement of the efficacy of CBT.

Keywords: cognitive behavior therapy; development; cognitions, feelings, behavior

1. La Terapia Cognitivo Conductual en la infancia y la adolescencia.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se utiliza en niños y adolescentes para tratar diversos trastornos psicopatológicos, los cuales incluyen la depresión (Weisz, McCarty y Valeri, 2006), la ansiedad (Kendall, Choudhury, Hudson y Webb, 2002) y los trastornos de conducta (Litschge, Vaughn y McCrea, 2010).

La TCC requiere que los pacientes tengan capacidad para identificar, cuestionar y general sistemáticamente formas alternativas de pensar. Ello conlleva poseer cierto grado de madurez y complejidad cognitiva y por ello debemos plantearnos hasta qué punto los niños pequeños poseen el nivel de madurez cognitiva necesario para beneficiarse de este modelo terapéutico, cuestión que ha sido objeto de debate.

Si bien la controversia continúa, la TCC se aplica a niños pequeños. Una revisión de 101 estudios de tratamientos cognitivo-conductuales mostró que el 79% de los mismos incluía a niños menores de 10 años (Durlak, Wells, Cotto y Johnson, 1995) y un metaanálisis de 150 estudios de psicoterapia con niños y adolescentes mostró que el efecto es más duradero en adolescentes que en niños (Weisz, Weiss, Han, Granger y Morton, 1995). De forma similar, Durlak et al (1995), informan que los niños de edades comprendidas entre los 11 y 13 años se benefician en mayor medida de la TCC que los niños de 5 a 11 años.

Dado que la TCC para niños y adolescentes proviene de la TCC para adultos, la idea de que este modelo es apropiado en infancia y adolescencia no está del todo clara (es menos cuestionado su uso en la adolescencia). Para los clínicos que trabajamos en este ámbito, se hace necesaria la incorporación de las características propias del desarrollo en el diseño y la planificación del tratamiento, con el objetivo de aumentar la eficacia del mismo.

Para llevar a cabo esta adaptación los clínicos precisan: 1) reconocer la conexión entre las habilidades propias del desarrollo y las técnicas clínicas, 2) comprender la correcta evolución de las habilidades del desarrollo (psicología evolutiva), 3) utilizar herramientas de valoración apropiadas para determinar el nivel de desarrollo del niño, y 4) incorporar todos esos conocimientos en un plan de tratamiento individualizado. (Frankel, Gallerani y Garber, 2012).

Conviene destacar la importancia, cuando se trabaja en infancia y adolescencia, de conocer la evolución y curso normativo en las adquisiciones del desarrollo infanto-juvenil, lo que nos permite en nuestro ejercicio clínico determinar el nivel evolutivo del niño y mejorar la calidad de nuestra intervención, orientando nuestros objetivos y disminuyendo suposiciones erróneas.

2. La adaptación de la TCC según el nivel de desarrollo.

2.1. La TCC en niños preescolares y escolares

Pese a que la TCC puede ser sofisticada y compleja, muchas de las tareas que incluye pueden ser adaptadas, ajustando los conceptos y las técnicas al nivel evolutivo del niño. En la mayoría de ocasiones se precisa razonar eficazmente en cuanto a cuestiones y dificultades concretas, y no en cambio en un pensamiento conceptual y abstracto. De este modo, el nivel de las operaciones concretas, al cual el niño accede entre los 7 y 12 años aproximadamente, será suficiente para poder realizar las tareas que incluye la TCC (Verduyn, 2000).

La principal dificultad en niños pequeños se halla en la traducción y adaptación de los conceptos más abstractos a ejemplos y metáforas sencillas, concretas, comprensibles y que tengan relación con su vida cotidiana. Los materiales han de resultar divertidos, interesantes y atractivos, y los conceptos deben estar adaptados al nivel apropiado a la edad (Young y Brown, 1996).

Tal y como Stallard (2007) plantea:

“Para poder beneficiarse de una TCC, el niño debe ser capaz de realizar tareas tales como: acceder a sus propios pensamientos y comunicarlos; concebir atribuciones alternativas respecto a los acontecimientos; tener conocimiento y ser consciente de las diferentes emociones; relacionar y vincular los pensamientos, los sentimientos y los hechos” (p. 51).

Para que el clínico pueda evaluar si el niño dispone o no de estas capacidades, proponemos una serie de medios apropiados a distintas edades, que nos ayudarán

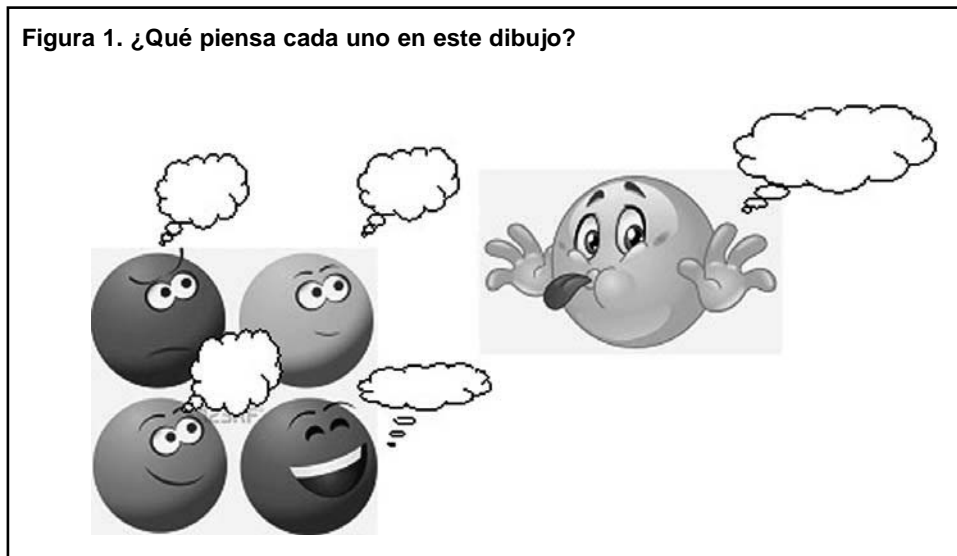
en nuestra tarea.

La entrevista puede resultar una herramienta útil para el **acceso y comunicación de los propios pensamientos**. Nos permite acceder a los pensamientos y soliloquios internos. Niños de 3 años son perfectamente capaces de hablar acerca de sus pensamientos si se les indica que nos “hable de lo que está pensando” (Hugues, 1988).

Otra forma de aproximarnos a este objetivo puede ser un enfoque más indirecto donde se le solicita al pequeño que describa, hable o dibuje alguna situación difícil que le haya pasado. Mientras la realizan, podremos observar si puede o no ofrecer la descripción junto con algunos de los pensamientos o atribuciones en relación al hecho narrado.

En niños más pequeños es útil el uso de muñecos y juegos que recrean y escenifican la situación vivida, durante el transcurso del juego solicitamos al niño que nos diga lo que los muñecos podrían estar pensando.

Los bocadillos tipo cómic son otra herramienta útil. El clínico puede escoger el material gráfico que más le conviene (véase figura 1) y solicitar al niño que explique lo que están pensando los personajes (Kendall y Chansky, 1991).



Para evaluar si el niño posee la capacidad de **concebir atribuciones alternativas** resultan de utilidad las situaciones hipotéticas (Doherr, Corner y Evans, 1999). En ellas presentamos al niño una serie de situaciones y le pedimos que sugiera todas las explicaciones posibles que se le ocurran para explicar qué ha pasado en cada una de ellas.

En niños más pequeños podemos representar o escenificar la situación difícil

mediante un juego de marionetas o con muñecos. Mientras se escenifica, animamos al niño a que sugiera lo que cada uno de los “espectadores” (restantes muñecos o juguetes) piensan respecto lo que ha pasado.

Nuevamente el uso de cómics puede ser útil en esta tarea.

Por lo que respecta al **conocimiento y consciencia de las propias emociones**, este es un componente que a menudo es un objetivo a desarrollar en la TCC más que un prerrequisito (la educación emocional). Para ello, disponemos de materiales que ayudan al niño a identificar y expresar sus emociones mediante la escenificación, el juego y el dibujo.

Los juegos de adivinanzas también son una herramienta útil en este aspecto. Se le muestran al niño imágenes de personas con diferentes estados emocionales y se le anima a identificar el estado emocional (véase figura 2). Otra opción es que sea el propio terapeuta quien escenifique la emoción.



Para valorar y enseñar al niño a **relacionar y vincular los pensamientos, sentimientos y acontecimientos**, nos seguirá siendo útil el juego de acertijo o adivinanzas. Con las mismas tarjetas de expresiones faciales, le podemos pedir que elija la que él siente en diferentes situaciones (jugando con sus amigos, haciendo los deberes en casa, cuando sus papás lo riñen...). El juego con muñecos o marionetas también nos permite trabajar esta habilidad.

2.2. La TCC en la adolescencia

También en el caso de los adolescentes es preciso tener en cuenta una serie de aspectos evolutivos que ejercen un impacto sobre el proceso terapéutico (Belsher y Wilkes, 1994).

Al trabajar con adolescentes se hace necesario **reconocer el egocentrismo** propio de esta etapa del desarrollo. El clínico que reconoce y acepta esta situación parte de ella para indagar y clarificar los puntos de vista y opiniones del adolescente. En caso contrario, es fácil caer en el cuestionamiento o ataque de su egocentrismo

y ello conlleva que el adolescente se sienta incitado a defender sus propias opiniones. Tal y como Belsher y Wilkes (1994) sugieren, el papel del terapeuta consiste en ofrecer opciones, mientras que el adolescente es quien decide la opción a seguir.

Otro aspecto importante en esta etapa es poder **fomentar la colaboración**. Para ello el clínico despliega un esfuerzo consciente por fomentar una relación más igualitaria (siendo preciso no obstante el reconocimiento de poder y estatus entre el joven y el profesional). El terapeuta actúa en este caso como un educador y facilitador, en un espacio donde el joven puede analizar, comprender e identificar otras formas de pensar y actuar, se le ayuda a descubrir posibles soluciones mediante la reflexión.

Debido al egocentrismo del adolescente, es frecuente que se aferre a su perspectiva y coaccione al clínico para que coincida en su punto de vista. Es de gran importancia **mantener la objetividad** y fomentar el empirismo, animando al adolescente a que compruebe su punto de vista y halle evidencias que lo apoyen o lo contradigan.

Una herramienta útil para el clínico en el trabajo con jóvenes, es el cuestionamiento socrático. **Formulando preguntas socráticas** ayudamos al adolescente a analizar, revisar y cuestionar aquello que piensa y cree.

Finalmente, otro aspecto característico de esta etapa del desarrollo son los razonamientos dicotómicos. **Cuestionar el pensamiento dicotómico** es de gran relevancia dado que a menudo se ven reflejados en oscilaciones espectaculares en su estado de ánimo que responden más a este tipo de pensamiento (“estar muy triste” o “estar muy feliz”) que no a que hayan aprendido la amplia gama de posibilidades intermedias que existe entre dos puntos extremos.

3. Los componentes de la TCC adaptados a la infancia y la adolescencia.

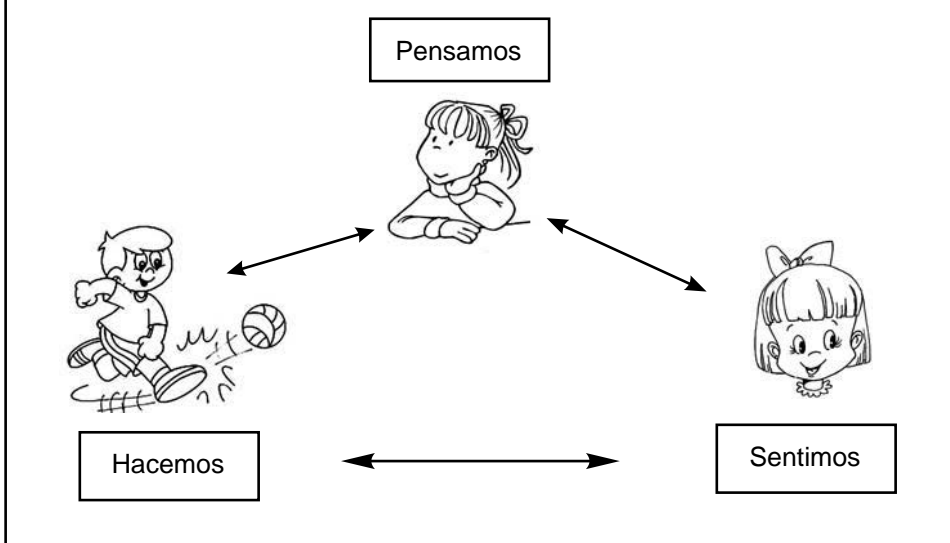
En este apartado nos proponemos ofrecer una visión generalizada de la TCC y su trabajo con niños y adolescentes, y como podemos adaptar los diferentes componentes, conceptos y estrategias de esta técnica terapéutica para facilitar su aplicación a estas etapas evolutivas. Para ello seguiremos las adaptaciones propuestas por Stallard (2007).

3.1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual.

Ofrecemos al niño una psicoeducación respecto a lo que es la TCC, los objetivos que nos planteamos e introducimos los conceptos claves relativos a los pensamientos, los sentimientos y la conducta. Explicamos el vínculo existente entre estos tres aspectos (figura 3), exponemos los tipos de pensamientos (pensamientos automáticos y creencias nucleares) y como estos influyen en las emociones y conducta.

Proponemos al niño ejercicios adaptados a su nivel de desarrollo que le

Fig. 3. Lo que pensamos, hacemos y sentimos



permiten familiarizarse con la observación y registro de sus pensamientos, analizando situaciones tanto positivas como negativas que le permitan observar la conexión entre pensamiento, sentimiento y conducta (véase figura 4 y figura 5).

3.2. Los pensamientos automáticos.

Es importante ofrecer al niño una explicación de lo que son los pensamientos automáticos (PA) así como introducir la triada cognitiva (lo que pienso acerca de

Figura 4. Ejercicio Pensamiento-emoción

Hay cosas que nos pueden hacer sentir tristes o alegres, pero también hay veces que ante una cosa que nos pasa podemos pensar de diferentes formas y dependiendo de lo que pensemos nos podemos sentir más contentos o más tristes.

En este ejercicio tienes que unir con flechas lo que piensan algunos niños cuando les pasan ciertas cosas y como se sienten:



Situación:	Si piensa:	Se siente:
	Soy un desastre	
Lucia ha perdido en una carrera contra Sandra		
¡La próxima vez ser:		

Figura 5. Lo que pienso, lo que hago o lo que siento.

La lista que viene a continuación, ¿son cosas que piensas, que sientes o que haces?

Situación	Pienso	Siento	Hago
Ir al colegio			
Esto me va a salir mal			
Asustado			
Jugar con mis amigos			
Contento			
Nadie querrá jugar conmigo			
Triste			

mí mismo, acerca de lo que hago y acerca de mi futuro). Se trabaja el análisis de los efectos que tienen los PA positivos y negativos sobre nuestros sentimientos y conducta. Enseñamos también a identificar los PA más comunes y que generan fuertes reacciones emocionales.

Para los niños más pequeños son útiles las viñetas con bocadillos tipo cómic, podemos dibujar o escribir los PA agradables o desagradables y el terapeuta sigue la pista de los temas más importantes que haya detectado. En caso de encontrarnos con dificultades para acceder a los propios pensamientos, resulta útil el *¿qué estarán pensando?*, planteando al niño situaciones con personajes donde el sugiere lo que piensan o nosotros ofrecemos dos o tres sugerencias respecto los pensamientos que pueden estar teniendo (figura 6 y figura 7).

Figura 6. Identificación de pensamientos automáticos para niños más pequeños

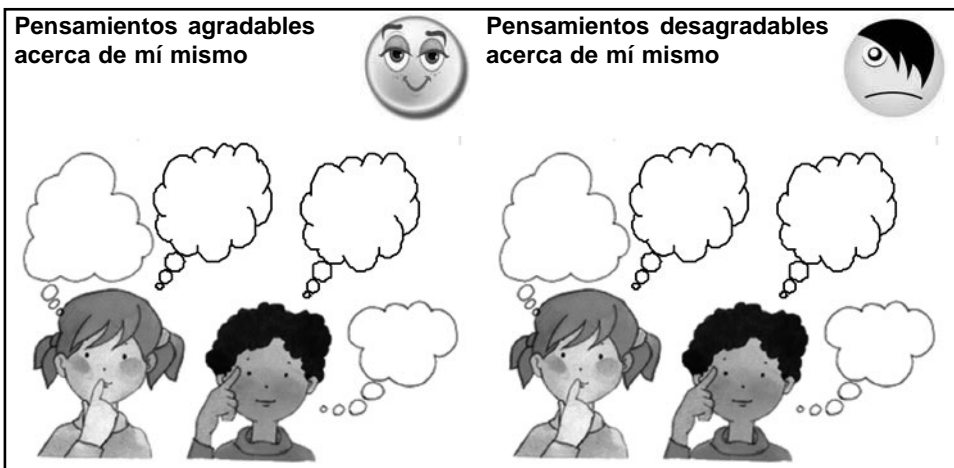


Figura 7. Identificación de pensamientos automáticos para niños más grandes: autoregistro.

Día y hora	Situación ¿Qué, cuando, donde y quién?	Pensamientos ¿Cuáles fueron tus pensamientos?	Sentimientos ¿Qué o cómo te sentiste?

3.3. Los errores de pensamiento: distorsiones cognitivas.

Para trabajar las distorsiones cognitivas en la infancia, enseñamos al niño las modalidades principales de errores de pensamiento adaptadas a su nivel de desarrollo y lo ayudamos a identificar cuáles son las que él suele cometer de forma más frecuente.

Una adaptación muy útil para trabajar en infancia se puede encontrar en el texto de “Pensar bien, sentirse bien” de Stallard (2007). Así, el autor hace adaptaciones tales como:

Los “aguafiestas” hacen que la atención se concentre en las experiencias negativas, al tiempo que pasan por alto cualquier cosa que sea positiva (abstracción selectiva). “Agrandar las cosas” subraya que le concedemos una importancia excesiva a las experiencias negativas (pensamiento dicotómico, generalización excesiva, magnificación) (p.70).

Después de haber presentado al niño las principales distorsiones cognitivas, podemos “iniciar una investigación” en la cual hallaremos las que él comete de forma más frecuente. Para trabajar con adolescentes este apartado resultan de utilidad los autorregistros.

3.4. El pensamiento equilibrado: la reestructuración cognitiva.

Enseñamos al niño, sobre la base de todas las evidencias disponibles que ha aprendido a analizar, a identificar una forma alternativa y más equilibrada de pensar. Ello conlleva la búsqueda de evidencias de todo tipo, comprobar aspectos a favor y en contra de los pensamientos, detectar los posibles errores y reemplazarlos por pensamientos más equilibrados y realistas. Así, el proceso a realizar en este punto es: evaluación cognitiva, comprobación de pensamientos, reestructuración cognitiva, pensamiento equilibrado (figura 8 y 9).

Valorar la intensidad de la creencia antes y después de ponerla a prueba ayuda al niño a entender como los pensamientos automáticos son menos perturbadores si los ponemos en duda y los cuestionamos. Para llevar a cabo esta tarea proponemos al niño el uso del “termómetro mental” (figura 10).

Figura 8. Ejercicio de reestructuración cognitiva para niños edad escolar.

LA PITONISA ISA

Isa está preparando la fiesta de su décimo cumpleaños, está muy atareada comprando con su madre los refrescos y los aperitivos y decidiendo el sabor de la tarta. Pero a este ajetreo Isa tiene añadida una preocupación mayor y es que Isa piensa cosas como: "Seguro que no se lo van a pasar bien", "Todos se van a aburrir", "será un desastre", "no vendrá ni la mitad de gente a la que invité".



1. ¿Hay alguna forma de que Isa sepa lo que va a pasar en su fiesta antes de que suceda?
2. Las cosas que piensa Isa ¿la ayudan en algo? ¿Cómo la hacen sentir?
3. ¿Qué otras cosas podría pensar Isa para no estar tan nerviosa antes de su fiesta?

Figura 9. Reestructuración cognitiva para niños de edad escolar.



Acontecimiento	Emoción	Pensamiento oruga 	¿Puede cambiarse el pensamiento oruga por un pensamiento mariposa?	Pensamiento mariposa 

Figura 10. Termómetro mental.

Termómetro mental



Utiliza la escala para mostrar la intensidad con que crees tus pensamientos



10 Me lo creo muchísimo

9

8

7 Me lo creo bastante

6

5



4 Me lo creo sólo un poco

3

2

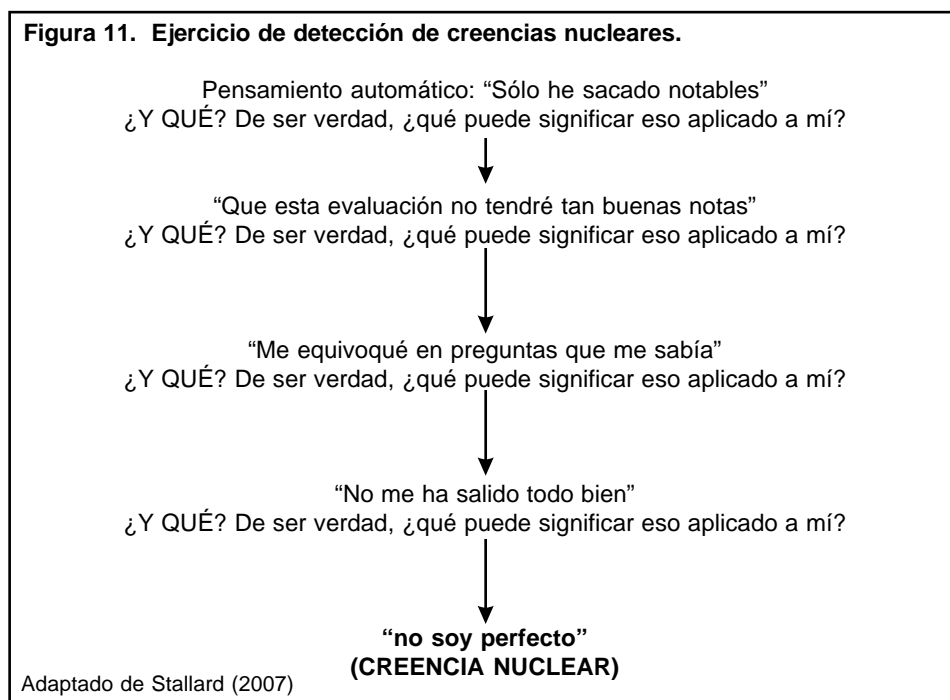
1 No me lo creo nada en absoluto

3.5. Las creencias nucleares

El modelo cognitivo plantea que es durante las primeras experiencias y educación temprana cuando se desarrolla una forma bastante fija y rígida de pensar, es decir, lo que se denomina **creencia o esquema nuclear**. A partir de ellas es que evaluamos la información y experiencias novedosas, estableciendo un sistema por el cual seleccionamos y filtramos la información que refuerza nuestras creencias.

Para trabajar este concepto con la población infantil, se utiliza la técnica de la flecha descendente, con el “¿Y entonces qué?” (Burns, 1999). De este modo, descubrimos las creencias nucleares realizando al niño después de cada afirmación la pregunta “¿y qué?” (figura 11). Una vez identificadas, el trabajo está en comprobar la validez de las mismas, para ello podemos utilizar nuevamente el termómetro mental.

Figura 11. Ejercicio de detección de creencias nucleares.







3.6. El control de nuestros pensamientos y sentimientos. La educación emocional.

Una vez el niño ha aprendido a identificar sus principales pensamientos automáticos, sus creencias nucleares y ha comprendido en sí el modelo cognitivo, debemos enseñarle a utilizar estrategias que le ayuden en el control de los pensamientos y sentimientos disfuncionales, favorecer los que son más equilibrados y fomentar las estrategias de afrontamiento (figura 12).

Figura 12. Ejercicio para aprender a controlar pensamientos.

AYÚDALES A SONREIR
Ahora vienen unas situaciones ante las que unos niños piensan ciertas cosas que les hacen sentir mal, ayúdales tú a pensar otras cosas que les hagan sentir mejor:

Marcos ha perdido su boli de la suerte	Soy un desastre!	
	Pensamientos alternativos:	
	_____	

Mañana es la obra de teatro de fin de curso de Patricia	Me saldrá mal, todos se reirán de mí.	
	Pensamientos alternativos:	
	_____	

El siguiente paso está en enseñar al niño a identificar y distinguir sus emociones esenciales para poder facilitar una mayor conciencia de su forma de expresarse emocionalmente y las consecuencias que ello conlleva (figura 13 y 14).

3.7. Cambiar la forma de actuar y entrenamiento en solución de problemas.

Al evaluar los pensamientos el niño consigue desarrollar unas cogniciones más equilibradas y funcionales, admitiendo las propias dificultades y limitaciones pero a la vez reconociendo los puntos fuertes y los logros asumidos. En este punto es importante introducir la enseñanza de nuevas habilidades cognitivas tales como aumentar el abanico de respuestas e introduciendo cambios en las formas de actuar, así como el entrenamiento en solución de problemas.

Respecto al abanico de respuestas, se debe aumentar la cantidad de actividades agradables en primer lugar. Posteriormente son útiles estrategias como la división por objetivos, la exposición gradual y la prevención de respuesta.

Por lo que respecta al entrenamiento en solución de problemas, se explican al niño formas de desarrollar habilidades más eficaces, identificando soluciones alternativas y análisis de posibles consecuencias para después subrayar la necesidad

Figura 13. Educación emocional: control de los sentimientos.

Dibújate a tí mismo sentado en este bloque de hielo



Pinta el hielo con un color bonito que sea *frio*.

Escribe cinco frases que puedan enfriarte.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

La próxima vez que estés realmente enfadado y eches humo, imagínate sentado en este bloque de hielo pensando las cinco frases que te enfrían.

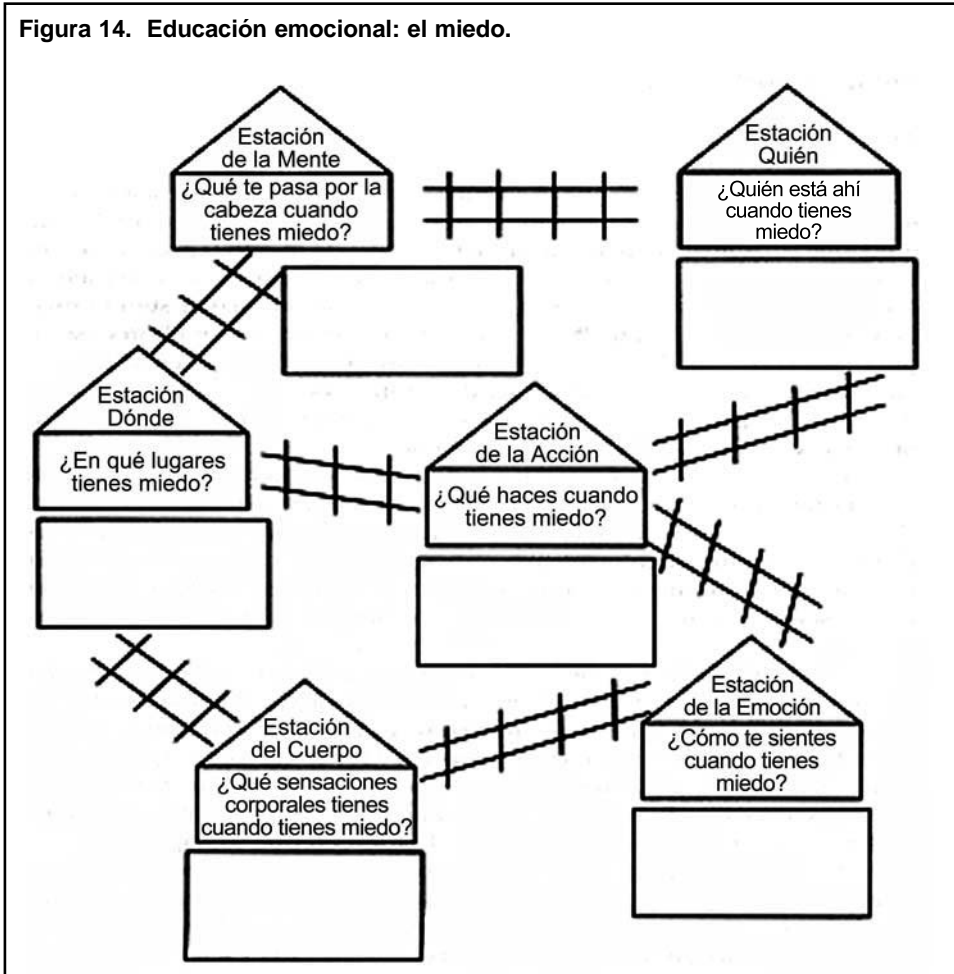
de practicar las nuevas habilidades (figura 15 y 16).

4. Conclusiones.

La aplicación de técnicas de TCC con niños y adolescentes precisa que los clínicos utilicen el marco de la psicología del desarrollo para determinar las estrategias de intervención que resultan más eficaces. Se hace necesario el uso de instrumentos apropiados para evaluar el nivel de desarrollo del niño en sus múltiples ámbitos (cognitivo, emocional y social). Ello nos permitirá obtener información para conocer al niño y poder planificar correctamente su tratamiento.

La TCC en la infancia y la adolescencia debe utilizarse con un vocabulario específico que sea claro y sencillo, teniendo en cuenta las posibles discrepancias entre el lenguaje receptivo y expresivo, que podría afectar la capacidad de los niños para comprender o responder a las demandas terapéuticas.

Figura 14. Educación emocional: el miedo.



Adaptar el tratamiento teniendo en cuenta estos aspectos tiene un impacto sobre las intervenciones de TCC realizadas a niños y adolescentes y por lo tanto reduce el tiempo necesario para aliviar los síntomas y mejorar el funcionamiento global.

En la actualidad, se han desarrollado diferentes adaptaciones de la TCC a la infancia y la adolescencia que cuentan con evidencia de eficacia: es el caso del programa *Coping Cat* (Kendall y Hedtke, 2006) para niños con trastornos de ansiedad; el programa de *TCC focalizada en el niño y la familia* para el Trastorno Bipolar (Pavuluri, Graczyk, Henry, Carbray, Heidenreich y Miklowitz, 2004); o el programa *Coping Power* (Lochman, Wells y Lenhart, 2008) para el tratamiento de los niños con Trastorno oposicionista desafiante y problemas de conducta.

A pesar de todos ellos existe cierto prejuicio acerca de que la TCC en niños no

Figura 15. Técnica del semáforo para el entrenamiento en solución de problemas.

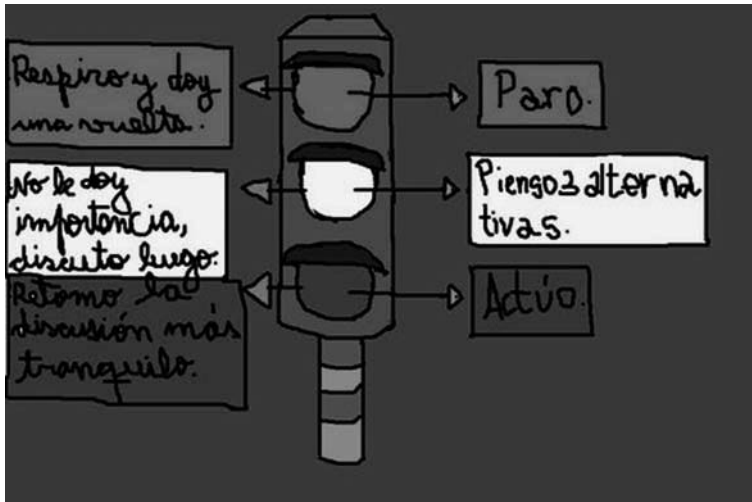
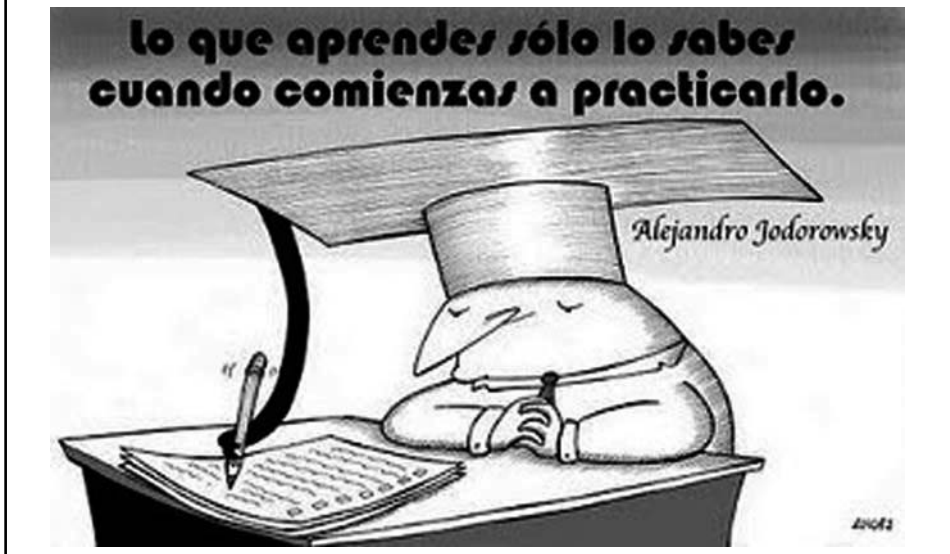


Figura 16. Reforzar la puesta en práctica de las nuevas habilidades.



se podría realizar por cuestiones referidas al nivel de desarrollo cognitivo o a que el "aparato psíquico" del niño no es apto para dicha modalidad terapéutica.

Al respecto, creemos que la evidencia actual pone de manifiesto que la TCC puede realizar una importante contribución en el tratamiento de una amplia gama de trastornos psicopatológicos en la infancia y la adolescencia. No obstante, se

necesita seguir investigando en poblaciones clínicas con diseños y proyectos adecuadamente adaptados al tipo de población. Se precisa de modelos cognitivos apropiados desde el punto de vista evolutivo, con una buena comprensión de las alteraciones emocionales y conductuales en niños y adolescentes, así como definir de forma más precisa la TCC aplicada a esta población.

Pese a existir un creciente interés en la aplicación de la terapia cognitivo-conductual a niños y adolescentes, es importante reconocer que la evidencia empírica y la base teórica de las cuales disponemos en relación con este grupo de pacientes es más limitada, en contraste con la población adulta.

Se precisan modelos cognitivos teóricos adecuados a nivel evolutivo que expliquen los problemas emocionales y conductuales de los niños y adolescentes. A su vez, es necesaria la adaptación de las técnicas de la terapia cognitivo-conductual al momento evolutivo que posee el niño o adolescente con el cual vamos a trabajar. Ello conlleva una mejora sustancial en la eficacia de la aplicación de la TCC.

En este artículo llevamos a cabo una revisión de los principales componentes de la TCC y cómo podemos adaptarlos para trabajar en la etapa infanto-juvenil integrando, a su vez, los aspectos del desarrollo evolutivo que sin duda influyen en la eficacia del tratamiento.

Palabras clave: terapia cognitivo conductual; nivel de desarrollo; pensamientos, sentimientos, conducta.

Referencias bibliográficas

- Belsher, G. y Wilkes, T.C.R. (1994). Ten Key principles of adolescent cognitive therapy. En T.C.R. Wilkes, G. Belsehr, A.J. Rush y E. Frank (eds). *Cognitive therapy for depressed adolescents* (pp. 22-45). Nueva York: Guilford.
- Burns, D.D. (1999). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós.
- Doherr, E.A., Corner, J.M. y Evans, E. (1999). *Pilot study of young children's abilities to use the concepts central to cognitive behavioural therapy*. Manuscrito inédito. Norwich: University of East Anglia.
- Durlak, J.A., Wells, A.M., Cotto y J.K. y Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141-148.
- Frankel, S.A., Gallerani, C.M. y Garber, J. (2012). Developmental considerations across childhood. En E.Szigethy, J.R. Weisz, R.L.Findling, *Cognitive-Behavior Therapy for children and adolescents* (pp. 29-65). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Hughes, J.N. (1988) *Cognitive behaviour therapy with children in schools*. Nueva York: Pergamon Press.
- Kendall, P.C. y Chansky, T.E. (1991). Considering cognition in anxiety-disordered youth. *Journal of Anxiety disorders*, 5, 167-185.
- Kendall, P.C., Choudhury M.S., Hudson, J.L. y Webb, A. (2002). *The C.A.T project manual: Manual for the individual cognitive-behavioral treatment of adolescents with anxiety disorders*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K. (2006). *Cognitive Behavioural therapy for anxious children: Therapist Manual, 3rd Edition*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G. y McCrear C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: an overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*, 20, 21-35.

- Lochman, J.E., Wells, K. y Lenhart, L. (2008). *Coping Power: Child Group Facilitator's Guide*. New York: Oxford University Press.
- Pavuluri, M.N., Graczyk, P.A., Henry, D.B., Carbray, J.A., Heidenreich, J. y Miklowitz, D. J. (2004). Child and family focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: Development and preliminary results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 528-537.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Verduyn, C. (2000). Cognitive behaviour therapy in childhood depression. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5, 176-180.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., y Morton, T. (1995). *Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies*. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Weisz, J.R., McCarty, C.A. y Valeri, S.M. (2006). *Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Young, J. y Brown, P.F. (1996). *Cognitive behaviour therapy for anxiety: practical tips for using it with children*. *Clinical Psychology Forum*, 91, 19-21.