

## **BLOQUE II**

### **ANÁLISIS, EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS GENERALES PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA**

**(negativismos/desafiantes, comportamientos agresivos y perturbadores  
y subtipo en los TDAH...)**

**Ponente: Dra. Inmaculada Gómez Becerra**



**Curso Formación de Profesores: “Evaluación e Intervención  
Funcional en los Trastornos de Conducta”**

**Almería, Marzo-2009**

**1.- ¿De qué estamos hablando? ¿Cuáles son las funciones? ¿Qué está a la base de los trastornos de conducta?.**

- Violencia/Agresión en menores no es un problema circunscrito a un ámbito (escolar, familiar o entre iguales), sino que es un problema más amplio en el que todos (la sociedad) tenemos un papel en su prevención y solución.... Pueden ser tendencias más o menos generalizadas.
- Existen tres trastornos psicológicos en los sistemas de clasificación formal relacionados con los problemas de violencia y agresión: TRASTORNOS DE DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD, TRASTORNOS NEGATIVASTAS/DESAFIANTES, y TRASTORNOS DISOCIALES. También puede estar relacionada con patrones de personalidad antisocial.
- Además, las agresivas pueden ser características de otros trastornos del desarrollo (autismo y retraso) junto a autolesivas y otras disruptivas. Pero se reduciría su tratamiento al control conductual más clásico.
- A nivel epidemiológico hay datos preocupantes: la prevalencia de estos trastornos va en aumento, su inicio cada vez más temprano, mantienen su comorbilidad (Casera y cols.,2002; Castillo, 2002; Castro, 2005; Gómez y cols., 2005).

**2.- Comportamiento Prosocial versus Antisocial.**

- ¿Cómo se generan los comportamientos de socialización?, ¿existen agentes de cambio?.... ¿cómo en esa evolución e historia de vida toman fuerza los comportamientos fuera de la regulación social?..

- **SOCIALIZARSE:** Seguir normas (desde las más elementales en la primera infancia), adaptarse a los límites de las normas socio-culturales, pero también la supervivencia dentro de ellas.
- Son comportamientos que al darse molestan a otros y alteran el orden social establecido, esto último lo convierte en un circuito semi-cerrado y se torna en uno de los principales factores de riesgo.
- Existe un rango desde las desobediencias iniciales (potenciales factores de riesgo) hasta los comportamientos extremadamente perturbadores.
- Los comportamientos perturbadores y agresivos -caso de no existir factores de protección- van creciendo en frecuencia, en formas y en funciones.

### **3.- DELIMITACIÓN Y CLASIFICACIÓN FORMAL DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA. SISTEMAS DE EVALUACIÓN y FACTORES DE RIESGO:**

#### **3.1. TRASTORNO NEGATIVISTA/DESAFIANTE:**

- **Definición del Trastorno Negativista/Desafiante:** UN PATRON RECURRENTE DE COMPORTAMIENTO NEGATIVISTA, DESAFIANTE, DESOBEDIENTE Y HOSTIL, DIRIGIDO A LAS FIGURAS DE AUTORIDAD, QUE PERSISTE POR LO MENOS DURANTE 6 MESES (DSM-IV. TR APA).

- **Características Clínicas (síntomas):**

1. ACCESOS DE COLERA
2. DISCUSIONES CON ADULTOS
3. DESAFIAR ACTIVAMENTE O NEGARSE A CUMPLIR LAS DEMANDAS O NORMAS DE LOS ADULTOS.
4. LLEVAR A CABO DELIBERADAMENTE ACTOS QUE MOLESTARAN A OTRAS PERSONAS
5. ACUSAR A OTROS DE SUS PROPIOS ERRORES O PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO.
6. SER QUISQUILLOSO O SENTIRSE FACILMENTE MOLESTADO POR OTROS
7. MOSTRARSE IRACUNDO O RESENTIDO
8. RENCOROSO O VENGATIVO.

- La **diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales** es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial oposicionista desafiante se encuentra con frecuencia en otros

trastornos disociales. Se deberá codificar cualquier otro tipo de trastorno disocial (F91.0 F91.2) con preferencia al trastorno disocial desafiante opositor, según CIE 10.

**- CONSIDERACIONES RESPECTO A LOS PRONÓSTICOS Y FACTORES DE RIESGO DE DIFERENTES TRASTORNOS DE CONDUCTA:**

- LA EDAD DE COMIENZO DE LOS SINTOMAS DEL TND ES MAS TEMPRANA QUE LA DEL TD
- NO TODOS LOS NIÑOS CON TND DESAROLLAN TD PERO TODOS LOS TD HAN TENIDO DIAGNOSTICO PREVIO DE TND
- LOS CORRELATOS FAMILIARES SON SIMILARES PERO LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LOS MISMOS SON MAYORES EN LOS TD
- LOS TRATAMIENTOS SUELEN SER MAS EFECTIVOS PARA LOS TND.

**- COMORBILIDAD ENTRE DIFERENTES TRASTORNOS DE CONDUCTA::**

- HASTA EL 75% DE LOS NIÑOS IDENTIFICADOS CON TDAH TAMBIEN PRESENTAN TD
- LOEBER (1985) LA HIPERACTIVIDAD ES INHERENTE A LOS NIÑOS CON TD
- POCOS ESTUDIOS PROPORCIONAN EVIDENCIA DE TRASTORNOS COMORBIDOS ASOCIADOS CON EL TND SINO CON EL TD
- APROX. LA MITAD TDAH TAMBIEN TIENEN TND O TD. DSMIV TR (APA, 2000, p.101)

**- ALGUNOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

1. ENTREVISTAS
  - NIMH Diagnostic interview schedule for children version IV (Shaffer and alls)
  - Child and adolescent psychiatric assesment (Angold y Costello)

## 2. ESCALAS DE VALORACION

- Child behaviour inventory (Ernst, Cookus y Moravec, 2000).
- CBCL (Achenbach)

NO SUELEN DARSE CORRELACIONES ALTAS ENTRE FUENTES DE INFORMACION (Padres, profesores, etc)

### - Factores de riesgo (causales):

#### - FACTORES RELATIVOS AL PROPIO NIÑO (su historia, su repertorio):

- TEMPERAMENTO
- DEFICITS HABILIDADES SOCIALES Y COGNITIVAS Y DEL CAMPO ACADEMICO

#### - FACTORES DEL ENTORNO SOCIAL DEL PROPIO NIÑO:

- DEFICITS EN HABILIDADES PARA SER PADRES
- FACTORES PSICOLOGICOS DE LOS PADRES
- TND es mas frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una historia de trastorno por estado de ánimo, TND, TD, TDAH, TAP y trastorno por consumo de sustancias. DSMIV TR (APA, 2000)
- ES USUAL EN FAMILIAS CON CONFLICTOS CONYUGALES GRAVES.
- PATRONES EDUCATIVOS COERCITIVOS( HOSTILIDAD)
- RELACIONES ESCUELA HOGAR (PADRES TIENEN ENCUENTROS NEGATIVOS CON PROFESORES)
- ACONTECIMIENTOS VITALES ADVERSOS

### **3.2.- TRASTORNO DISOCIAL:**

#### **- Definición y Diagnóstico según sistemas formales de clasificación (DSM-IV-TR):**

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

#### **▶AGRESIÓN A PERSONAS Y ANIMALES:**

A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.

A menudo inicia peleas físicas.

Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas.

Ha manifestado crueldad física con personas.

Ha manifestado crueldad física con animales.

Ha robado enfrentándose a la víctima.

Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

#### **▶DESTRUCCIÓN DE LA PROPIEDAD**

Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.

Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

#### **▶FRAUDULENCIA O ROBO**

Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones.

Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima.

#### **▶VIOLACIONES GRAVES DE NORMAS**

A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo.

Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

**B.** El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

**C.** Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

**- CONSIDERACIONES EVOLUTIVAS Y FACTORES DE RIESGO:**

- **Edad de Inicio:** Según DSM-IV existen dos subtipos de TD, en función de la edad de inicio del primer síntoma: (1) 10 años o inferior y (2) posterior a los 10 años.

- **Edad y Conducta Antisocial:**

✓ Relación entre TD y edad: Aumento de la prevalencia del TD entre la infancia y la adolescencia, pero con dificultades metodológicas, puede ser causa de la heterogeneidad de conductas.

✓ Cuando se separan conductas agresivas de no agresivas, las primeras tienden a disminuir en edades más avanzadas, y las otras al contrario.

✓ Decremento de la conducta agresiva lineal a partir de los 4 años.

✓ La mayor parte de las conductas antisociales graves cometidas en la adolescencia serían por jóvenes agresivos desde la infancia.

- **Secuencias evolutivas entre el TD y el Trastorno Antisocial de la Personalidad**

**Problemas de conducta en la infancia: predictores del TAP o de la psicopatía:**

- Secuencia modal: Un TND de inicio precoz conduce a un TD, y éste a un TAP
- En los casos más precoces, el TDAH aparece de manera comórbida con el TND

**- FACTORES DE RIESGO y DE PROTECCIÓN:**

- El TD es un fenómeno multicausal.
- La probabilidad de aparición de los problemas es proporcional al balance entre factores de riesgo y protectores.
- La relevancia de cada uno de ellos para explicar las conductas transgresoras de un individuo puede ser distinta en función de la edad del individuo.
- La influencia de muchas variables puede estar modulada por el nivel socioeconómico, puede ser distinta según la edad de inicio del problema o según el género.

**Factores genéticos y constitucionales:**

- Posible riesgo genético. Pero poco probable que sea debido a un único gen. Es más probable que la influencia genética se produzca mediante factores de riesgo.
- Datos no concluyentes. Metodológicamente difícil separar del entorno.

**Anormalidades psicofisiológicas:**

- La baja reactividad del sistema nervioso autónomo ha correlacionado con TD
- Además, es un factor predictivo de delincuencia adulta a partir de la adolescencia.

**Género:**

- La prevalencia de TD es mayor en la población masculina.
- Aunque la secuencia evolutiva en casos graves es distinta: Chicos inicio temprano y chicas inicio en la adolescencia.

**Factores temperamentales:**

Algunas características temperamentales se han identificado como variables de predisposición al TD (impulsividad, irritables...).

Es posible que más características temperamentales de vulnerabilidad supongan más

<p>probabilidad de trastorno y peor pronóstico.</p>
<p><b>Factores cognitivos:</b></p> <p>Un bajo nivel de aptitud verbal se ha relacionado con mayor riesgo de conducta antisocial.</p>
<p><b>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y Trastorno Negativista Desafiante (TND):</b></p> <p>Los jóvenes con TDAH, TND y TD comórbidos presentan edades de inicio más precoces que aquellos que sólo cumplen criterios para TD y, generalmente, un peor pronóstico.</p> <p>De hecho, la existencia de comportamientos disociales conforma un SUPTIPO DEL TDAH, la literatura muestra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 80% de los TDAH presenta diversos problemas de conducta (no graves): testarudez, conductas desafiantes, rabietas, agresividad verbal, rechazo a las órdenes.</li> <li>▪ Además en adolescentes también correlacionan otros problemas como: mentiras, robos, absentismo escolar, agresivas físicas (en bajo grado).</li> </ul>
<p><b>Aspectos familiares:</b></p> <p>Funcionamiento familiar inadecuado, problemas de abuso de sustancias, problemas psiquiátricos, abuso y negligencia infantil y ciertos estilos educativos han resultado ser factores significativos de riesgo.</p> <p>La influencia familiar disminuye con la edad.</p>
<p><b>Nivel socioeconómico:</b></p> <p>Se señala mayor ocurrencia de conducta antisocial grave en entornos marginales, a través de mayores tasas de delincuencia y prevalencia de agresivas en barrios marginales. Aunque existe mucha variabilidad en las correlaciones.</p>

**Relación con iguales:**

Se ha detectado una elevada asociación con el hecho de tener compañeros antisociales en jóvenes que no habían presentado dichas conductas en la infancia.

La importancia de la influencia de los iguales en la aparición del problema es mayor a medida que aumenta la edad de inicio de la conducta antisocial.

**FACTORES DE PROTECCIÓN:**

-CI elevado

-Temperamento no conflictivo

-Buena relación con al menos un progenitor

-Compañeros prosociales

-Atmósfera escolar basada en la responsabilidad y la autoexigencia

**- EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIALES Y DE LOS TDAH:**

- Entrevistas estructuradas:

- Protocolo Albor-Cohs: “Guía de entrevista para padres” (García Pérez y Magaz Lago, 2000)
- Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador (Fernández Parraa, 2005).

- Escalas y cuestionarios para padres y maestros:

- Escalas de Conners.

- CBCL (Achenbach y Edelbroch), Cuestionario de Conducta Infantil.

**- BASC (Sistema de evaluación conductual para niños):**

- Elaborado por Reynold y Kamphaus para evaluar el comportamiento clínico y adaptativo de niños entre 6-11 años y adolescentes entre 12-18 años.

- Existe adaptación española de 3 a 18 años. Versión española de Puerta (2004), por TEA
- Cuestionario para padres y tutores.
- Escalas clínicas de las que se compone: hiperactividad, problemas de atención y problemas de conducta entre otras.
- Otras áreas de evaluación: Historia de desarrollo (H) y sistema de observación en el aula (o), en términos de conductas positivas y negativas.
- Utilidades del BASC:
- Proporciona diagnóstico clínico al evaluar síntomas del DSM.
- Clasificación educativa: detecta problemas de aula, de estudio o de HHSS.
- Tiene base en la investigación.

Valoración del uso de las escalas y cuestionarios para los TD y TDAH:

- Permite determinar los niveles de conducta problemática (excesos y/o déficits) de forma poco costosa y rápida.
  - Proporciona mucha información.
  - La mayoría tienen opción de cumplimentar padres, profesores y niños/adolescentes.
  - Permiten comparar comportamiento del niño con otros de su edad, sexo y contexto cultural.
  - Inconveniente: discrepancia entre informantes e importancia de las condiciones situacionales.
- Observación.
- Examen Neuropediátrico.

#### 4.- CONSIDERACIONES PREVIAS Y RECOMENDACIONES GENERALES

##### HACIA UNA INTERVENCIÓN INTEGRAL:

- No dejar pasar las **primeras desobediencias**. Si éstas no se corrigen pueden llegar a ser recurrentes y generalizarse a muchas situaciones.
- Desde la más temprana infancia los niños han de disponer de un **marco de referencia ordenado en el seno familiar** con:
  1. Normas consensuadas entre los padres y todas las personas implicadas en la educación de los niños, relativas al funcionamiento social y la disciplina.
  2. Clarificar cuáles van a ser los criterios de obediencia que se van a inculcar, incentivar o corregir.
  3. Transmitir normas claras, y no sólo referidas a lo que no se puede hacer, sino también a lo que es conveniente hacer (normas en positivo, no sólo negativas).
  4. Normas directas e indirectas: proporcionar ejemplos y metáforas que vengan a describir aquello que los adultos quisiéramos transmitir como normas a seguir.
  5. Ser coherente y sistemático a la hora de valorar o corregir el cumplimiento, o no, de dichas normas.
- Cuando se detecten los **primeros indicios de comportamientos antisociales** (desde las primeras negativas y desafíos, a la falta de atención, la hiperactividad, la impulsividad, hasta la falta de control emocional), padres y profesores deberían **preguntarse**:
  1. ¿cómo se han podido generar dichos patrones?,
  2. ¿existen o han existido modelos y normas acordes o favorecedoras de esos problemas?,

3. ¿funcionalmente han supuesto repertorios útiles para escapar de ciertas situaciones (esto es, los niños con ello consiguen dejar de hacer algo que les desagrada)?,
  4. ¿han sido o siguen siendo comportamientos útiles o funcionales para obtener ciertos privilegios (alabanzas de sus amigos, dinero u otros aspectos materiales, atención de padres, de los profesores)?
- En definitiva, **analizar las reacciones de su medio social como FACTORES DE RIESGO vs. DE PROTECCIÓN.**
  - No se puede aislar una reacción violenta de las condiciones en las que se produce, de cómo reaccionan los otros, del resto de comportamientos de los afectados, de lo ocurrido en su historia, del trato que da el micro y macrosistema (familia, escuela y comunidad) a este tipo de problemas.
  - La intervención efectiva es la prevención temprana y una adecuada socialización desde la infancia.
  - Luego será fundamental fomentar en los niños estrategias de autocontrol y autorregulación, habilidades interpersonales y de comunicación, pero siempre que **existan buenos cimientos y clarificación de valores sólida.**
  - Las intervenciones dirigidas exclusivamente al individuo, asumiendo el problema en el niño o adolescente con patrones violentos tienen escasa efectividad.
  - La intervención con el niño o adolescente debe ir siempre acompañada de la mejora de los estilos educativos, las creencias, las actitudes y las reacciones de su medio social.

## 5.- ACTUACIONES “PALIATIVAS” O DE URGENCIA ANTE EPISODIOS

### AGRESIVOS MUY CONTEXTUALIZADOS:

- Afectivamente: “el demonio cuando se aburre mata moscas con el rabo”...  
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES MOTIVANTES, FUNCIONALES Y ELEVADA.
- Detectado el contexto y los eventos disposicionales (EO), estar alerta y **prevención de respuesta**: fomento de actividades alternativas o incompatibles (RDA o RDI). Caben programas de habilidades sociales e interpersonales, habilidades de comunicación, relajación, autorregulación, técnicas de autocontrol emocional... Son **ayudas paliativas, no tratamiento integral**.
- Si se inicia el episodio agresivo: redirigir la respuesta hacia otras más adaptativas o alternativas (RDA).
- Si no se “frena” aplicar bloqueo o sujeción hasta perder su fuerza.
- Finalmente, tras cualquiera de ellas, APLICAR CONTINGENCIAS DIFERENCIALES y SISTEMÁTICAS: RDA (con diferenciación de respuesta) o incluso RDO o RDB junto a extinción (si han sido episodios leves y mantenidos por atención) o castigo negativo (sobrecorrección, costo de respuesta, time out), NUNCA CASTIGO POSITIVO como pauta sistemática.

Finalmente, para estrategias o técnicas específicas de intervención véase **ANEXO I**:

artículo de **Gómez-Becerra, I., y Chávez-Brown, M. (2007). Prevención y**

**Resolución de Conflictos en el Aula: el papel de la discriminación del profesor de su propio comportamiento.** *Típica. Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (1), 1 –

11.



### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS:

- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D. y Flay, B. R. (2003). The integration of research and practice in the prevention of youth problems behaviors. *American Psychologist*, 58, 433-440.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., Santos-Roig, M. (2001). *El niño impulsivo. Estrategias de evaluación, tratamiento y prevención*. Madrid: Pirámide (colección Ojos Solares).
- Caseras, X., Fullana, M.A., y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. En M. Servera Barceló (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*, 291-299. Madrid: Pirámide.
- Cerezo, F. (2006). *La Violencia en las Aulas: Análisis y Propuestas de Intervención*. Madrid: Pirámide.
- Cerezo, F.R. (2007). *La violencia en las aulas*. Madrid: Pirámide (colección Ojos Solares).
- De Corral, P.G. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez-Álvarez, C. Fernández, J. Fernández e I. Amigo (coord.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Garber, S., Garber, M., y Spizman, R. (2007). *Portarse bien. Soluciones prácticas para los problemas comunes en la infancia*. Barcelona: Ediciones Medici.
- Garaigordobil, M. (2003). *Intervención psicológica para desarrollar la personalidad infantil: juego de conducta prosocial y creatividad*. Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, L.M. (2008). *Intervención Psicológica con adolescentes. Un programa para el desarrollo de la personalidad y la educación en derechos humanos*. Madrid: Pirámide

- Gómez-Becerra, I.**, y Chávez-Brown, M. (2007). Prevención y Resolución de Conflictos en el Aula: el papel de la discriminación del profesor de su propio comportamiento. *Típica. Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 3 (1), 1 – 11.
- Gómez-Becerra, I.**, Hernández, M., Martín, M.J., y González, C. (2005). *Los problemas en la infancia y el papel de los estilos educativos de los padres*. Granada: CSV.
- Hernández, M., **Gómez-Becerra, I.**, Martín, M.J., y González, C. (2008). Prevención de la Violencia Infantil-Juvenil: Los estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (1), 73-84.
- Hernández, M., y **Gómez-Becerra, I.** (2008). ¿Qué pueden hacer los padres para prevenir los problemas de violencia en la escuela y fuera de ella?. *INFOCOP*, Junio-2008.
- Kazdín, A.E., y Buela-Casal, G. (2002). *Conducta Antisocial. Evaluación, Tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide (Colección Ojos Solares).
- López Soler, C., y García Sevilla, J. (2004). *Problemas de atención en el niño*. Madrid: Pirámide (colección Ojos Solares).
- Luciano, M.C., y Gómez-Becerra, I. (1998). Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En Vallejo, M.A. (Ed.) *Manual de Terapia de Conducta*. (Vol. II). Madrid: Dykinson.
- Macià Antón, D. (2007). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia. Intervención psicológica en el ámbito clínico y familiar*. Madrid: Pirámide
- Macià Antón, D. (2008). *Un adolescente en mi vida*. Madrid: Pirámide (colección Ojos Solares).

- Méndez, X., Espada, J.P. y Orgilés, M. (2006). *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. Madrid: Pirámide.
- Monjas, I. (2007). *Como Promover la Convivencia: Programa de Asertividad y Habilidades Sociales*. Madrid: CEPE □
- Moreno, I. (2005). *El niño hiperactivo*. Madrid: Pirámide
- Moreno, I. y Revuelta, F. (2002). El trastorno por negativismo desafiante. En M. Servera (coord.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*, 255-276. Madrid: Pirámide.
- Trianes, M.V. y Gallardo, J.A. (2004). *Psicología de la Educación y del Desarrollo en Contextos Escolares*. Madrid: Pirámide.
- Trianes, M.V., Muñoz, A.M.S., y Jiménez, M.H. (2007). *Las relaciones sociales en la infancia y en la adolescencia y sus problemas*. Madrid: Pirámide (colección Ojos Solares).