

# TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN, RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

Arturo Bados

22 de mayo de 2015

## ÍNDICE

LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	3
EDAD DE COMIENZO Y CURSO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN .....	5
FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	5
PROBLEMAS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	6
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN..	6
Factores asociados al origen.....	7
Factores asociados al mantenimiento.....	7
EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	8
Entrevista.....	8
Cuestionarios.....	9
Autorregistros.....	12
Observación.....	12
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN .....	12
TRATAMIENTO MÉDICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN .....	24
RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	26
NATURALEZA DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR.....	26
EDAD DE COMIENZO Y CURSO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR.....	27
FRECUENCIA DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	28
PROBLEMAS ASOCIADOS AL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	28
GÉNESIS Y MANTENIMIENTO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	28
EVALUACIÓN DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	30
Examen médico.....	30
Entrevista.....	30
Cuestionarios.....	31
Autorregistros.....	33
Observación.....	34

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR .....	34
TRATAMIENTO MÉDICO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR.....	45
REFERENCIAS .....	48

## LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

La ansiedad por separación es un **miedo frecuente en los niños entre los 1 y 6 años**. Este término se refiere a las protestas del niño ante la marcha de los padres o de las personas que asumen este papel, al malestar ocasionado por su ausencia y a la ansiedad experimentada por la anticipación de su marcha. Este miedo se da también en otras especies y tiene un **valor adaptativo**, ya que disminuye la probabilidad de posibles daños (Bragado, 1994).

La **frecuencia** de la ansiedad por separación es del **50-75% hacia los 2 años y del 20-40% a los 3 años**. Se ha sugerido que la ansiedad por separación aparece antes y desaparece más tarde en aquellas culturas en que el niño permanece en estrecho contacto físico con la madre durante largos periodos y es atendido exclusivamente por ella (Bragado, 1994).

No hay que confundir la ansiedad por separación con el **miedo a los extraños**. Un niño puede temer a estos últimos incluso estando cerca de su madre o en sus brazos, mientras que la ansiedad por separación se da aunque no haya extraños. Naturalmente, los dos miedos pueden acumularse (Marks, 1987/1991).

**En cuanto al impacto de experiencias de separación forzadas** en el comportamiento infantil, **Bowlby** ha distinguido **tres fases** en las respuestas que los niños de 4-6 años suelen mostrar en situaciones de separación prolongada (**hospitalización**): a) **Protesta**: el niño llora, grita y busca activamente a su madre. b) **Desesperanza**: el niño se muestra triste y retraído, parece haber perdido la esperanza de ver a su madre. c) **Desinterés o desapego**: el niño se muestra desinteresado de sus padres y parece haberlos olvidado. Los efectos negativos desaparecen con el tiempo, excepto en casos de estrés extremo u hospitalizaciones repetidas (Bragado, 1994). Es posible que a este patrón de respuesta **contribuyan factores inherentes a la hospitalización** tales como estar en un lugar extraño, ser atendido por personas desconocidas y estar sometido a la realización de pruebas médicas. El **malestar decrece cuando** los niños son visitados por sus padres a diario o cuando se les asigna una persona concreta para cuidarles de forma regular (Bragado, 1994).

La ansiedad por separación también se ha observado en la **escolarización por vez primera**. Los niños evitan al maestro, lloran y se agarran a sus madres. A los 10-15 minutos después de que estas se hayan ido la mayoría de los niños se introducen en las actividades de juego. Los niños menores de 2 años tienden a mostrar más ansiedad. **Otros factores** que influyen son la experiencia previa con grupos de su edad, la presencia de hermanos, la familiaridad con la situación, la calidad de la relación madre-niño y el comportamiento de la madre durante la separación (Bragado, 1994).

La **pérdida temprana de uno de los padres** hace que el niño presente retraimiento, problemas de sueño y dificultades escolares, pero **no síntomas específicos de ansiedad por separación**. Se ha dicho que los niños más pequeños son menos vulnerables a la pérdida de uno de los padres, probablemente porque no comprenden la irreversibilidad de la muerte (Bragado, 1994).

El impacto en el niño de la **separación o divorcio entre los padres** es difícil de separar de otras fuentes de estrés asociadas: comer en el colegio debido a que la madre tiene que trabajar, disminución del tiempo de interacción con los padres y ajuste a un régimen de visitas determina-

do, etc. Sin embargo, **si los padres intentan minimizar los cambios bruscos y mantienen una relación positiva con sus hijos**, las reacciones de estos al comienzo de la nueva situación (tristeza, pérdida, culpa, cólera) tienden a disminuir (Bragado, 1994). De todos modos, de todas las situaciones que implican la separación del niño respecto a sus padres, la **separación entre los padres es la que parece producir efectos más negativos** en el ajuste psicológico posterior, **especialmente si** las relaciones entre padres o entre padres e hijos, después de separarse, son frías y hostiles. También es **posible el fenómeno inverso**, que el comportamiento del niño mejore al crearse una situación familiar más positiva tras la marcha de uno de los progenitores (Bragado, 1994).

**En resumen, en situaciones de separación forzada, el niño reaccionará más intensamente si** es pequeño, si ha desarrollado una relación insegura con sus padres o cuidadores, si es expuesto a situaciones de separación impredecibles e incontrolables y si la situación comporta cambios bruscos en el funcionamiento cotidiano (Bragado, 1994). **Al reunirse de nuevo con sus cuidadores tras una separación forzada**, los niños con ansiedad por separación se muestran frecuentemente enfadados con aquellos y los evitan e incluso los atacan. Esto es especialmente probable tras separaciones largas y en niños cuyos padres han sido previamente de carácter airado, inexpresivos o han mostrado rechazo. En los niños, el enfado viene primero y la evitación (p.ej., mirada ausente, retirada de la mirada) después, aunque suele alternar con conducta de aproximación (Marks, 1987/1991).

## TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

En el trastorno de ansiedad por separación (TAS) se da una **ansiedad excesiva e inapropiada** para el nivel de desarrollo del sujeto (generalmente, un niño o adolescente), relacionada con la **separación de las personas a las que está afectivamente ligado**. Existe además un **malestar** clínicamente significativo o un **deterioro** de la vida social, académica (laboral) o de otras áreas importantes del funcionamiento de la persona. Según el DSM-5, la **ansiedad puede ponerse de manifiesto de las siguientes formas** (American Psychiatric Association, 2013):

- **Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación** respecto al hogar o las principales figuras de apego.
- **Preocupación** excesiva y persistente por la **posibilidad de perder a las principales figuras** de apego (p.ej., muerte, divorcio) o de que estas sufran daño (p.ej., accidente, enfermedad, heridas, desastres).
- **Preocupación** excesiva y persistente de que un **acontecimiento adverso** (p.ej., perderse, ser secuestrado, tener un accidente, ponerse enfermo) **dé lugar a la separación** de una figura importante de apego.
- **Resistencia o negativa** persistente a salir fuera de casa, **ir a la escuela, al trabajo o a cualquier otro sitio** por miedo a la separación.
- **Resistencia** o miedo excesivos o persistentes a **estar solo o sin las principales figuras de apego** en casa en otros sitios. Los niños pueden ser incapaces de ir solos a una habitación o de permanecer solos en ella y pueden mostrar conducta “pegajosa”, permaneciendo cerca de sus padres o siendo su sombra.
- **Resistencia o negativa** persistente a dormir fuera de casa o ir a **dormir sin estar cerca de una importante figura de apego**. Durante la noche, los niños pueden trasladarse a la

cama de sus padres o de alguna otra figura de apego (p.ej., hermano). Los niños pueden resistirse a dormir en casa de amigos o a ir de campamentos, mientras que los adultos pueden sentirse muy incómodos al viajar solos y dormir en hoteles.

- **Pesadillas repetidas con temática de separación** (p.ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe).
- **Quejas repetidas de síntomas físicos** (como dolores de cabeza, dolores abdominales, náuseas o vómitos) **cuando se anticipa u ocurre la separación** respecto a figuras importantes de apego. En adolescentes y adultos pueden aparecer palpitaciones, mareos y sensación de desmayo.

Para **diagnosticar** TAS, el DSM-5 exige que: a) se cumplan al menos tres de los ocho criterios anteriores, b) que el trastorno dure por lo menos 4 semanas en niños y adolescentes y al menos 6 meses en adultos, c) que produzca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento, y d) que no pueda explicarse mejor por la existencia de otro trastorno mental tal como la negativa a salir de casa debida a la excesiva resistencia al cambio en el trastorno por espectro autista, los delirios y alucinaciones sobre separación en los trastornos psicóticos, el rechazo a salir fuera de casa sin un compañero de confianza en la agorafobia, las preocupaciones sobre la enfermedad o daño que pueden sufrir personas significativa en el trastorno de ansiedad generalizada o las preocupaciones por tener una enfermedad en el trastorno de ansiedad por la enfermedad.

Las características principales del trastorno son idénticas en el DSM-5 y el DSM-IV, aunque el redactado ha sido modificado algo para representar mejor la ocurrencia del trastorno en adultos. Además, ya no se exige que la edad de comienzo deba ser antes de los 18 años debido a que una notable proporción de adultos informan de un comienzo posterior a esta edad. Finalmente, se exige una duración mínima de 6 meses en adultos para evitar el sobrediagnóstico de miedos transitorios.

Los DSM (IV y 5) y la **CIE-10** (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) describen síntomas casi idénticos para este trastorno que la CIE-10 denomina trastorno de separación en la infancia, ya que lo limita a esta etapa. a diferencia del DSM-5. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 exigen que la edad de inicio sea menor de 6 años, y excluyen el diagnóstico de este trastorno si el cuadro clínico forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno por abuso de sustancias psicotrópicas.

Las **manifestaciones del trastorno pueden variar con la edad**. Los **niños más pequeños** pueden no expresar miedos específicos de amenazas definidas a sus padres, a su hogar o a sí mismos. Los **adolescentes**, especialmente los varones, pueden negar la ansiedad por separación, pero esta se refleja en una actividad independiente limitada y en la negativa a salir de casa. Los **adultos** con TAS pueden estar demasiado preocupados por sus cónyuges e hijos, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos; otros pueden incluso ver limitada su capacidad para cambiar de domicilio o casarse. Estudios epidemiológicos recientes han puesto de manifiesto que el TAS en adultos es mucho más frecuente de lo que se pensaba (Shear et al., 2006).

En función de la edad, los niños pueden presentar **miedos** a animales, monstruos, la oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de coche, viajes en avión y otras situaciones que son percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Son frecuentes las **preocupaciones acerca de la muerte y el morir**. **Estando solos**, especialmente por la noche, los **niños pequeños** pueden explicar **experiencias perceptivas insólitas**: ver personas que

se asoman a la habitación, criaturas monstruosas que intentan cogerlos, ojos que les miran fijamente. Los niños pueden **quejarse de que nadie les quiere o de que nadie les cuida y que desearían estar muertos**. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación pueden mostrarse **coléricos** y, ocasionalmente, golpear a quien está forzando la separación. Los niños con TAS suelen ser descritos como **exigentes y con necesidad de atención constante**.

## **EDAD DE COMIENZO Y CURSO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

El TAS puede iniciarse **antes de los 6 años, pero también en cualquier momento después**; la edad de comienzo más frecuente en los niños es entre los 7 y 9 años. En un estudio epidemiológico, la edad mediana fue 7 años (Kessler, Berglund et al., 2005). Ahora bien, una notable proporción de adultos informan de un comienzo del TAS entre los 18 y 25 años (Bögels, Knappe y Clark, 2013). El TAS en adultos es precedido por niveles elevados de ansiedad por separación en la infancia, pero que no llegan a cumplir los criterios diagnósticos en dicha época.

El TAS puede aparecer **tras algún evento estresante** (fallecimiento de algún familiar o cachorro, enfermedad del niño o de un familiar, cambio de escuela, mudanza). Suele haber periodos de **exacerbación y remisión** y el trastorno puede **durar varios años**, aunque la mayoría de los niños con TAS se ven libres de trastornos de ansiedad incapacitantes a lo largo de su vida (American Psychiatric Association, 2013).

## **FRECUENCIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

La **ansiedad por separación** es un miedo frecuente en los niños entre los 1 y 6 años de edad. Se da en el **50-75%** de los niños hacia los 2 años y en el **20-40%** a los 3 años (Bragado, 1994). En cuanto al **TAS**, diferentes estudios epidemiológicos revisados por Masi, Mucci y Milleepiedi (2001) indican una **prevalencia-vital** (tener el trastorno en algún momento de la vida) del **4% al 5%**. El DSM-5 da una prevalencia **anual del 4% en niños y del 0,9-1,9% en adultos**. En el estudio epidemiológico de Shear et al. (2006), con 5.692 estadounidenses adultos, la **prevalencia-vida del TAS en la infancia fue del 4,1% y del 6,6% en la vida adulta**. En el 36% de los casos, el trastorno persistió en algún momento de la adultez y en el 11,5% durante el año anterior. En el estudio epidemiológico de Brückl et al. (2007) con 1.090 adolescentes de 14-17 años, la **prevalencia-vida del TAS fue sólo 1,4%**. La prevalencia es menor en los adolescentes que en los niños.

En un estudio con 243 **escolares españoles** de 6 a 17 años, de clase media, y asignando el diagnóstico según lo dicho por padres o niños, Bragado et al. (1996) encontraron una prevalencia (supuestamente actual) del 2,9% (1,5% en varones y 4,5% en mujeres). Por edades, 3,8% a los 6-9 años, 4,8% a los 10-13 años y 0% a los 14-17 años. En un estudio posterior con 1.201 niños españoles y utilizando un cuestionario, Méndez et al. (2008) hallaron una prevalencia-vida de 3,9%, más alta en las niñas (4,5%) que en los niños (3,5%). Por edades, el TAS estuvo presente en el 7,7% de los niños de 8 años, en el 4,3% de los de 9 años, en el 5% de los de 10 años y en el 0,8% de los de 11 años.

El DSM-5 afirma que el TAS es **más frecuente en niñas en la población general** y sin diferencias entre sexos en las poblaciones clínicas (American Psychiatric Association, 2013), aunque otros piensan que también es más frecuente en el sexo femenino en estas poblaciones (Tonge,

1994, citado en Sandín, 1997). En el estudio de Shear et al. (2006) hubo 2,2 niñas por cada niño, pero en el de Brückl et al. (2007) las diferencias no fueron significativas (2,2 contra 1,8). El TAS suele darse más en **niveles socioeconómicos medio-bajos** (Echeburúa, 1993; Masi, Mucci y Millepiedi, 2001).

En cuanto al TAS en la **vida adulta**, la prevalencia-vida fue 6,6% y la anual, 1,9% en el estudio epidemiológico de Shear et al. (2006). En el 77,5% de los casos el trastorno empezó en la vida adulta. En la mayoría de los casos el trastorno empezó entre los 18 y 20 años; a los 30 años, ya habían empezado el 80% de los casos. Hubo 1,4 mujeres por cada hombre. Además, el TAS fue más frecuente antes de los 60 años, en personas no casadas o emparejadas y en niveles socioeconómicos bajos. En el 36% de los casos que habían presentado TAS en la infancia, el trastorno persistió en la vida adulta.

## **PROBLEMAS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

Los más frecuentes son los **trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos**. Los datos son **inconsistentes** sobre que haya una relación específica entre **ansiedad por separación** en la infancia y el **trastorno de pánico** con o sin agorafobia más adelante (Bados, Reinoso y Benedito, 2008). La revisión de Bados, Reinoso y Benedito (2008) concluye que existe una asociación entre ansiedad por separación y trastorno de pánico, pero plantea grandes dudas sobre la especificidad de esta relación; es decir, la asociación existe también respecto a otros trastornos, especialmente los de ansiedad, tal como ha confirmado el metaanálisis de Kossowsky et al. (2013). En el otro polo, Robertson-Nay et al. (2012) han hallado que el TAS y los ataques de pánico que comienzan en la adultez comparten una diátesis genética común que no se observa con el trastorno por hiperansiedad.

En adultos, también aparecen como problemas asociados el trastorno por estrés postraumático y el duelo complicado. Si embargo, el TAS en adultos no parece estar específicamente ligado con el trastorno de personalidad dependiente, a pesar de las similitudes en los criterios diagnósticos (Bögels, Knappe y Clark, 2013).

Caso de que existiera una asociación entre la ansiedad por separación en la infancia y el trastorno de pánico en la vida adulta, hay varias hipótesis explicativas: a) la ansiedad grave por separación temprana se transforma en trastorno de pánico en la vida adulta; b) los síntomas tempranos de pánico provocan ansiedad por separación en el niño, lo que facilitaría el desarrollo de trastornos secundarios como el trastorno de pánico; c) la ansiedad por separación temprana y el trastorno de pánico son consecuencias de una predisposición a ser más ansioso; d) la ansiedad por separación puede progresar hacia una forma adulta de TAS y complicarse con otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico (Sandín, 1997).

## **GÉNESIS Y MANTENIMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

Pueden distinguirse diversos factores asociados al origen y al mantenimiento del trastorno por ansiedad por separación (Bragado, 1994; Echeburúa, 1993; Sandín, 1997).

## FACTORES ASOCIADOS AL ORIGEN

- **Vulnerabilidad genética** a experimentar una mayor emocionalidad o afecto negativo ante el estrés (mayor activación somática, labilidad emocional, inestabilidad del sistema nervioso autónomo). El **TAS parece ser más frecuente en familiares biológicos de primer grado** de las personas con TAS que en la población general, aunque no se sabe si es también más frecuente que en poblaciones con otros trastornos de ansiedad. Según el metaanálisis de Scaini et al. (2012) con gemelos, contribuyen al TAS y síntomas de ansiedad por separación los factores genéticos (43%), los factores ambientales no compartidos (40%) y los factores ambientales compartidos (17%). La heredabilidad fue mayor en las mujeres (0,52) que en los hombres (0,26), mientras que los factores ambientales no compartidos fueron mayores para estos últimos (0,74 versus 0,41). Lo fundamental de estos datos viene a coincidir con otros estudios de gemelos citados en Bögels, Knappe y Clark (2013).
- **No haber sido expuesto a una separación paulatina de los padres, quizás por un exceso de sobreprotección** de estos y por vivir encerrado en el círculo familiar. Experiencias repetidas y no traumáticas de separación permiten una desensibilización natural del miedo común a la separación de las figuras de apego. La sobreprotección puede darse por diversos motivos: temor de los padres a perder a un hijo que ha sufrido una enfermedad grave, ser hijo único y muy deseado de unos padres mayores, embarazo difícil, pérdida previa de un hijo, problemas previos de esterilidad, insatisfacción marital, ansiedad por separación en algún progenitor, padre y/o madre muy ansiosos.
- **Experiencias traumáticas de separación** (hospitalización, muerte de uno de los padres o de un ser querido, divorcio o separación de los padres o, en un adulto, de la pareja) en las que se dieran una o más condiciones de las que potencian la ansiedad: edad temprana, relación insegura con los padres o seres queridos, poca o ninguna experiencia previa de separación, situaciones de separación duraderas e incontrolables, cambios bruscos en el funcionamiento cotidiano, etc.
- Las figuras de apego **refuerzan positivamente**, de un modo abierto o sutil, las conductas de dependencia y búsqueda de contacto del niño. El no querer separarse de los padres puede ser **reforzado negativamente** en niños miedosos, si de ese modo evitan los estímulos temidos o reducen el miedo que estos suscitan.
- Que los **padres**, y especialmente las madres, sufran o hayan sufrido algún **trastorno de ansiedad** (especialmente trastorno de pánico o TAS) o **depresivo** constituye un factor de riesgo para los hijos (Micco et al., 2009). La presencia actual o pasada de trastorno de pánico en la madre triplica el riesgo de sufrir TAS y si además hay depresión, el riesgo se multiplica por diez.
- **Los distintos factores pueden confluir**. Un niño con vulnerabilidad biológica y sobreprotegido por sus padres puede desarrollar fuertes conductas de dependencia que son reforzadas por los padres; además, dicho niño tendrá pocas experiencias de separación y si esta ocurre forzosamente, será probablemente traumática. Todo esto aumenta la probabilidad de presentar un TAS.

## FACTORES ASOCIADOS AL MANTENIMIENTO

- **Ansiedad anticipatoria y durante la separación de tipo somático y cognitivo** (malestar físico, expectativas de que algo malo va a ocurrir o de que no se va volver a ver a los

seres queridos). Esto favorece la conducta de apego. Los sesgos cognitivos de atención e interpretación sólo han sido hallados hasta el momento en niños mayores, adolescentes y adultos, pero no en niños pequeños (Bögels, Knappe y Clark, 2013).

- **Reforzamiento positivo** de las conductas de apego mediante atención, tranquilización, consuelo.
- **Reforzamiento negativo:** Prevención de la ansiedad y de posibles estímulos temidos en el ambiente por medio de las conductas de apego.
- **Consecuencias negativas del trastorno:** retraimiento social que puede llegar al enclaustramiento en casa, no querer ir a la escuela (con los consiguientes problemas de retraso escolar e incluso de dificultades interpersonales con los compañeros), estado de ánimo deprimido, ira e incluso agresión ante la separación forzosa, resentimiento de las figuras de apego y conflictos familiares por el requerimiento constante de atención. Los adultos con TAS pueden mostrarse como dependientes y sobreprotectores. Estas consecuencias pueden conducir a la búsqueda de tratamiento para eliminar o reducir el problema.

## EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

No existen por el momento instrumentos específicos de evaluación para el TAS que hayan mostrado ser psicométricamente válidos y clínicamente útiles.

### ENTREVISTA

La **entrevista** debe explorar los aspectos acostumbrados: características del problema; variables controladoras del mismo (incluido el posible estado psicopatológico de los padres); historia del problema; tratamientos previos y actuales; motivación, expectativas y objetivos del sujeto; recursos y limitaciones del sujeto; otros problemas que pueda presentar el sujeto.

Hay que tener en cuenta que la fiabilidad de la información por parte del niño aumenta con la edad, que la fiabilidad de la información por parte de los padres disminuye acusadamente con la edad del niño y que el acuerdo entre niños/adolescentes y padres se reduce con la edad, especialmente para los trastornos interiorizados (p.ej., ansiosos y afectivos). Con niños mayores (12 años o más), los diagnósticos basados en datos proporcionados por los niños son más fiables que los fundamentados en las informaciones de los padres (Lewinshon et al., 1997).

Méndez, Orgilés y Espada (2008a) presentan una serie de preguntas útiles para entrevistar a los padres de niños con trastorno de ansiedad por separación. Además, enumeran una serie de entrevistas estructuradas.

Un modelo de entrevista diagnóstica para el TAS y otros trastornos de ansiedad en niños y adolescentes que sigue los criterios del DSM-IV es la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman et al. (1996, citado en Sandín, 1997), la cual tiene una versión para niños y otra para padres. Esta entrevista dura de una a dos horas, incluye preguntas sobre cada trastorno de ansiedad que no son únicamente diagnósticas, proporciona puntuaciones sobre la gravedad de estos trastornos y contiene también ítems que muestrean trastornos del estado de ánimo.

**Entrevista Clínica Estructurada para Síntomas de Ansiedad por Separación** (*Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms, SCISAS*; Cyranowski et al., 2002). Está pensada para adultos y sigue los criterios diagnósticos del DSM-IV. Incluye dos escalas de 8 ítems cada una. La primera evalúa retrospectivamente los síntomas del TAS en la infancia, mientras que la segunda evalúa la posible presencia de TAS en la vida adulta (no necesariamente en el momento actual). El clínico califica cada ítem como 0 (ausente), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) o ? (no recuerda). La segunda escala es unidimensional, mientras que la primera tiene dos factores: ansiedad por separación y rechazo escolar (este sólo con dos ítems). La entrevista puede consultarse bastante completa en el artículo original.

## CUESTIONARIOS

**Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano** (CASIT, González, Méndez e Hidalgo). Está dirigido a los padres y pretende evaluar la ansiedad por separación de niños de 3 a 5 años. Consta de 24 preguntas valoradas en una escala de frecuencia de 1 a 5 y presenta tres subescalas: ansiedad por separación ante la pérdida o daño de un ser querido, ansiedad por separación relacionada con el dormir y ansiedad por separación ante acontecimientos cotidianos. Es aconsejable que los padres contesten el cuestionario de forma independiente, lo cual permite comprobar su grado de acuerdo respecto al problema. El instrumento y sus datos normativos pueden consultarse en Méndez, Orgilés y Espada (2008a).

**Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia** (CASI, Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo). Evalúa la ansiedad de separación en niños mediante 26 preguntas valoradas en una escala de frecuencia de 1 a 5. Dispone de una versión para niños de 6-11 años (CASI-N) y otra para padres (CASI-P). El instrumento presenta tres subescalas: malestar por la separación, preocupación por la separación y tranquilidad ante la separación, aunque la consistencia interna de este último es algo baja (Méndez et al., 2008). El CASI-N y sus datos normativos pueden consultarse en Méndez, Orgilés y Espada (2008a). El CASI-P puede consultarse en Méndez, Orgilés y Espada (2008b).

**Escala para el Trastorno de Ansiedad por Separación para Niños y Adolescentes** (presentada en Caballo, 2005). Evalúa los pensamientos, sentimientos y conductas característicos del trastorno que presenta el niño cuando se separa de sus padres. La escala consta de 16 ítems valorados en una escala de intensidad de 1 a 3. Presenta tres subescalas: separación de los padres (8 ítems), soledad (5 ítems) y reacciones en la escuela (3 ítems).

**Escala para Evaluar la Ansiedad por Separación** (*Separation Anxiety Assessment Scale, SAAS*; Eisen et al., publicada en Eisen y Schaefer, 2005). Consta de 34 ítems valorados en una escala de frecuencia de 0 a 3. Existe una versión para niños y adolescentes (SAAS-C) y otra para padres (SAAS-P). El instrumento presenta seis subescalas: miedo a estar solo, miedo al abandono, quejas somáticas/miedo a la enfermedad física, preocupación por acontecimientos desastrosos, frecuencia de acontecimientos desastrosos e índice de señales de seguridad.

**Inventario de Síntomas de la Ansiedad por Separación** (*Separation Anxiety Symptom Inventory, SASI*; Silove et al., 1993, citado en Sandín, 1997) consta de 15 ítems puntuados de 0 a 3 con el que se pretende evaluar en personas adultas el grado de ansiedad por separación antes de los 18 años; sin embargo, no está clara la fiabilidad de este recuerdo tan lejano. Una adaptación en castellano puede consultarse en Sandín (1997). Si se reformulan los ítems, puede emplearse como una medida de ansiedad por separación según el niño (si este no es muy pequeño) y según sus padres, aunque se carece de datos de fiabilidad y validez de estas reformulaciones.

**Inventario de Evitación relacionada con la Ansiedad por Separación, versión para niños y padres** (*Separation Anxiety Avoidance Inventory, child and parent version, SAAI-C y SAAI-P*; In-Albon, Meyer y Schneider, 2013). Dirigido a evaluar la conducta de evitación asociada con la ansiedad por separación, contiene 7 situaciones cuya evitación valora la persona en una escala de frecuencia de 0 a 4.

Por otra parte, dada la frecuencia del rechazo escolar entre los niños con TAS, también pueden emplearse como medidas complementarias la **Escala de Evaluación del Rechazo Escolar** y otros cuestionarios descritos en la sección de evaluación del rechazo escolar. Asimismo, Méndez, Orgilés y Espada (2008a, págs. 83-89) presentan o enumeran otros cuestionarios que pueden ser útiles (p.ej., el Inventario de Miedos Escolares).

**Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Adulthood** (*Adult Separation Anxiety Questionnaire, ASA-27*; Manicavassagar et al., 2003). Los ítems del instrumento pueden consultarse en la fuente original. Tiene 27 ítems con los que se pretende evaluar los síntomas de ansiedad por separación en adultos. Incluye las variantes en la vida adulta del TAS en la infancia según el DSM-IV, pero no se limita solamente a ellas. Cada ítem es calificado de 0 a 3 según su frecuencia de ocurrencia.

**Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños** (*Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC*; March et al., 1997). Sus 39 ítems, calificados de 1 a 4, evalúan cuatro dimensiones de la ansiedad: a) síntomas físicos (con dos subescalas: tensión/inquietud y somática/autónoma), b) ansiedad social (dividida en miedos de humillación/rechazo y ansiedad al actuar en público), c) ansiedad por separación, y d) evitación de daño (dividida en perfeccionismo y afrontamiento ansioso). El número de ítems de cada dimensión es 9, salvo la primera que tiene 12. Además de las subpuntuaciones, puede calcularse una puntuación total.

**Escala de Ansiedad Infantil de Spence** (*Spence Children's Anxiety Scale, SCAS*; Spence, 1998). Consta de 44 ítems, valorados según una escala de frecuencia de 0 a 3, los cuales pretenden evaluar un amplio espectro de síntomas de ansiedad. Treinta y ocho ítems hacen referencia a síntomas específicos de ansiedad y 6 son ítems positivos de relleno para reducir el sesgo de respuesta negativo; no cuentan para la puntuación total. Aparte de esta, pueden calcularse seis subpuntuaciones que corresponden a seis factores de primer orden correlacionados entre sí que cargan en un factor de segundo orden denominado ansiedad en general. Las seis subpuntuaciones son ansiedad por separación (6 ítems), pánico/agorafobia (9 ítems), fobia social (6 ítems), miedo al daño físico (5 ítems; corresponde a fobias específicas), problemas obsesivo-compulsivos (6 ítems) y ansiedad generalizada (6 ítems).

**Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad – Revisado** (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders – Revised, SCARED-R*; Muris et al., 1999, 2001). Consta de 66 ítems que valoran de 0 a 2 la frecuencia de diversos síntomas de ansiedad. Aparte de una puntuación total, se obtienen puntuaciones en 9 subescalas: trastorno de ansiedad generalizada (13 ítems), trastorno de ansiedad por separación (12 ítems), fobia social (4 ítems), trastorno de pánico (13 ítems), trastorno obsesivo-compulsivo (9 ítems), fobia específica (tipo animal, 3 ítems), fobia específica (tipo sangre-inyección-daño, 7 ítems) y fobia específica (tipo situacional-ambiental, 3 ítems). La versión original de este cuestionario tiene sólo 41 ítems y cinco subescalas: pánico/síntomas somáticos, ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social y fobia escolar.

En aquellos casos en que la información disponible aconseje llevar a cabo una **evaluación de la familia** del niño, se dispone de varias medidas:

- **Cuestionario de Dependencia Autoadministrado** (*Self-Administered Dependency Questionnaire, SADQ*; Berg, 1974, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Mediante 21 ítems valorados de 0 a 4 según la frecuencia con la que ocurren, evalúa la dependencia del niño y la sobreprotección materna en cuatro áreas: afecto, comunicación, petición de asistencia y salidas de casa. Tiene una versión para padres y otra para niños y parece más útil para estos que para adolescentes.
- **Medida de Evaluación Familiar** (*Family Assessment Measure, FAM*; Skinner et al., 1983, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Puede ser contestada por padres y niños de 10 o más años y trata de identificar puntos fuertes y débiles de la familia. Sus 134 ítems están organizados en tres áreas: a) Escala General: 50 ítems sobre la salud/patología de la familia en general; b) Escala de Relación Diádica: 42 ítems para cada diada evaluada; c) Escala de Autovaloración: 42 ítems sobre la percepción que tiene una persona sobre su funcionamiento en la familia. Dentro de cada área se puntúan diversas subescalas: Logro de Tareas, Ejecución de rol, Comunicación, Expresión Afectiva, Implicación Afectiva, Control y Normas/Valores.
- **Inventario de Creencias sobre la Familia** (*Family Belief Inventory, FBI*; Roehling y Robin, 1986, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). A través de versiones paralelas para padres y adolescentes pretende medir las creencias poco realistas sobre las relaciones entre ambos. En relación a los padres, evalúa seis creencias erróneas: a) Ruina: con demasiada libertad, los adolescentes arruinarán su futuro; b) Obediencia: los padres merecen respeto y obediencia absoluta de sus hijos; c) Perfeccionismo: los adolescentes deben comportarse sin defectos; d) Intención Maliciosa: los adolescentes se comportan mal intencionadamente para dañar a sus padres; e) Autoculpabilización: los padres tienen la culpa de la mala conducta de los adolescentes; y f) Aprobación: la desaprobación por parte de los adolescentes de las prácticas educativas de los padres es algo catastrófico. Las cuatro creencias para los adolescentes son: a) Ruina: las reglas y restricciones parentales arruinarán los años de la adolescencia; b) Injusticia: es catastrófico que los padres traten a los adolescentes injustamente; c) Autonomía: los padres deben dar a los adolescentes libertad absoluta para tomar decisiones sobre reglas y responsabilidades; y d) Aprobación: es catastrófico si los padres se enfadan con los adolescentes. Cada creencia es evaluada a través de 10 ítems ligados a viñetas que ejemplifican fuentes frecuentes de conflicto entre padres y adolescentes (elección de amigos, llegar tarde a casa).
- **Cuestionario de Crianza Parental** (*Parent-Child Relationship Inventory, PCRI*; Gerard, 1994, citado en Roa y del Barrio, 2001). Evalúa las actitudes de los padres hacia la crianza de sus hijos y hacia estos. Consta de 78 ítems valorados de 1 a 4 según el grado en que se está de acuerdo con los mismos. El instrumento original tiene ocho escalas: apoyo, satisfacción con la crianza, compromiso, comunicación, disciplina, autonomía, distribución de rol y deseabilidad social. Sin embargo, en la adaptación castellana sólo se han mantenido 66 ítems encuadrados en seis factores: disciplina (16 ítems), compromiso con la crianza (12 ítems), distribución de rol (6 ítems), satisfacción con la crianza (8 ítems), autonomía (9 ítems) y afecto (apoyo/comunicación) (15 ítems). En Roa y del Barrio (2001) puede verse la versión del cuestionario para la madre.
- **Perfil de Estilos Educativos** (PEE, García-Pérez y Magaz, 1998). Evalúa si el estilo educativo de la madre y del padre (por separado) es predominantemente asertivo, sobreprotector, punitivo o inhibido. Consta de 48 ítems que cada progenitor contesta SÍ o NO.

En TEA y MEPSA hay varios cuestionarios útiles. Por ejemplo, la Escala de Adaptación Familiar de Moos y Moos (1981), la Batería de Socialización de Silva y Martorell (versión para

profesores, padres y niño) y el IDG de Capafóns, Sosa y Silva.

## AUTORREGISTROS

El niño, en función de su edad, podría registrar algunos aspectos de lo que sucede cuando experimenta el miedo a separarse de sus padres: situación desencadenante, reacciones somáticas, nivel de miedo, pensamientos tenidos, lo que ha hecho y la respuesta de sus padres. Allen et al. (2010a, 2010b) presentan el Registro Diario de Ansiedad por Separación, con versión para los niños y la madre. El niño registra a lo largo de 8 días el número diario de separaciones ansiosas y no ansiosas. Para cada situación de separación, apunta si fue ansiógena o no, el tipo de separación (p.ej., irse a dormir solo), la ansiedad experimentada (0-4), los pensamientos tenidos entre los presentados y las reacciones del niño y de los padres entre las enumeradas. La madre registra los mismos aspectos.

## OBSERVACIÓN

Los padres pueden registrar diversos aspectos de lo que sucede cuando el niño manifiesta ansiedad de separación: situación desencadenante, reacciones del niño, respuesta de los padres y resultados final. También pueden registrar sistemáticamente diversas conductas relacionadas con el dormir o la asistencia al colegio; el profesor también puede apuntar algunos datos sencillos respecto a esto último. Ejemplos pueden verse en Méndez, Orgilés y Espada (2008a).

Por otra parte, el niño puede ser expuesto deliberadamente a situaciones de cada vez menor proximidad a los padres y registrarse si es capaz de llevarlas a cabo (totalmente, parcialmente, en absoluto), sus reacciones manifiestas de ansiedad y su ansiedad subjetiva. Un ejemplo puede verse en Méndez, Orgilés y Espada (2008a).

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

A continuación se expondrá el tratamiento de la FS como trastorno diferenciado de ansiedad. Sin embargo, existen **modelos transdiagnósticos de la ansiedad** que postulan una patología nuclear que subyace a todos los trastornos de ansiedad considerados por el DSM-IV y la CIE-10. Dentro de esta patología nuclear habría un factor específico de hiperactivación fisiológica y, compartido con la depresión, un factor general de afectividad negativa, esto es, una tendencia estable y heredable a experimentar una amplia gama de sentimientos negativos tales como preocupación, ansiedad, miedo, alteración, enfado, tristeza y culpabilidad<sup>1</sup>. Esta patología compartida, una comorbilidad entre trastornos de ansiedad mayor de la que sería esperable y la reducción de estos trastornos comórbidos al tratar sólo el trastorno principal hacen pensar que hay más similitudes que diferencias entre los distintos trastornos de ansiedad. Todo esto, junto con el hecho de que los programas cognitivo-conductuales para los distintos trastornos de ansiedad comparten muchos contenidos, ha llevado a algunos autores a desarrollar diversos protocolos dirigidos cada uno de ellos a tratar múltiples trastornos de ansiedad (principalmente, fobias, pánico y ansiedad generalizada; con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés post-traumático); de este modo, pueden tratarse en grupo a pacientes con diversos trastornos de ansiedad. □

<sup>1</sup> Mientras que una alta hiperactivación fisiológica caracterizaría a los trastornos de ansiedad, una baja afectividad positiva (o entusiasmo por la vida) sería típica de los trastornos depresivos.

Los **programas transdiagnósticos** de tratamiento pueden incluir elementos comunes a los distintos trastornos de ansiedad (educación, incremento de la motivación para implicarse en el tratamiento, entrenamiento en conciencia emocional, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, prevención de recaídas) y elementos específicos (exposición interoceptiva, asertividad). Según el metaanálisis de Norton y Philipp (2008), estos programas han logrado en adultos un alto tamaño del efecto pre-post ( $d = 1,29$ ) que ha sido significativamente mayor que el de los grupos control ( $d = 0,14$ ); las mejoras se han mantenido en seguimientos de hasta 6 meses. Falta comprobar si el tratamiento en grupos con trastornos de ansiedad diferentes es igual de eficaz que el tratamiento con grupos homogéneos; de ser así, se facilitaría la aplicación y propagación de la terapia cognitivo-conductual (TCC). Ejemplos de programas transdiagnósticos para adultos y niños pueden verse respectivamente en Barlow et al. (2000) y Ehrenreich-May y Bilek (2012).

Méndez, Orgilés y Espada (2008a) describen varios programas de tratamiento (*Coping cat*, FRIENDS y el tratamiento preceptivo de Eisen y Schaefer, 2005) y presentan una intervención propia con ejemplos ilustrativos. Eisen y Schaefer (2005) presentan un programa detallado para tratar el TAS de un modo individualizado con la colaboración del niño y de los padres. Silverman, Pina y Viswesvaran (2008, pág. 126) dan las referencias de diversos manuales donde se describen detalladamente algunos tratamientos.

El número de estudios sobre el tratamiento del TAS es muy bajo y **no hay prácticamente estudios experimentales**. Existen casos exitosos tratados con desensibilización sistemática o de autocontrol (niños mayores o adolescentes), exposición en vivo graduada o poco graduada, o técnicas operantes (reforzamiento de separación progresivamente más larga). Una de estas técnicas consistió en el reforzamiento diferencial de la conducta no ansiosa durante ausencias cada vez más largas de la madre; el reforzador fue la presencia de la madre. Lo usual es que se haya empleado más de un procedimiento.

El tratamiento actual combina **exposición graduada en vivo** a la situación temida (separación) –exposición que puede ser llevada a cabo por los propios padres–, **reforzamiento positivo** (social y material) de las conductas de separación y del comportamiento no ansioso durante la separación, **dejar de prestar atención a las quejas** del niño y posibles **estrategias para afrontar la ansiedad**: relajación, autoinstrucciones, ejecución de tareas interesantes, cambio de pensamientos negativos. En algunos casos se incluye también la mejora de la relación entre padres e hijos. Esta intervención se extiende hasta abarcar el tratamiento típico del rechazo escolar cuando este se haya presente, como suele ser el caso. No conviene olvidar que cuando exista una psicopatología en los padres relacionada con el TAS, está deberá ser abordada paralelamente o por anticipado.

Patterson (1965, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988) trató a un niño de 7 años que rechazaba ir a la escuela debido a su ansiedad por separación. Esta era tan grave que el niño era incapaz de dejar a su madre en la consulta incluso unos pocos minutos. Se empleó **moldeamiento** reforzando al niño por separaciones más largas de la madre; los reforzadores fueron dulces asociados con elogio debido a que el niño no respondía a los reforzadores sociales. Luego se introdujo la **exposición imaginal** con escenas que implicaban una serie graduada de situaciones de separación. Los personajes de las escenas eran **muñecos** que interactuaban con otro personaje llamado "el pequeño Henry". Se preguntó al niño cómo se sentía el pequeño Henry en diversas situaciones y las respuestas de comportamiento independiente y asertivo fueron reforzadas con **elogios y dulces**. En la undécima sesión comenzó la **exposición graduada en vivo para lograr la reincorporación a la escuela**. Cada día el niño fue llevado a la escuela por el terapeuta y dejado allí por periodos cada vez más largos. Cada sesión en vivo fue seguida por sesiones de apoyo mediante **juegos con muñecos** en la sala de juegos de la clínica. Los **padres** fueron entrenados para **refor-**

**zar selectivamente** las conductas de afrontamiento. En la sesión 23 se consiguió el retorno total a la escuela y los resultados se mantuvieron 3 meses más tarde.

Choate, Pincus y Eyberg (2005) llevaron a cabo un diseño de línea base múltiple con tres niños de 4 a 8 años. Se aplicó la terapia de interacción padres y niños que incluye reforzamiento de las conductas valientes y no ansiosas, pasar por alto las conductas ansiosas o de oposición, saber dar instrucciones de forma eficaz, alabar la escucha de estas y aplicación del tiempo fuera. El tratamiento redujo la ansiedad de separación y los resultados se mantuvieron a los 3 meses.

En un estudio experimental, Schneider et al. (2011) compararon la **terapia familiar para la ansiedad por separación** con la lista de espera en niños de 5-7 años con TAS. La terapia, una combinación de entrenamiento de padres y TCC, incluyó psicoeducación, corrección de creencias disfuncionales en niños y padres, exposición en vivo, entrenamiento en conductas parentales adecuadas durante la separación, desarrollo de la autonomía y estrategias de afrontamiento de los niños y prevención de recaídas. Este tratamiento fue claramente superior al grupo control en medidas específicas y en interferencia y calidad de vida.

En otro estudio experimental, Schneider et al. (2013) compararon la **terapia familiar para la ansiedad por separación** con el programa *Coping Cat*, explicado más abajo y dirigido a los trastornos de ansiedad en general. No hubo diferencias en el porcentaje de niños que dejaron de presentar TAS en el postratamiento y al año. La terapia familiar fue mejor en algunas medidas, aunque el tamaño del efecto fue pequeño.

### **Tratamiento dirigido a diversos trastornos de ansiedad en niños y adolescentes**

Kendall ha propuesto e investigado un tratamiento cognitivo-conductual (programa *Coping Cat*) dirigido a los trastornos de ansiedad en general, incluido el trastorno de ansiedad por separación (Flannery-Schoeder y Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall, Brady y Verduin, 2001). Este tratamiento puede consultarse en Kendall y Hedtke (2006a, 2006b) para niños de 8 a 13 años (hay traducción al español en Kendall, 2010); Kendall et al. (2002a, 2002b) ofrecen también manuales para adolescentes de 14 a 17 años. El tratamiento se ha mostrado superior clínica y estadísticamente a la lista de espera en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social). El programa *Coping Cat*, ya fuera aplicado individualmente o en familia, ha resultado superior a un programa de educación y apoyo basado en la familia (Kendall et al., 2008).

En un estudio realizado en centros públicos de salud mental (Southam-Gerow et al., 2010), el programa *Coping Cat* no se diferenció del tratamiento usual (de tipo ecléctico) en medidas de sintomatología y diagnóstico, aunque en el segundo hubo una mayor proporción de niños que requirieron servicios adicionales de salud mental (41% vs. 0%). Además, la dosis del programa *Coping Cat* no fue la óptima, ya que el 42% de los niños no recibieron ninguna sesión de exposición. En otro estudio realizado también en centros públicos de salud mental (Barrington et al., 2005), una TCC basada en el programa *Coping Cat* y otros programas similares tampoco se diferenció del tratamiento usual (psicoterapia infantil, terapia familiar, tratamientos eclécticos).

La eficacia del *Coping Cat* no ha variado a corto y medio plazo en función de que los niños presentaran otros trastornos comórbidos, ya fueran de tipo ansioso o exteriorizado (Kendall, Brady y Verduin, 2001); además, el tratamiento redujo el porcentaje de niños que presentaban trastornos comórbidos, tanto los de tipo ansioso como los del tipo exteriorizado. La eficacia del programa tampoco ha variado a largo plazo (7 años) según los niños presentaran o no trastornos comórbidos de tipo exteriorizado (Flannery-Schoeder et al., 2004). Sin embargo, en estos estudios hubo pocos niños con trastornos del estado de ánimo y Berman et al. (2000) han hallado que

la comorbilidad con depresión predice peores resultados.

Los **resultados del programa *Coping Cat* se han mantenido** en seguimientos de 1 año y en otros dos de 3 y 7 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad. Además, los que se recuperaron de su trastorno consumieron menos drogas durante el seguimiento, aunque no hubo diferencia en el desarrollo de trastornos afectivos. Sin embargo, en el seguimiento a los 7 años, el 50% de los participantes habían recibido tratamiento adicional (Kendall y Southam-Gerow, 1996; Kendall et al., 2004). La implicación de los niños durante las sesiones de tratamiento ha correlacionado positivamente con las mejoras conseguidas (Chu y Kendall, 2004) al igual que lo ha hecho la implicación de padres y madres cuando han participado como co-clientes (Podell y Kendall, 2011). En un estudio posterior las valoraciones por parte del terapeuta de la relación terapéutica, pero no el cumplimiento de las tareas entre sesiones, predijeron el resultado en el postratamiento y en el seguimiento al año (Hughes y Kendall, 2007).

Una adaptación de la TCC de Kendall ha sido superior al **placebo farmacológico** (Walkup et al., 2008). Otra adaptación del programa de Kendall (el *Coping Koala* de Barrett et al., 1996) también se ha mostrado más eficaz que un **placebo psicológico** en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad. La condición placebo (revelación emocional) consistió en escribir los propios pensamientos y sentimientos tanto sobre situaciones estresantes o amenazantes en general como sobre situaciones relacionadas con los miedos de separación; además, hubo breves discusiones en grupo en las que los niños contaban sus experiencias atemorizantes (Muris, Meesters y van Melick, 2002).

El número de sesiones del *Coping Cat* oscila entre 16 y 20, duran 50-60 minutos y su periodicidad es semanal. De todos modos, para facilitar su aplicación en contextos comunitarios existe una versión breve de 8 sesiones (Crawley et al., 2012). La intervención es **individual**, aunque según un estudio en el que los padres participaron en varias sesiones, la intervención **grupal** (con sesiones de 90 minutos) fue tan eficaz como aquella y también superior a la lista de espera (Flannery-Schroeder y Kendall, 2000). En el seguimiento al año, siguió sin haber diferencias entre ambas condiciones (Flannery-Schroeder, Choudbury y Kendall, 2005). En otro estudio, en el que se aplicó el *Coping Koala* sin la intervención de los padres, ambos tipos de intervención fueron también igual de eficaces a nivel estadístico y clínico (Muris et al., 2001). En cambio, con una adaptación abreviada del *Coping Cat*, Manassis et al. (2002) hallaron que el programa individual fue mejor en un par de medidas y también con los niños que presentaban una elevada ansiedad social.

El programa de Kendall se apoya en un material escrito, variado y entretenido, que facilita el interés y la implicación en el tratamiento. En las ocho primeras sesiones se presentan los conceptos básicos y se practican y refuerzan las habilidades enseñadas. Se utilizan fichas o puntos para reforzar las actividades entre sesiones. Además, se introduce progresivamente un **acrónimo (FEAR en inglés)** que recuerda al niño los pasos a seguir.

Sesión 1. Establecer una buena **relación** con el niño, informarle sobre el tratamiento, alentar su participación y terminar con una actividad divertida.

Sesión 2. Enseñar a distinguir varios **tipos de emociones**, normalizar la experiencia de miedo y empezar a construir una jerarquía de situaciones ansiógenas.

Sesión 3. Enseñar a identificar las propias **respuestas somáticas de ansiedad**. Introducir el primer paso del acrónimo: ¿Asustado? (sensaciones de ansiedad)

Sesión 4. Encuentro con los **padres** para darles información adicional sobre el tratamiento y las metas del mismo, discutir sus preocupaciones, recoger información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y alentar la cooperación en el tratamiento.

Sesión 5. Entrenar en **respiración** profunda y **relajación** muscular progresiva (pueden usar-

se otras estrategias, como la visualización) y entregar un CD personalizado para practicar.

Sesión 6. Identificar los **pensamientos** en situaciones ansiógenas, introducir el segundo paso del acrónimo (¿espero cosas malas?), desafiar los pensamientos negativos y elaborar pensamientos de afrontamiento.<sup>2</sup>

Sesión 7. Revisar los dos primeros pasos del acrónimo e introducir el tercero (actitudes y acciones que ayudan). Enseñar **resolución de problemas** para seleccionar estrategias que permitan afrontar la ansiedad.

Sesión 8. Introducir el cuarto paso del acrónimo (resultados y recompensas). Enseñar **autoevaluación y autorrecompensa**. Revisar el plan FEAR y aplicarlo en sesión. Revisar la jerarquía y planificar la primera exposición.

Este primer bloque no parece dar lugar por sí solo a resultados positivos en comparación a la lista de espera. Durante el segundo bloque de ocho sesiones el niño practica las nuevas habilidades por medio de **experiencias imaginales, simuladas y en vivo (en la consulta, casa y escuela)** de situaciones individualizadas y graduadas en cuanto al estrés y ansiedad que provocan. Para ello, el terapeuta sirve de modelo (usa la activación ansiosa como señal para aplicar las estrategias de afrontamiento), se utilizan ensayos conductuales y se emplea el reforzamiento social; también se alienta a los niños a que se refuercen por su afrontamiento exitoso.

En la sesión 9 hay una nueva reunión con los padres para informarles sobre la segunda parte del tratamiento, darles la oportunidad de discutir sus preocupaciones, obtener más información sobre las situaciones ansiógenas para el niño y ofrecerles modos específicos de implicarse en la segunda parte del tratamiento. En las sesiones 10 y 11 se trabaja con situaciones de baja ansiedad. En las sesiones 10-13 aumenta el nivel de ansiedad de las situaciones. Y en las sesiones 14-16 se practica en situaciones muy ansiógenas. Además, a partir de la sesión 14, los niños comienzan a preparar en casa un **breve proyecto divertido** (canción, anuncio de TV, espacio radiofónico, dibujo, poema, etc.) dirigido a enseñar a otros niños cómo afrontar la ansiedad perturbadora. Durante la última sesión (la 16) se graba y mira el proyecto (el niño recibe una copia), se revisa con el niños y los padres el progreso conseguido y se alienta a seguir practicando. Existen datos que sugieren que este segundo bloque, al menos cuando sigue al primero, es un componente activo a la hora de producir cambios significativos.

Una cuestión importante es si los resultados del tratamiento mejorarían si los **padres se implicaran en el mismo como co-clientes y no como simple colaboradores** que proporcionan información y ayudan en la aplicación de la intervención. Nauta et al. (2003) no vieron que fuera así con niños de 7 a 18 años ( $M = 11$ ) y una versión abreviada del *Coping Cat*; los grupos con o sin padres fueron igualmente eficaces y superiores al no tratamiento. En el estudio de Kendall et al., (2008), el programa *Coping Cat* funcionó igual de bien ya fuera que los padres participaran como colaboradores en una terapia individual o como co-clientes en una terapia familiar, aunque este último fue mejor en el seguimiento al año cuando ambos padres o las madres tuvieron un trastorno de ansiedad.

El papel de la implicación de los padres ha sido también estudiado mediante una adaptación del programa *Coping Cat*, realizada por Barrett y llamada *Coping Koala*. Los estudios de Barrett et al. (1996), Bernstein et al. (2005) y, en cierta medida, el de Barrett (1998) indican que esta implicación mejora los resultados al emplear un enfoque en que terapeuta, padres e hijos funcionan como un equipo a la hora de trabajar; ahora bien, en el primer estudio la mejora sólo se pro-

<sup>2</sup> La reestructuración cognitiva implicada en el *Coping Cat* está adaptada, como el resto de componentes, al desarrollo evolutivo del niño. Se presentan unas tarjetas con dibujos en el cual un personaje encuentra situaciones potencialmente ansiógenas. En estas tarjetas aparecen globos de pensamiento en blanco y el terapeuta le pregunta al niño qué podría decir o pensar el personaje en la situación. Esto sirve tanto para identificar pensamientos como para elaborar pensamientos alternativos.

dujo con **niños menores de 11 años**, aunque no con niños mayores. En cambio, con un programa para padres dirigido a **incrementar la autonomía de los niños** y a reducir el entrometimiento parental, Wood et al. (2009) hallaron que en el seguimiento al año la TCC familiar fue más eficaz que la TCC en niños de 10-13 años, pero no de 6-9 años. Por otra parte, la implicación de los padres como co-clientes fue también más beneficiosa a corto plazo cuando los niños tuvieron uno o ambos **padres ansiosos** (Cobham et al., 1998), aunque fue también más eficaz para los niños sin padres ansiosos en el seguimiento a los 3 años (Cobham et al., 2010). La potenciación de los resultados de la TCC en el estudio de Barrett et al., (1996) se dio en el postratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque no a los 5-7 años (Barrett et al., 2001). Bernstein et al. (2008) tampoco hallaron diferencias entre los grupos en los seguimientos a los 6 y 12 meses.

El programa *Coping Koala* tiene **tres componentes para los padres**, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al **tratamiento individual** del trastorno de ansiedad del niño y la segunda al **tratamiento en familia**.

- En primer lugar y con el fin de reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los **padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la conducta ansiosa y quejas excesivas**. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas temerosas del niño. Además se incluye una psicoeducación sobre la etiología de los trastornos de ansiedad con énfasis en el papel de la familia.
- En segundo lugar, se enseña a los **padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución** de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas.
- En último lugar, se entrena brevemente a los **padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas** con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento. Este tercer componente implica lo siguiente: a) entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño y para que los padres sean congruentes en el manejo de las respuestas ansiosas del niño; b) alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; c) entrenar en habilidades de solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar los problemas del niño y de la familia.

**Otros componentes** que han sido considerados en otros programas para padres han sido: entrenamiento para reducir la conducta sobreprotectora y aumentar la autonomía de los niños, entrenar a los padres para alentar y reforzar ciertas conductas de sus hijos (autocontrol, cumplimiento de actividades entre sesiones, participación en actividades sociales, aumento de la actividad) y abordar pensamientos y sentimientos de los padres sobre una posible recaída. Es plausible pensar que los componentes concretos a trabajar dependerán de los aspectos problemáticos detectados en cada familia (sobrepotección, rechazo, etc.).

La participación de los padres como co-clientes en el tratamiento cognitivo-conductual ha sido revisada por Barmish y Kendall (2005), Breinholst et al. (2012), Rapee, Schniering y Hudson (2009) y Thulin et al. (2014). El primer aspecto a señalar es que los programas presentan comuna-

lidades en su contenido, pero también diferencias importantes. Por ejemplo, no todos los programas enseñan a los padres a manejar sus emociones, a modelar conductas apropiadas o a comunicarse o resolver problemas más eficazmente. Los programas han sido aplicados en grupo o individualmente y, en ocasiones, ha habido terapeutas distintos para padres y para niños. Por lo general, el número de sesiones ha oscilado entre 10 y 12 y han sido conducidas bien con niños y padres por separado bien con otros formatos: padres y niños conjuntamente en el 100% de cada sesión, en parte de cada sesión (20-33%) o en un porcentaje de las sesiones (40-90%). Muchos estudios no especifican si son los padres, madres o ambos los que acuden a la terapia, pero parece haber un predominio de las madres.

Los resultados sobre la utilidad de incluir a los padres como co-clientes han sido discordantes y es prematuro extraer conclusiones definitivas. La potencia estadística de muchos estudios ha sido insuficiente para detectar cambios de magnitud baja a moderada. Por lo general, no se han hallado diferencias en cuestionarios y esto ha sido confirmado en diversos metaanálisis, aunque las comparaciones en estos han sido indirectas (In-Albon y Schneider, 2007; James et al. 2014; Reynolds et al., 2012; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008; Thulin et al., 2014). Por otra parte, según el metaanálisis de Manassis et al. (2014), la TCC es igual de eficaz a corto plazo con o sin implicación activa de los padres (más o menos de la mitad de las sesiones), pero la que mantuvo mejor los resultados al año, o incluso los mejoró en la proporción de niños que dejaron de presentar diagnóstico de ansiedad, fue aquella en la que los padres se implicaron y en la que se enfatizó el manejo de contingencias o la transferencia de control del terapeuta a los padres.

Thulin et al. (2014) ha propuesto varias posibles explicaciones de por qué la TCC que incluye a los padres no ha sido más eficaz: a) Los programas no han incluido aquellas conductas de los padres que están asociadas con la ansiedad infantil. b) El tratamiento consume mucho tiempo, exige mucho de los padres y supone una sobrecarga de información. c) Los padres con trastornos psicológicos pueden ser incapaces de ayudar a sus hijos.

Es posible que la TCC con los padres deba variar en función de las dificultades o trastornos que estos presenten. También es posible que **la TCC con padres sea más eficaz con niños menores de 11 años y que tienen padres ansiosos**. Bodden et al. (2008) no confirmaron estos resultados obtenidos en otros estudios e incluso hallaron que la TCC sin padres fue mejor que la TCC con padres en el postratamiento, tanto en general como cuando los padres presentaban trastornos de ansiedad. Posibles explicaciones son que se confió mucho en los padres para enseñar a los niños (sólo hubo tres sesiones con estos solos) y que se trabajó con diferentes grupos en diferentes sesiones (niños, padres, padres y niños, padres, niños y hermanos), lo que pudo dificultar la implicación de todos los miembros a lo largo de la terapia.

Por otra parte, Wood et al. (2006) han señalado que incluir a los padres como co-clientes puede ser más eficaz si el tratamiento les ayuda a **incrementar la autonomía de los niños** y a reducir el entrometimiento parental. Este tipo de terapia familiar fue más eficaz que la TCC centrada en el niño, tanto en el postratamiento como al año, aunque en este último caso sólo en niños de 10-13 años, pero no de 6-9 años (Wood et al., 2009). En otro estudio (Siqueland, Rynn y Diamond, 2005), la TCC más terapia familiar basada en el vínculo (dirigida a potenciar la autonomía de los adolescentes y mejorar las relaciones familiares) no resultó superior a la TCC sola. El estudio de Legerstee et al. (2009) sugiere que con niños que tienen una gran atención hacia la amenaza puede ser necesario alargar el tratamiento (programa FRIENDS) y/o implicar más a los padres en el mismo.

**Un problema con muchos estudios sobre padres es que no se han evaluado los cambios producidos en estos por el tratamiento y el grado en que estos cambios están asociados con los resultados conseguidos por los niños** (Ginsburg et al., 2004). En un estudio preliminar,

Khanna y Kendall (2009) hallaron que de cuatro componentes del entrenamiento de padres (transferencia de control del terapeuta a los padres, manejo de la ansiedad parental, entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo de contingencias) los dos primeros estuvieron asociados significativamente con la mejora del funcionamiento global del niño según los padres y el clínico, aunque no con la mejora en autoinformes de ansiedad infantil o en informes de los padres y del niño sobre el funcionamiento familiar.

Thienemann et al. (2006) han informado en un estudio no controlado con niños y adolescentes de la eficacia de un programa (*Cool Kids*) **dirigido sólo a los padres**, aunque los resultados parecen inferiores a los de los programas centrados en los niños con o sin sus padres como co-clientes. Cartwright-Hatton et al. (2011) hallaron que una TCC para padres de niños de 3 a 9 años con trastornos de ansiedad (la inmensa mayoría con fobias específicas o fobia social) fue más eficaz que la lista de espera y que las mejoras se mantuvieron al año. En el estudio de Smith et al. (2014) la TCC dirigida sólo a padres de niños de 7-13 años con diversos trastornos de ansiedad fue más más eficaz que la lista de espera. Mendlowitz et al. (1999) hallaron que una TCC grupal dirigida sólo a padres fue menos eficaz que una TCC con participación de los padres en el uso de estrategias de afrontamiento por parte de los niños y en la mejora informada por los padres. Waters et al. (2009) no encontraron diferencias entre una TCC grupal aplicada sólo con padres y la misma TCC aplicada con padres y niños. Hay que tener en cuenta que los niños fueron pequeños (4-8 años), sin comorbilidad no ansiosa y con predominio de diagnóstico de fobia específica; además, el porcentaje de abandonos tendió a ser mayor en la TCC sólo con padres.

Otra cuestión importante es **si es necesario enseñar primero las habilidades de autocontrol** (autoobservación, cambio de pensamientos, autoevaluación, autorreforzamiento) o si puede empezarse primero con exposición más manejo de contingencias por parte de los padres. No existen comparaciones directas al respecto, pero un programa con el orden señalado en este párrafo ha sido superior a corto y medio plazo a la lista de espera (Silverman et al., 1999). Además, una adaptación de este programa para adolescentes afroamericanos aplicada en la escuela ha sido superior a un grupo control de atención/apoyo (compartir y discutir experiencias de miedo), aunque la muestra fue muy pequeña (Ginsburg y Drake, 2002).

El programa *Coping Koala*, adaptado del *Coping Cat*, fue refinado por Barrett en 1998 y convertido en el **programa FRIENDS**. Este es similar a la TCC grupal con implicación de padres de Barrett (1998), pero con algunas diferencias: se aplica en 10 sesiones más 2 de refuerzo, el programa con los padres se lleva a cabo en 4 sesiones de 1,5 horas (véase la **tabla 1**) o en 10 sesiones de unos 40 minutos, se enfatizan redes de apoyo entre los padres y entre los niños, e incluye versiones para niños de 7-11 años (Barrett, 2004a, 2004b) y adolescentes de 12-16 años (Barrett, 2005a, 2005b). Posteriormente, el programa fue adaptado para ser aplicado en la escuela con fines preventivos y ha recibido el nombre de *FRIENDS for Life*. Además se ha desarrollado una versión para preescolares (Barret, 2007). El programa FRIENDS ha resultado superior a la lista de espera y sus resultados se mantienen a medio plazo (Shortt, Barrett y Fox, 2001); además, es igual de eficaz aplicado individualmente o en grupo (Liber, van Widenfelt, Utens et al., 2008). El programa FRIENDS ha demostrado tener validez social, ya que sus usuarios muestran una elevada satisfacción con el mismo y la mayoría lo recomendarían a otros. Curiosamente, los niños valoraron más las estrategias cognitivas y los adolescentes la exposición gradual (Barret, Shortt y Wescombe, 2001).

El programa FRIENDS aplicado en la escuela con niños de 7 a 11 años ha resultado superior al no tratamiento, tanto en el post como en los seguimientos a los 6 y 12 meses, aunque en los seguimientos esto sólo se observó en medidas de padres, pero no en las del niño o en estatus diagnóstico (Bernstein et al., 2005; 2008). Finalmente, el programa FRIENDS ha sido utilizado también con éxito en la escuela para la **prevención** de los trastornos de ansiedad, tanto universal

(dirigida a los niños en general) como indicada (dirigida a niños con síntomas leves) (Neil y Christensen, 2009). En este caso tiene 10 sesiones con los participantes, más 2 de refuerzo, y 2 sesiones informativas opcionales con los padres.

Otro programa derivado de los anteriores es el **Cool Kids (Chicos Tranquilos)** de Rapee et al. (2009a, 2009b), el cual tiene una versión para niños y otra para adolescentes (<http://www.psy.mq.edu.au/CEH/index.html>). El programa incluye reconocimiento de emociones, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad y exposición gradual. El programa se aplica en grupo durante 10 sesiones de 2 horas y el terapeuta dedica más o menos el mismo tiempo en cada sesión a niños, padres, y padres y niños juntos. El programa ha sido más eficaz que un grupo placebo de apoyo y atención en el que se ayudó a los participantes a comprender y expresar emociones (Hudson et al., 2009). Las mejoras con el programa *Cool Kids* son algo menores cuando los niños presentan comorbilidad con otros trastornos de ansiedad o trastornos externalizados y bastante menores cuando hay comorbilidad con trastornos depresivos (Rapee et al., 2012).

Según el metaanálisis de In-Albon y Schneider (2007), realizado con medidas de autoinforme de niños y adolescentes que presentaban diversos trastornos de ansiedad, el **tamaño del efecto pre-post** de la TCC fue 0,83 en ansiedad general, 0,85 en ansiedad fóbica y 0,70 en depresión. El tamaño del efecto global pre-post fue 0,86 (0,58 en los grupos placebo<sup>3</sup> y 0,13 en la lista de espera), mientras que el tamaño del efecto respecto a grupos control fue 0,66. El 69% de los pacientes que completaron el tratamiento (el 55,4% de los que lo iniciaron) dejaron de cumplir criterios diagnósticos de su principal trastorno de ansiedad; el primer porcentaje fue del 72% en seguimientos de 10,4 meses de media. No hubo diferencias en función de que el tratamiento fuera aplicado de forma individual o grupal (incluyera padres o no) o de que se centrara en el niño o en la familia (de forma individual o grupal). Las mejoras se mantuvieron hasta varios años más tarde, aunque los seguimientos más comunes no pasaron del año. Por otra parte, el tamaño del efecto fue mayor según los cuestionarios de los padres en comparación a los de los niños.

Ishikawa et al. (2007) presentan **tamaños del efecto de la TCC respecto a un grupo control** (lista de espera u otro tratamiento) (0,61), lista de espera (0,68) y otro tratamiento (0,27), los cuales son similares a los que pueden estimarse a partir del metaanálisis de In-Albon y Schneider (2007). Por tipo de medida, los tamaños del efecto en comparación al control fueron 0,36 y 0,43 en autoinformes de ansiedad y depresión respectivamente, 0,63 en cuestionarios de padres y 0,87 en medidas de diagnosticadores.

En el metaanálisis de Silverman, Pina y Viswesvaran (2008) la **TCC fue más eficaz que la lista de espera** en autoinformes de niños e informes de padres sobre síntomas de ansiedad y sobre otros síntomas considerados conjuntamente: depresión, miedo, problemas interiorizados (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión) y problemas exteriorizados (conducta delincuente y conducta agresiva). Los **tamaños del efecto en comparación a la lista de espera** para estos cuatro tipos de medidas fueron 0,44, 0,91, 0,41 y 0,63. Así pues, los efectos fueron mayores al considerar los informes de los padres (0,91 y 0,63) en comparación a los de los niños (0,44 y 0,41). De todos modos, estos autores utilizaron una fórmula muy conservadora que infravalora el tamaño del efecto.

Silverman, Pina y Viswesvaran (2008) **no hallaron diferencias entre la TCC individual sin padres, TCC grupal sin padres, TCC individual con padres y TCC grupal con padres** cuan-

---

<sup>3</sup> Este tamaño se redujo a 0,36 cuando de los cuatro estudios se eliminaron dos en que el “placebo” fue psicoeducación sobre la ansiedad y su tratamiento.

do consideraron el porcentaje de participantes sin diagnóstico principal, los informes de los padres y los autoinformes de los niños sobre síntomas de ansiedad. Hubo una tendencia no significativa a que la participación de los padres diera lugar a mejores resultados en autoinformes de los niños sobre otros síntomas. De todos modos, este metaanálisis, como los anteriores, **no estudió el impacto de las variables que pueden influir en la eficacia de la intervención con padres** (contenido del programa, edad de los niños, ansiedad de los progenitores). Por otra parte, el 62% de los pacientes que completaron el tratamiento dejaron de cumplir criterios diagnósticos de su principal trastorno de ansiedad. En estudios de seguimiento a largo plazo (3,3-7,4 años) revisados por Nevo y Manassis (2009), este porcentaje ha sido del 77%, aunque esta mejora puede ser debida en parte a efectos de maduración o la administración de tratamiento adicional.

En contraste con los metaanálisis anteriores, en el de Deveney et al. (citado en Rapee, Schnering y Hudson, 2009) se halló que la participación de los padres como co-clientes fue más eficaz a la hora de considerar el porcentaje de niños que habían dejado de presentar su trastorno de ansiedad (74% vs. 56%).

En resumen, y por lo que respecta a la **significación clínica** de los resultados, el **14-15%** de los niños **abandonan** el tratamiento (In-Albon y Schneider, 2007; Silverman, Pina y Viswesvaran, 2008). Según cálculos del autor, el **67% de los niños tratados puntúan dentro de la población funcional** en síntomas interiorizados (ansiedad, depresión, retraimiento) informados por los progenitores. Los porcentajes son 7% en grupos de lista de espera y 44% en grupos placebo, aunque este último porcentaje es probablemente una sobrestimación debida a la superposición entre placebo y TCC en un estudio. El **62-69%** de los niños tratados **dejan de cumplir criterios diagnósticos de su trastorno principal** en el postratamiento y un porcentaje similar (72%) en el seguimiento al año. El porcentaje de los que **dejan de cumplir cualquier trastorno de ansiedad** ha sido **53%** (51% con TCC y 61% con TCC más padres como co-clientes); los porcentajes han sido 8% en grupos de lista de espera y 16% en grupos placebo. Los datos mejoran en el seguimiento al año: un 69% de los niños tratados ya no presentan trastornos de ansiedad (66% con TCC y 75% con TCC más padres como co-clientes).

Las **mejoras conseguidas se mantienen o aumentan** en seguimientos de hasta 7 años, aunque la duración habitual ha sido de un año. En seguimientos a largo plazo (3,3-7,4 años) el 83% dejan de presentar su diagnóstico principal y el 72% no presentan ningún trastorno de ansiedad (Nevo y Manassis, 2009). Estos resultados son mejores que los del postratamiento, pero esto puede ser debido en parte a efectos de maduración o la administración de tratamiento adicional (presente entre el 30% y el 50% de los casos) (Kendall et al., 2004; Manassis et al., 2004). Se ha observado que en el seguimiento al año, un 14% de los niños recayeron y un 43% de los no recuperados (20% de la muestra tratada, 25% de la muestra seguida) terminaron por recuperarse (Soutam-Gerow, Kendall y Weersing, 2001). Entre el seguimiento al año y a los 6 años, el 13% de los niños recayeron y un 60% de los no recuperados (12% de la muestra tratada, 15% de la muestra seguida) terminaron por recuperarse (Barrett et al., 2001).

El porcentaje de niños que puntúan dentro de la población funcional **sobrestima** probablemente el porcentaje de niños recuperados. En efecto, sólo se exige que el niño pertenezca a la población funcional pero no se exige además que haya hecho un cambio estadísticamente fiable en la/s medida/s de interés. Algunos niños pueden satisfacer los puntos de corte sin haber mejorado significativamente porque ya estaban próximos a los mismos en el postratamiento o incluso ya los satisfacían en alguna de las medidas.

Hasta el momento sólo Kendall y Treadwell (2007) han estudiado el **papel mediador de las cogniciones** en la TCC de los trastornos de ansiedad en niños. Estos autores hallaron que los cambios en los pensamientos ansiosos, pero no en los positivos o neutrales, mediaron las mejoras

conseguidas con la TCC en autoinformes de ansiedad y depresión. Limitaciones de este trabajo es que la variable mediadora no fue medida antes que las variables dependientes (no se estableció la precedencia temporal) y que no se exploraron otros mediadores potenciales (p.ej., autoeficacia, reducción de la conducta de evitación).

**Variabes predictoras de los resultados de la TCC.** Según dos estudios con participación de los padres (en los que se enseñó a estos a ayudar a sus hijos a manejar la ansiedad, pero no a manejar sus propias alteraciones emocionales), predictores de peores resultados pueden ser: nivel de depresión y rasgo de ansiedad informados por el niño, comorbilidad con depresión, nivel de depresión, ansiedad, miedo y psicopatología general en los padres, percepción del niño de la disfunción familiar y de la frustración de sus padres con él, percepción de padres y madres de la disfunción familiar y percepción materna del estrés parental (Berman et al., 2000; Crawford y Manassis, 2001). Es posible que la psicopatología de los padres sea más problemática al tratar niños pequeños y al aplicar la terapia individualmente en vez de en grupo (Berman et al., 2000). La influencia negativa de la ansiedad de uno o ambos progenitores ha sido observada en varios estudios, aunque no en todos.

Con el programa *Coping Cat*, variables predictoras de peores resultados han sido una mayor sintomatología interiorizada (retraimiento, ansiedad, depresión) en el niño informada por otros, mayor nivel de depresión informado por el niño, más síntomas depresivos en la madre y mayor edad del niño (O'Neil y Kendall, 2012; Southam-Gerow, Kendall y Weersing, 2001). Ahora bien, la psicopatología de los padres no predice peores resultados cuando aquellos participan como co-clientes (Podell y Kendall, 2011). Con el programa FRIENDS, altos niveles de rechazo y de síntomas de ansiedad y depresión por parte del padre y, sorprendentemente, un alto nivel de calidez emocional materna informada por el niño han estado asociados a peores resultados (Liber, van Widenfelt, Goedhart et al., 2008). Asimismo, la gravedad de los síntomas ha predicho una mayor mejora, pero una menor recuperación (en términos de seguir cumpliendo o no el diagnóstico). La comorbilidad también predijo más modestamente una menor recuperación (Liber et al., 2010). Victor et al. (2007) hallaron que una mayor cohesión familiar predijo mejores resultados sólo en la TCC en que participaron los padres. El estrés parental o la psicopatología de los padres no fueron predictores, lo cual difiere de otros estudios, pero concuerda con Crawford y Manassis (2001), los cuales también utilizaron el Brief Symptom Inventory, a diferencia de otros trabajos. Rapee (2000) no halló que la satisfacción marital, la depresión de los padres, o la ansiedad materna afectaran a los resultados, pero sí la ansiedad del padre.

Variabes no predictoras de los resultados han sido las características demográficas, el tipo y gravedad del trastorno de ansiedad y el número de trastornos de ansiedad comórbidos. Sin embargo, algunos estudios han hallado una menor mejora en los niños mayores (Bodden et al., 2008; Southam-Gerow, Kendall y Weersing, 2001). **Variabes que podrían predecir el abandono** de la terapia son una menor sintomatología ansiosa, pertenecer a una minoría étnica y vivir con un solo progenitor (Kendall y Sugarman, 1997). Pina et al. (2003) no han confirmado estos resultados y Rapee, Abbott y Lyneham (2006) hallaron un mayor nivel de ansiedad y de otras medidas de psicopatología y un mayor número de trastornos comórbidos entre los que abandonaron. No se han estudiado hasta el momento otras variables que pueden ser más importantes, tales como relación terapéutica, falta de motivación, insatisfacción con el tratamiento e impedimentos ambientales (p.ej., económicos, horarios, etc.).

**Utilidad clínica de la TCC con niños.** Se considerarán aquí aspectos como la generalización a la práctica clínica habitual, viabilidad y eficiencia. Hasta el momento, sólo Farrell, Barrett y Claassens (2005) han estudiado en un trabajo no controlado el primero de estos aspectos. La TCC (programa FRIENDS) aplicada en una **clínica privada** obtuvo resultados positivos y comparables a los de los estudios controlados. Sin embargo la muestra fue muy pequeña y de los 18 niños, 7

presentaban sólo ansiedad subclínica; además los evaluadores no fueron independientes y no hubo seguimiento. Además, en el metaanálisis de Ishikawa et al. (2007), el tamaño del efecto fue menor en los estudios conducidos en otros centros que en clínicas universitarias.

Algunos estudios han ido dirigidos a lograr una TCC para niños ansiosos **más viable y más eficiente**. Así, Rapee (2000) halló que una versión abreviada (13,5 vs. 18 horas) del *Coping Koa-la* en grupo y con padres fue más eficaz que la lista de espera y los resultados se mantuvieron o incluso mejoraron al año. Los resultados fueron similares a los obtenidos con tratamientos más largos. Este programa abreviado no incluyó entrenamiento en comunicación y resolución de problemas para los padres ni relajación para los niños/adolescentes, aunque sí entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. La eficacia del programa no se ha visto afectada en el postratamiento por la presencia de comorbilidad, aunque en el seguimiento al año hubo un peor resultado en algunas medidas de los padres en los niños con trastornos comórbidos (Rapee, 2003).

Siguiendo en la línea de buscar programas más viables y eficientes, se ha visto que la **biblioterapia pura para padres** (sin intervención del terapeuta) ha sido algo mejor que la lista de espera para aquellos que la completan, pero mucho menos eficaz que la TCC grupal con la participación de los padres y con el doble de abandonos (32% vs. 16%) (Rapee, Abbott y Lyneham, 2006). La biblioterapia es claramente más eficaz que la lista de espera cuando es **apoyada por contactos telefónicos** o correos electrónicos iniciados por el terapeuta o por contactos iniciados por los padres (telefónica o electrónicamente). De estos tres tratamientos, aquel con apoyo telefónico (9 llamadas de 24,5 minutos de media cada una) fue claramente el más eficaz, fue seguido por la inmensa mayoría de los padres (a diferencia de los otros dos programas), sólo requirió 6 horas de media por parte del terapeuta (incluida la evaluación) y puede ser especialmente útil cuando no se tiene fácil acceso a los servicios cara a cara (Lyneham y Rapee, 2006). Los resultados de Leong et al. (2009) también sugieren la eficacia de una biblioterapia para padres apoyada telefónicamente.

Los autores anteriores han investigado también el programa **Cool Teens (Adolescentes Tranquilos) aplicado mediante CD-ROM**. Este programa autoaplicado durante 12 semanas y con el apoyo de ocho breves llamadas por parte del terapeuta ha funcionado mejor que la lista de espera (Wuthrich et al., 2012).

Spence et al. (2006) comprobaron que la eficacia de la TCC aplicada en grupo y con la participación de los padres fue similar a corto y medio plazo cuando la mitad de las sesiones (tanto de los niños como de los padres) se hicieron a través de **internet**. Ambos tratamientos fueron mejores que la lista de espera y las mejoras se mantuvieron al año. El tratamiento parcial a través de internet fue considerado satisfactorio y fue seguido por la inmensa mayoría de niños y padres. En un estudio posterior, la TCC aplicada íntegramente por internet y con un contacto mínimo con el terapeuta (dos llamadas telefónicas y correos electrónicos) fue superior a la lista de espera en el postratamiento, aunque los resultados parecieron más débiles que los obtenidos en otros estudios con TCC presencial. En cambio, las mejoras aumentaron a los 6 meses, de modo que los resultados fueron comparables a los de la TCC presencial en estudios anteriores (March, Spence y Donovan, 2009). En otro estudio con adolescentes (Spence et al., 2011), la TCC presencial y la TCC por internet fueron superiores a la lista de espera y no difirieron prácticamente entre ellas a corto y medio plazo. La TCC por internet comentada hasta aquí también ha resultado más eficaz que la lista de espera cuando ha sido aplicada con padres de niños de 3 a 6 años (Donovan y March, 2014).

Por lo que se refiere a un último aspecto de la utilidad clínica, la **satisfacción con la TCC**, esta ha sido evaluada en diversos estudios y ha sido elevada. Un ejemplo es el estudio antes citado sobre el programa FRIENDS (Barret, Shortt y Wescombe, 2001).

En otro orden de cosas, los estudios comentados hasta aquí han trabajado con niños mayores de 6 años, y en general, la media de edad ha sido de 10 ó más años. Algunos autores han desarrollado **tratamientos para niños más pequeños**. Así, Cartwright-Hatton, McNally y White (2005) presentan los resultados prometedores de una TCC para padres de niños de 4 a 9 años con problemas de ansiedad (no necesariamente trastornos). Monga et al. (2009) han elaborado una TCC grupal para niños de 5 a 7 años y con sesiones separadas para los padres. Mezclando niños con diversos trastornos de ansiedad, la TCC fue más eficaz que la lista de espera. Hirshfeld-Becker et al. (2010) hallaron que el Programa *Being Brave*, adaptado laxamente del *Coping Cat* para niños de 4-7 años y con intervención de los padres como co-clientes, fue más eficaz que la lista de espera para los trastornos de ansiedad en general y para el trastorno de ansiedad por separación, la fobia específica y la fobia social en particular; pero no para el TAG o la agorafobia. Las mejoras se mantuvieron al año. Más información puede verse en Puliafico et al. (2012).

Finalmente conviene mencionar los **programas de prevención** de los trastornos de ansiedad. La eficacia del programa FRIENDS, antes mencionado, ha sido superior a la de otros programas según el metaanálisis de Fisak, Richard y Mann (2011), aunque también hay un estudio en el que no ha sido superior a una condición de control de atención (Miller et al., 2011).<sup>4</sup> Ginsburg (2009) presenta el programa de afrontamiento y promoción de la fortaleza (CAPS), el cual se ha mostrado más eficaz que la lista de espera para prevenir los trastornos de ansiedad en el seguimiento al año (0% vs. 30%); la mayoría de los padres presentaban TAG. El programa va dirigido tanto a los niños (manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas) como a sus padres (manejo de la ansiedad, manejo de contingencias para reducir la sobreprotección y el control, habilidades de comunicación y resolución de problemas para reducir la crítica y el conflicto). Según el metaanálisis de Teubart y Pinquart (2011), los programas de prevención de la ansiedad tienen un efecto significativo en los aspectos y diagnóstico de ansiedad, depresión y autoestima tanto en el postest como en seguimientos de 8 meses de media. Los efectos en competencia social se dieron sólo en el postratamiento. Los programas de prevención selectiva produjeron un mayor tamaño del efecto que los programas de prevención universal.

Simon et al. (2012) han estudiado el coste/beneficio de un programa de prevención centrado en el niño o en los padres. En primer lugar, resultó más beneficioso realizar un programa de prevención que no hacerlo. El programa centrado en los padres fue el mejor cuando los padres fueron ansiosos. El programa centrado en el niño tuvo una mejor relación coste/beneficio cuando fue analizado desde una perspectiva sanitaria (costes directos) en vez de social (incluye también los costes indirectos), para los varones y para los niños de 10-12 años. Para algunos subgrupos (padres no ansiosos, niñas, niños de 8 a 10 años), la no intervención tuvo una mejor relación coste/beneficio.

En **Bragado (1994, págs. 135-137)** puede verse el tratamiento de un **caso con TAS**. Otro caso, el estudio de Miller, es presentado brevemente al hablar del rechazo escolar. Otros **ejemplos más o menos detallados** de casos, que presentaban también rechazo escolar, pueden consultarse en Chorpita et al. (1996), Hagopian y Slifer (1993), Hersen y Last (1985/1993, cap. 18), King, Ollendick y Tonge (1995, págs. 101-105), Oltmanns, Neale y Davidson (1995, cap. 22) y Reinecke, Dattilio y Freeman (1996, cap. 8).

## TRATAMIENTO MÉDICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR

---

<sup>4</sup> Existen también programas de prevención selectiva aplicados con padres de niños de preescolar que presentaban inhibición conductual y que han sido más eficaces que una condición control a los 3 años (Rapee et al., 2010).

## SEPARACIÓN

El tema ha sido revisado por Compton, Kratochwill y March (2007), King, Ollendick y Tonge (1995), Reinblatt y Riddle (2007) y Suveg, Aschenbrand y Kendall (2005). La **imipramina** ha obtenido mejores resultados que el placebo en un estudio. En un estudio más reciente de los mismos autores, más de la mitad de los niños que recibieron un tratamiento conductual familiar durante 4 semanas mejoraron significativamente; el resto recibió imipramina o placebo durante 6 semanas, pero no se observó ninguna diferencia entre ambas sustancias: ambos grupos mejoraron por igual. Así pues, no está clara la eficacia de la imipramina. En niños y adolescentes con TAS, trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, la **fluvoxamina**, la **fluoxetina** y la **sertralina** han sido superiores al placebo.

Con niños y adolescentes que presentaban fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, TAS o combinaciones de estos, Walkup et al. (2008) compararon TCC (una adaptación del programa **Coping Cat**), **sertralina**, la combinación de ambas y placebo. Los tres tratamientos fueron superiores al placebo, la TCC y la sertralina fueron igualmente eficaces y el tratamiento combinado fue el mejor de todos. Lamentablemente no hubo seguimiento.

## RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

### NATURALEZA DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

La fobia escolar se refiere a la **negativa prolongada a ir a la escuela por algún tipo de perturbación emocional relacionada con la situación escolar**. Según Berg (citado en Blagg, 1987), la fobia escolar se caracteriza por:

- Una **dificultad grave para ir al colegio** que frecuentemente provoca ausencias prolongadas del medio escolar. King, Ollendick y Tonge (1995) han operacionalizado una ausencia prolongada como dos o más ausencias en promedio por semana a lo largo de cuatro semanas.
- Una **grave alteración emocional** que incluye miedo intenso, explosiones de mal humor, tristeza y/o quejas de sentirse mal sin causa orgánica obvia cuando el niño se encuentra con la situación de tener que ir al colegio.
- **Permanecer en casa con el conocimiento de los padres** cuando se debería estar en el colegio; este criterio se cumple en alguna fase del curso del trastorno.
- **Ausencia de características antisociales** tales como robos, mentiras, vagabundeo, conductas de destrucción o conducta sexual inadecuada.

Aunque algunos autores han considerado a la fobia escolar como una manifestación del TAS, **se puede temer y evitar la escuela por motivos diferentes al de la ansiedad por separación**, tal como es el caso de muchos niños con rechazo escolar. La fobia escolar también es muy frecuente en niños con trastorno de ansiedad excesiva (generalizada), trastorno por evitación (fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo o depresión (Bragado, 1994; Echeburúa, 1993).

Hoy en día existe una tendencia a preferir el término **rechazo escolar** en vez del de fobia escolar para referirse a la negativa a asistir a la escuela o a la dificultad para permanecer en la misma basadas en perturbaciones emocionales; se considera que el primer término es más amplio y descriptivo y reconoce la heterogeneidad causal del problema. En efecto, el rechazo escolar es un **problema complejo que puede tener diversas causas** (King, Ollendick y Tonge, 1995; Sandín, 1997): a) miedo a separarse de los padres (posible diagnóstico de TAS); b) miedo a diversos eventos relacionados con la escuela (ser golpeado por un compañero, ser objeto de burlas, ser criticado en clase, hablar delante de la clase, ser enviado al director, hacer exámenes, desvestirse a la hora del deporte; posible diagnóstico de fobia específica o social); c) problemas de ansiedad generalizada o depresión (posible diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno afectivo). De estos tres subtipos, la fobia escolar correspondería al segundo. De todos modos, ni el rechazo escolar ni la fobia escolar corresponden a categorías diagnósticas aceptadas en el DSM-IV, DSM-5 o CIE-10

Junto a la distinción de **tres grupos clínicos primarios de evitadores escolares** (los caracterizados por ansiedad por separación, los de tipo fóbico y los ansiosos/deprimidos) hecha por King, Ollendick y Tonge (1995), se han distinguido también **dos tipos de fobia escolar** (véase Echeburúa, 1993, pág. 41 y Méndez, 1999, pág. 55): el tipo 1 (neurótico) con buen pronóstico y el tipo 2 (caracterial) que también responde al tratamiento conductual, aunque hay más fracasos y recaídas (Blagg, 1987). Esta tipología relaciona la fobia escolar con el contexto familiar, el cual está perturbado en el tipo 2: pobre comunicación entre los padres, mal ajuste psicológico de los padres (trastorno de ansiedad en la madre y de personalidad en el padre), poco interés del padre por la casa y por los hijos, escasa colaboración de los padres en el tratamiento. Sin embargo, esta clasificación es muy reduccionista y no se pueden incluir en ella muchos casos vistos en la clínica; además, no hay datos sobre su fiabilidad y validez.

El rechazo escolar debe distinguirse del **hacer novillos**. En este último caso, el absentismo escolar se produce sin permiso paterno, no se observan reacciones de temor, el niño no se niega a ir a la escuela, el niño suele permanecer en la calle y no en casa, el rendimiento escolar suele ser bajo, se suele desafiar a la autoridad escolar y suele haber conductas antisociales (robos, mentiras continuas, destrucción de propiedades, fugas de casa, peleas entre pandillas). Un análisis más detallado de las **diferencias** puede verse en **Echeburúa (1993, pág. 42)** o en **Méndez y Macià (1990)**.

En el rechazo escolar pueden distinguirse manifestaciones en varios sistemas de respuesta (Echeburúa, 1993; Méndez y Macià, 1990):

- **Sistema autónomo:** taquicardia, sudoración, palidez, sensación de mareo, ganas frecuentes de orinar, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarreas, dolor de cabeza, trastorno del sueño, pérdida del apetito.
- **Sistema cognitivo:** anticipación de consecuencias negativas asociadas a la escuela (castigo de los profesores, burlas o agresiones de los compañeros, fracaso académico), evaluación negativa de las propias capacidades, preocupación por ciertas reacciones somáticas como vomitar o la urgencia por orinar.
- **Sistema motor:** aparte de la tensión muscular elevada y los posibles temblores, el niño evita la escuela (se queda en casa) a través de medios como quejas de síntomas físicos, conducta negativista (no se viste, no desayuna, no encuentra las cosas, se encierra en su cuarto) o expresiones verbales de no querer ir a la escuela. Si se le lleva por la fuerza, puede pedir volver a casa, agarrarse a los padres o gritar. Una vez en la escuela, puede esconderse, escaparse de la misma, presentar rabietas o inhibirse totalmente (no habla, no juega).

## **EDAD DE COMIENZO Y CURSO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR**

El rechazo escolar tiende a comenzar en todas las edades, aunque se han señalado picos **a los 3-4 años, 5-6 años, 11-12 años y 13-14 años**, es decir cuando se comienza la escuela o se cambia de ciclo; también cuando se producen cambios de escuela. En niños pequeños el comienzo suele ser repentino, pero en niños mayores y adolescentes el desarrollo es más gradual y más grave; cuanto más tarde o más gradualmente comienza, peor es el pronóstico (Blagg, 1987; Bragado, 1994; Echeburúa, 1993; Marks, 1987/1991).

El rechazo escolar puede comenzar por quejas más o menos vagas ("el profesor es antipático", "los niños son unos pegones") y una actitud de desgana a la hora de ir a la escuela; los niños pequeños pueden no dar razón alguna. Esta renuencia surge ante estímulos específicos (lunes, vuelta de vacaciones, primer día de clase tras una enfermedad, cambio de clase o de escuela) y evoluciona hasta una negativa rotunda a ir a la escuela, precedida por síntomas de ansiedad e incluso síntomas físicos (náuseas, vómitos, dolor de cabeza, diarrea, dolor abdominal, dolor de garganta). Estos síntomas desaparecen normalmente cuando se permite al niño quedarse en casa y resurgen ante la posibilidad de ir al colegio. Algunos niños intentan ir a la escuela, pero se vuelven en el camino, mientras que otros se resisten incluso a levantarse de la cama, lavarse y vestirse (Echeburúa, 1993; Marks, 1987/1991).

Es más probable la presencia de psicopatología en la vida adulta en aquellos que fueron evitadores escolares que en sujetos control; por ejemplo, en un estudio, el 31% de los primeros con-

tra el 11% de los segundos habían recibido tratamiento psiquiátrico en los 15-20 años siguientes al tratamiento del rechazo escolar (en el primer grupo) (King, Ollendick y Tonge, 1995).

## **FRECUENCIA DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR**

La **frecuencia** del rechazo escolar ha oscilado entre el 0,4% y el 3%, aunque es menor del **1%** en la mayoría de los estudios; sin embargo, en un estudio la prevalencia fue del 0,4% cuando se utilizó como criterio el acuerdo de todos los informantes (niños, padres, maestros) y del 5,4% cuando bastó que un solo informante atribuyera al miedo las ausencias escolares. De todos modos, estos datos no cuadran con los de frecuencia del TAS; si un 4% de los niños presentan TAS y las tres cuartas partes evitan la escuela, debería haber por lo menos un 3% de evitadores escolares. Es posible que los criterios de rechazo escolar y la inclusión o no de los niños con TAS haya variado según los estudios.

Los miedos escolares intensos pueden llegar a afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años. El rechazo escolar ha sido más frecuente en uno u otro sexo según los estudios; esto podría ser debido a diferencias en el diagnóstico de las muestras estudiadas: aquellos con ansiedad por separación tienden a ser niñas y la mayoría de aquellos con rechazo escolar de tipo fóbico son predominantemente niños. Es posible que el rechazo escolar sea más frecuente entre los hermanos menores (Blagg, 1987; Echeburúa, 1993; King, Hamilton y Ollendick, 1988; King, Ollendick y Tonge, 1995).

## **PROBLEMAS ASOCIADOS AL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR**

Baja autoestima, depresión (especialmente en la adolescencia), fobias específicas, fobia social, problemas para comer y/o dormir, mayores probabilidades de desarrollar trastornos de ansiedad y afectivos en el futuro (Blagg, 1987; Echeburúa, 1993; Marks, 1987/1991). En un estudio, los diagnósticos más frecuentes en los evitadores escolares han sido: trastorno de ansiedad por separación (38%), fobia social (30%), fobia específica (22%), trastorno de hiperansiedad (25%) y trastorno depresivo mayor (13%); además, tanto la fobia social como la fobia específica no relacionadas con la escuela se dieron cada una en el 11% de los sujetos (King, Ollendick y Tonge, 1995).

## **GÉNESIS Y MANTENIMIENTO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR**

Seguiremos a Blagg (1987), Bragado (1994), Echeburúa (1993), King, Ollendick y Tonge (1995), Marks (1987/1991), Méndez y Macià (1990), y Ollendick y Mayer (1984) para enumerar los diversos factores implicados en la etiología y mantenimiento del rechazo escolar.

Algunos **factores predisponentes** al rechazo escolar pueden ser la existencia de trastornos de ansiedad (especialmente agorafobia) o de depresión en los padres, los cuales dificultan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento por parte del niño; el provenir de familias pequeñas y muy unidas en las que los niños mantienen relaciones muy estrechas o dependientes con sus padres; la sobreprotección por parte de los padres; la existencia de inhibición conductual ante los desconocidos y/o ansiedad por separación en el niño; y la presencia de ansiedad o temor moderado en situaciones escolares específicas.

Entre los **factores precipitantes y/o mantenedores** del rechazo escolar pueden distinguirse:

- **Acontecimientos vitales negativos:** muerte, enfermedad o separación de los padres (normalmente la madre), amigo íntimo o mascota; padecer una enfermedad, tener un accidente o sufrir una operación que obliga al niño a permanecer en casa o en el hospital largo tiempo.
- **Factores relacionados con la escuela:** cambio de colegio, de clase o de nivel académico; experiencias de ridículo, críticas, amenazas, daño físico o peleas con otros niños; profesor demasiado estricto, sarcástico o punitivo; trabajo escolar muy difícil (incluidas aquí las actividades de educación física); tener que participar en reuniones escolares e intervenir en público; hacer exámenes; estar con muchos niños o en una escuela muy grande; tener que hacer un largo y desagradable viaje hasta la escuela; experiencias traumáticas en la escuela (acoso sexual). Estas experiencias suelen generar cierto miedo en los niños, aunque algunos llegan a reaccionar con un nivel de miedo excesivo.
- **Factores relacionados con el niño.** Aparte de los miedos citados arriba, pueden influir el miedo a la separación de los padres; una mayor dependencia de estos; problemas de asertividad y de relaciones sociales; niveles excesivos de aspiración académica; estar acomplejado por algún aspecto de la apariencia física que puede ponerse de manifiesto en las clases o al desnudarse; celos exagerados de un hermano; angustia por la menstruación o la masturbación. Puede haber un bajo rendimiento escolar (en ciertas materias o en general) y/o un miedo al mismo debido a una serie de factores (niño, escuela, medio cultural). Algunos niños no quieren volver a la escuela porque no pueden explicar su ausencia a sus compañeros de un modo aceptable.
- **Factores relacionados con la familia.** Sobreprotección del niño por parte de uno o ambos padres; relación muy estrecha de la madre con el niño y relación distante con el marido; expectativas poco realistas sobre el rendimiento escolar del niño; falta de recursos de los padres para conseguir llevarlo a la escuela (p.ej., no poder manejar física o psicológicamente las rabietas del niño, no sentirse capaz de manejar a la vez tanto al niño como a sus hermanos más pequeños); desajuste marital; algún progenitor o la familia sale beneficiado de que el hijo se quede en casa (p.ej., una madre agorafóbica o deprimida) o de que presente un problema que permite no atender a otros problemas más dolorosos (p.ej., insatisfacción marital); conflictos entre los padres y la escuela; padres que valoran poco la educación escolar o que tienen actitudes negativas hacia la escuela.
- **Observación** en otros niños (hermanos, amigos, compañeros) de falta de asistencia a la escuela, de miedos de tipo escolar o de experiencias negativas relacionadas con la escuela.
- **Reforzamiento negativo** (prevención de la ansiedad o de posibles consecuencias negativas anticipadas, reducción de responsabilidades escolares) **y positivo** (atención, mimos, posibilidad de realizar en casa más actividades agradables como ver TV y levantarse tarde) de las conductas de evitación y de queja. También puede haber un reforzamiento por parte de los padres de las conductas de dependencia del niño. Algunos padres refuerzan la conducta de evitación del niño debido, por ejemplo, a su estilo educativo sobreprotector o a que obtienen algún beneficio de que los niños se queden con ellos (como en el caso de algunas madres agorafóbicas).
- Otras **consecuencias** de la fobia escolar, tanto a corto/medio plazo (retraso escolar, ais-

lamiento social, sentimientos de culpa) como a largo plazo: menores oportunidades para cursar una educación superior, problemas de empleo, dificultades sociales y mayor riesgo de trastornos psiquiátricos futuros (King y Bernstein, 2001).

Es necesario considerar varios de estos factores, variables según los niños, para explicar el origen y mantenimiento del rechazo escolar.

## EVALUACIÓN DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

King, Ollendick y Tonge (1995) aconsejan comenzar con una evaluación amplia del niño y su entorno (familia, escuela, compañeros) y pasar luego a analizar más específicamente todo aquello referido al rechazo escolar.

## EXAMEN MÉDICO

Las quejas somáticas (dolores abdominales, náusea, diarreas, dolor de cabeza) son frecuentes en los evitadores escolares y pueden contribuir al surgimiento y/o mantenimiento del trastorno. Por ello, conviene que el niño sea visto por un médico para descartar la existencia de posibles problemas médicos o para tratarlos caso de que estén presentes. Si estos problemas existen, conviene abordarlos antes de intervenir con el rechazo escolar (Blagg, 1987).

## ENTREVISTA

Es aconsejable entrevistar al niño, padres y maestro/s **por separado antes de hacerlo juntos** (al menos padres y niño) para obtener la percepción de cada parte. Blagg (1987) recomienda empezar por los **maestros** con un doble objetivo: establecer una buena relación con la escuela de cara a su colaboración y conocer el funcionamiento de la escuela con el fin de decidir si esta es apropiada para el niño. De no ser así esto último (p.ej., excesivo nivel de exigencia para el niño, existencia de una banda de matones que atemorizan al niño y que nadie puede controlar, conflicto grave entre los padres y la escuela), habrá que aconsejar un cambio de escuela. Ollendick y Mayer (1984) aconsejan entrevistar al niño antes que a los padres y maestros para obtener su cooperación explícita. Lo importante de todos modos, más que el orden, es que cada parte tenga la oportunidad de presentar su perspectiva por separado.

En cuanto a los **padres**, si son estos los que han solicitado ayuda, Blagg (1987) aconseja que se les pida enfáticamente que traigan a su hijo a la escuela para la entrevista, aunque sea por la fuerza. De este modo, se obtiene información sobre cómo los padres son capaces de manejar las protestas de su hijo, puede que los padres descubran problemas inesperados, se clarifica el problema del niño (ansiedad por separación, miedo a salir de casa y/o evitación escolar) y pueden investigarse sobre el terreno las ansiedades del niño relacionadas con la escuela. Por otra parte, la entrevista conjunta de padres y niño permitirá observar el tipo de interacciones que se establecen, las cuales pueden ser importantes de cara al tratamiento.

Si los padres han sido **forzados por las autoridades**, conviene asumir una doble línea de acción: a) empatizar con ellos reconociendo su resentimiento y b) enfocar la situación como un problema a resolver. Si los padres siguen reacios, puede enfatizarse que si no se les puede ofrecer ayuda, habrá que presentar el informe correspondiente a las autoridades y el asunto entrará en vía legal con las correspondientes consecuencias que pueden ser muy desagradables tanto para los padres como para el niño.

En la entrevista a los **niños** es frecuente que estos tengan dificultades para identificar las fuentes de su ansiedad, especialmente si son pequeños. Una opción es pedirle al niño que visualice y describa todo lo que ha ocurrido a lo largo de un día escolar; esta descripción es asistida por preguntas concretas: "¿qué ropa llevabas puesta?, ¿dónde estabas?, ¿con quién?, ¿qué hacías?, ¿y los otros?". Durante este proceso hay que estar atento a sus manifestaciones de ansiedad y los antecedentes de esta.

Un **modelo de entrevista** para evitadores escolares puede encontrarse en Blagg (1987). Las **áreas** que se investigan son las siguientes:

- **Niño.** Asistencia actual y pasada a la escuela (conviene consultar los archivos de la escuela) y factores relacionados con la falta de asistencia; características o síntomas del rechazo escolar y otros posibles problemas; conducta fuera de la escuela; actitudes hacia el problema de inasistencia escolar; funcionamiento intelectual y académico; características de personalidad; relaciones con los compañeros; historia evolutiva; tratamientos previos; aspectos que originan ansiedad en casa y en la escuela; otros aspectos mantenedores del problema en casa y en la escuela.
- **Familia.** Estructura y relaciones familiares; características de ambos padres; motivación de los padres para resolver el problema; fuentes de estrés y ansiedad para los miembros de la familia; costes y beneficios del rechazo escolar para los miembros de la familia; recursos de autoridad y control.
- **Escuela.** Motivación del personal para superar el problema del niño; organización y flexibilidad de la escuela; problemas generales existentes en la escuela.

Un modelo de entrevista diagnóstica para el rechazo escolar puede verse en King, Ollendick y Tonge (1995, págs. 35-38) tanto en la versión para niños como para padres. Las preguntas de esta entrevista forman parte de una versión previa de la **Entrevista para los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-C)** de Silverman et al. (1996, citado en Sandín, 1997); esta entrevista sigue los criterios del DSM-IV, incluye preguntas sobre cada trastorno de ansiedad que no son únicamente diagnósticas, proporciona puntuaciones sobre la gravedad de estos trastornos y contiene también ítems que muestrean trastornos del estado de ánimo.

## CUESTIONARIOS

**Escala de Evaluación del Rechazo Escolar** (*School Refusal Assessment Scale*; Kearney y Silverman, 1993, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Es un instrumento diseñado para poder identificar cuatro tipos de variables que pueden mantener el rechazo escolar: a) evitación de estímulos escolares que provocan miedo específico o ansiedad general (coger el autobús escolar, ser golpeado por un compañero, desnudarse para hacer deporte); b) escape de situaciones sociales o evaluativas aversivas (hacer un examen, hablar delante de la clase); c) conductas de búsqueda de atención que pueden reflejar preocupación por la separación (rabieta, decir que se está enfermo); y d) conductas que proporcionan reforzamiento positivo (ver TV, jugar). Esta última categoría es análoga a la de hacer novillos. La escala consta de 16 preguntas, cuatro por tipo de variable, valoradas de 0 a 6; se calcula una media para cada tipo, sin tener en cuenta los ítems no contestados, y se establece el rango de mayor o menor para ver cuáles son las variables mantenedoras principales. La escala original para niños puede consultarse en King, Ollendick y Tonge (1995); existen también versiones para padres y maestros.

**Escala Revisada de Evaluación del Rechazo Escolar** (*School Refusal Assessment Scale-Revised*; Kearney, 2002). Es una revisión de la escala anterior en la que se han añadido ocho nuevos ítems y se han modificado algunos de los existentes, en especial los referidos a la primera variable de mantenimiento con el fin de reflejar evitación de estímulos escolares que provocan una afectividad negativa general (ansiedad, depresión y quejas somáticas). La escala consta de 24 preguntas, seis por tipo de variable, valoradas de 0 a 6. Un análisis factorial confirmatorio ha apoyado los cuatro factores originales propuestos, aunque con dos ítems problemáticos en la versión para niños y tres ítems problemáticos en la versión para padres (Kearney, 2006). El instrumento puede consultarse en la fuente original tanto en su versión para niños como para padres.

**Escala Visual Análoga para la Ansiedad – Revisada** (*Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised*; Bernstein y Garfinkel, 1992). Evalúa la ansiedad en rechazadores escolares y permite identificar situaciones ansiógenas (p.ej., ser llamado por el maestro, viajar en el autobús escolar, pensar sobre ir a la escuela el lunes). Consta de 11 situaciones, ocho de ellas relacionadas con la escuela y tres, no (reacciones somáticas, cómo se siente uno en este momento y en general). Para cada situación, aparecen dos caras unisex, con expresiones diferentes y denominadas “inquieto/nervioso” y “tranquilo”; cada cara está en el extremo de una línea de 10 centímetros en la cual la persona debe poner una marca según su nivel reciente de ansiedad. Cada ítem es puntuado midiendo desde el extremo “tranquilo” la distancia en centímetros hasta la marca; luego, se obtiene la media de las 11 situaciones. La escala presenta tres factores: ansiedad anticipatoria/de separación, ansiedad de ejecución dentro de la escuela, ansiedad en general.

**Cuestionario de Autoeficacia para Situaciones Escolares** (*Self-Efficacy Questionnaire for School Situations*; Heyne et al., 1998, citado en King y Bernstein, 2001). Evalúa la percepción del niño respecto a su habilidad para manejar situaciones potencialmente ansiógenas tales como hacer los deberes, responder preguntas sobre la ausencia de la escuela y separarse de los padres durante el horario escolar. Presenta dos factores: estrés académico/social y estrés debido a separación/disciplina.

**Inventario de Ansiedad Escolar** (IAES; García-Fernández et al., 2011). El IAES es una medida de autoinforme que evalúa la frecuencia con la que los estudiantes experimentan ansiedad ante distintas situaciones escolares, así como el tipo de respuesta de ansiedad (cognitiva, psicofisiológica y conductual) ante dichas situaciones. El IAES se compone de 23 ítems relativos a situaciones escolares y 19 respuestas (9 cognitivas, 5 conductuales y 5 psicofisiológicas) a los que el sujeto debe responder a través de una tabla de doble entrada en la que en el eje horizontal se incluyen las situaciones escolares y en el eje vertical las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y conductuales. Por tanto, el sujeto debe leer cada situación en el eje horizontal y las respuestas en el eje vertical, indicando en la casilla correspondiente a la intersección de ambas la frecuencia de emisión de la respuesta ante la situación mediante una escala de 5 puntos (0 = *Nunca*; 4 = *Siempre*). El IAES presenta una estructura factorial compuesta por cuatro factores situacionales correlacionados (Ansiedad ante el fracaso y castigo escolar, Ansiedad ante la evaluación social, Ansiedad ante la agresión y Ansiedad ante la evaluación escolar) y tres factores de respuesta independientes (Ansiedad cognitiva, Ansiedad psicofisiológica y Ansiedad conductual).

**Inventario de Ansiedad Escolar - Breve** (IAES-B; García-Fernández et al., 2014). Esta versión breve del IAES evalúa la frecuencia de 5 respuestas cognitivas, 5 conductuales y 5 psicofisiológicas a 15 situaciones escolares generadoras de ansiedad. Presenta una estructura de tres factores correlacionados en relación con las situaciones escolares (Ansiedad sobre Agresividad, Ansiedad sobre la Evaluación Social y Ansiedad sobre el Fracaso Escolar) y una estructura de tres factores relativos a los sistemas de respuesta de ansiedad (Ansiedad Fisiológica, Ansiedad Cognitiva y Ansiedad Conductual).

**Inventario de Miedos Escolares** de Méndez (1988, puede verse en Méndez y Macià, 1990, y en Méndez et al., 1996). Consta de 49 experiencias o situaciones relacionadas con el colegio (más una abierta) que el niño (y/u otras personas) debe puntuar de 0 a 4 según el grado de miedo que le produzcan. Méndez y García-Fernández (1997, citado en Méndez, 1999) han desarrollado tres formas abreviadas de este inventario, todas las cuales pueden consultarse en Méndez (1999) y en Méndez, Orgilés y Espada (2008a), los cuales presentan también los datos normativos. La primera forma (Inventario de Miedos Escolares para Niños) está pensada para niños de 3 a 7 años. Consta de 25 ítems valorados con una escala nada/poco/mucho (0 a 2) y que se aplican en forma de entrevista; presenta cinco subescalas. La Forma II (Inventario de Miedos Escolares para Preadolescentes) va dirigida a niños de 8 a 12 años, consta de 28 ítems valorados con una escala nada/poco/mucho (0 a 2) que son contestados por los propios interesados y presenta cuatro subescalas (miedo al fracaso académico y al castigo, miedo al malestar físico, miedo a la evaluación social y escolar, y ansiedad anticipatoria y por separación). La Forma III (Inventario de Miedos Escolares para Adolescentes) está pensada para adolescentes de 13 a 18 años, consta de 33 ítems valorados de 0 a 4 y presenta seis subescalas. Estas versiones han sufrido algunas modificaciones, de modo que las definitivas pueden ser consultadas en Méndez y García-Fernández (2008).

También pueden emplearse el Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños (Ollendick, 1983, citado en Méndez y Macià, 1990) o el Inventario de Miedos (Pelechano, 1981, citado en Echeburúa, 1993 y Méndez y Macià, 1994); ambos son comentados en el tema de fobias específicas. El Inventario Revisado de Exploración de Miedos para Niños permite diferenciar a aquellos cuyo rechazo escolar está relacionado con la ansiedad por separación de aquellos cuyo rechazo escolar está relacionado con aspectos específicos de la escuela. Finalmente, el Cuestionario para Trastornos Emocionales Infantiles Relacionados con la Ansiedad, ya descrito al hablar del trastorno de ansiedad por separación, tiene una subescala de fobia escolar aparte de otras cuatro de pánico/síntomas somáticos, ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia social.

Cuestionarios de ansiedad general para niños son comentados en el tema de trastorno de ansiedad generalizada. Finalmente, puede ser útil emplear un cuestionario de depresión tal como el **Inventario de Depresión Infantil** (*Children's Depression Inventory*; Kovaks y Beck, 1977, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Consta de 27 ítems, cada uno de los cuales tiene tres breves afirmaciones que corresponden a respuestas normales ("me divierto en la escuela muchas veces"), síntomas depresivos moderados ("me divierto en la escuela sólo de vez en cuando") y síntomas depresivos graves ("nunca me divierto en la escuela"). El niño elige una afirmación en cada ítem, el cual es valorado de 0 a 2.

En aquellos casos en que la información disponible aconseje llevar a cabo una **evaluación de la familia** del niño, se dispone de varias medidas que fueron ya comentadas al hablar del TAS.

## AUTORREGISTROS

Cuando se emplean con niños pequeños hay que definir claramente las conductas a registrar (no más de dos y con ayuda de dibujos si es preciso), recordar el empleo del autorregistro y reforzar por el empleo adecuado de este. King, Ollendick y Tonge (1995) presentan un **ejemplo de autorregistro** en el que el niño hace dos calificaciones por la mañana y unas anotaciones al final del día. Por la mañana, califica sus sentimientos sobre ir a la escuela en una escala de 1 ("me siento feliz y bien") a 5 ("estoy tan nervioso y perturbado que sé que no puedo ir a la escuela hoy") y también lo enfermo que se siente de 1 ("no me siento enfermo hoy") a 5 ("siento que voy a vomitar y que no seré capaz de ir a la escuela hoy"). Al final del día, el niño indica si 1) fue a la escuela hoy, 2) permaneció en la escuela todo el día y 3) cómo fue el día en la escuela.

Un segundo **modelo de autorregistro** ha sido presentado por Beidel et al. (1991, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995). Cada vez que el niño se siente ansioso debe apuntar en una hoja pautada el momento del día, dónde estaba, el evento ansiógeno (se listan varios desde hacer un examen hasta salir a la pizarra, y se deja uno de tipo abierto) y lo que hizo. Este último apartado lista respuestas de diversos tipos (hice lo que se me pedía, me dije a mí mismo "no te pongas nervioso, todo irá bien", lloré) y deja una de tipo abierto. Además, el niño califica el grado de malestar experimentado marcando una figura que muestra grados crecientes de ansiedad desde 1 ("relajado") a 5 ("muy asustado o ansioso"). Un ejemplo de esta hoja de autorregistro puede verse en King, Ollendick y Tonge (1995, pág. 53).

Como parte del autorregistro ha sido frecuente emplear el **Termómetro de Miedo**. Se trata de una escala de 0 a 10 ó de 1 a 10 en la que el primer número indica ausencia de miedo y el último, un miedo extremo; una versión ha sido la escala de unidades subjetivas de ansiedad o malestar, la cual va de 0 a 100. Con niños, en vez de números pueden emplearse diagramas de barras de tamaño creciente o un termómetro dibujado con varios niveles diferenciados por color o por caras que expresan desde ausencia a miedo a miedo máximo (King, Hamilton y Ollendick, 1988; King, Ollendick y Tonge, 1995). El termómetro de miedo, en cualquiera de sus versiones, ha sido frecuentemente empleado en uno o más momentos a lo largo del día (p.ej., antes de salir para la escuela, en una clase difícil, etc.) o de los tests de evitación o aproximación conductual para evaluar ansiedad media y/o máxima.

## OBSERVACIÓN

Un modelo de registro de **observación** para ser empleado por los profesores puede encontrarse en Méndez y Macià (1990). En este **registro de asistencia a clase** se tienen en cuenta los siguientes aspectos: asistencia a clase (sí/no), falta justificada (motivo) o sin justificar, puntualidad (minutos que llega tarde, duración de las ausencias con y sin permiso, y otras conductas (llora, atiende). Otro ejemplo de sistema de observación más complejo y difícil de aplicar en la práctica diaria (la *Preschool Observation Scale of Anxiety*) es descrita en King, Ollendick y Tonge (1995).

Méndez y Macià (1990) presentan también dos registros de **calificación**. En el **registro de conducta académica** cada profesor evalúa semanalmente la realización de conductas escolares del niño de acuerdo con la siguiente escala: no presenta las tareas mandadas en toda la semana (0), presenta las tareas, pero están mal realizadas (1), presenta con retraso las tareas mandadas y están aceptablemente realizadas (2), presenta puntual las tareas y están aceptablemente realizadas (3), y presenta puntual las tareas y están muy bien realizadas (4). En el **registro de conducta social** los profesores califican cada semana las interacciones sociales entre el niño y sus compañeros según una escala de 0 (ninguna interacción) a 4 (muchísimas interacciones con gran interés mutuo y reciprocidad).

Otra sencilla **escala de calificación** pregunta a la madre cómo ha ido el niño durante la semana pasada, a lo cual debe contestar en una escala de 7 puntos que va de "asiste a las clases regularmente" a "rechaza completamente la escuela" pasando por "rechazo frecuente de la escuela: unos 2 días por semana" (Ollendick y Mayer, 1984).

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

La evidencia disponible hasta el momento es de tipo no experimental o cuasi-experimental,

salvo un par de estudios controlados. La mayoría de estudios son casos únicos. Para eliminar la reacción de ansiedad se han empleado diversas técnicas de **exposición**, graduada o no. Lo más frecuente ha sido emplear exposición en vivo sola o precedida por exposición imaginal en niños mayores de 8 años (aunque para que funcione bien puede ser necesario que el niño tenga al menos 10 años). Revisiones recientes del tema han sido realizadas por King y Bernstein (2001), King, Ollendick y Tonge (1995) y King et al. (2000).

Los ejemplos que se mencionan a continuación implican la exposición graduada en vivo, aunque pueden conseguirse resultados igual de buenos y más rápidos con la exposición no graduada (inundación); un ejemplo de este tipo de enfoque se verá al exponer más abajo el programa de Blagg (1987). De todos modos, la **exposición no graduada tiene varias desventajas**: a) Los padres la encuentran muy difícil y estresante, especialmente cuando tienen que acompañar al colegio a niños mayores. b) El personal de la escuela puede considerarla “inhumana”. c) El niño puede resistirse al procedimiento por encontrarlo muy exigente. En general, el enfoque graduado es el preferido y la elección debe depender del análisis de cada caso. La **graduación de la exposición** puede hacerse a lo largo de varias dimensiones: tiempo que se tarda en volver a la escuela, tiempo de permanencia en la misma, implicación en las actividades escolares.

Como ejemplo de **exposición graduada en vivo**, la siguiente jerarquía fue utilizada en el estudio de Garvey y Hegrenes (1966, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988): a) sentarse en un coche con el terapeuta delante de la escuela; b) salir del coche y acercarse al muro de la escuela; c) ir hasta la acera; d) ir hasta la parte de abajo de las escaleras de la escuela; e) ir hasta la parte de arriba de las escaleras; f) ir hasta la puerta de la escuela; g) entrar en la escuela; h) acercarse al aula con el maestro presente; i) entrar en el aula; j) sentarse en el aula con el maestro presente; k) sentarse en el aula con el maestro y uno o dos compañeros; l) sentarse en el aula con toda la clase presente. Este procedimiento se siguió durante 20 días consecutivos a razón de 20-40 minutos diarios.

En otro estudio (Tahmisian y McReynolds, 1971, citado en Ollendick y Mayer, 1984) **colaboraron los padres** de la niña de 13 años y se llevaron a cabo 15 pasos a razón de cinco por semana: 1) caminar alrededor de la escuela después del final de las clases durante 15 minutos acompañada por progenitor; 2) igual que el paso 1, pero sola; 3) igual que el paso 1, pero 30 minutos; 4) igual que el paso 1, pero sola y 30 minutos; 5) igual que el paso 4, pero 60 minutos; 6) caminar alrededor de la escuela mientras se desarrollan las clases durante 30 minutos acompañada por progenitor; 7) igual que el paso 6, pero sola; 8) igual que el paso, pero sola y 60 minutos; 9) asistir a la primera clase (60 minutos) con progenitor en el recibidor; 10) igual que el paso 9, pero con progenitor en el coche; 11) asistir a la primera clase, progenitor se ha ido; 12) asistir a dos clases (120 minutos) sola; 13) asistir a tres clases (180 minutos) sola; 14) asistir a todas las clases de la mañana, sola; 15) asistir a las clases de todo el día sola.

Miller (1972, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988) combinó la **desensibilización imaginal y en vivo** con un niño de 10 años que presentaba miedo a la separación de su madre, a su propia muerte (lo que le provocaba problemas de sueño) y a la escuela. Se entrenó al niño en relajación muscular y se reforzó esta respuesta con alabanza y dulces. La ansiedad por separación fue superada empleando una jerarquía de escenas imaginales que implicaban ir alejándose de la madre. La desensibilización a las escenas imaginadas de morir falló porque el niño no experimentaba ansiedad. Se le dijo que llamara al terapeuta por la noche cuando experimentara el miedo a morir y se le daban instrucciones para relajarse; de este modo se superó el miedo a morir. El miedo a la escuela se trabajó primero con desensibilización imaginal, lo que redujo su ansiedad, y después mediante una desensibilización en vivo con aplicación de la relajación cuando se sintiera ansioso. El niño tuvo que caminar hacia la escuela, permanecer en la puerta principal y luego volver a casa; el tiempo que tenía que pasar cerca de la escuela, y posteriormente en el aula, fue

incrementado gradualmente hasta conseguir el retorno a la escuela al cabo de cinco semanas.

Un tercer enfoque ha sido la **exposición a las peores consecuencias temidas**, también llamado terapia implosiva. Smith y Sharpe (1970, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988) lo aplicaron con éxito en el caso de un chico de 13 años cuya fobia escolar parecía basada en la extrema ansiedad producida por las clases de matemáticas y literatura; en particular, temía que se le pidiera intervenir en clase, temía ser incapaz de contestar correctamente las preguntas del maestro y anticipaba ser ridiculizado por compañeros y maestro. Se elaboraron nueve escenas que fueron presentadas hasta que se observó una reducción de la ansiedad. La séptima escena fue así: "El paciente es enviado a la clase de literatura por el director. La habitación esté oscura y extraña y las sillas han sido colocadas en los lados de la habitación. Los estudiantes comienzan a llenar en silencio la habitación. Está demasiado oscuro como para identificarlos. La tensión crece a medida que Billy (nombre del chico) se pregunta que sucederá. Los estudiantes le rodean, se acercan cada vez más y comienzan a murmurar: 'loco Billy' y 'estúpido, estúpido, estúpido'. Luego, empiezan a empujarle y a pegarle". (Curiosamente, la escena está redactada en tercera, en vez de en segunda persona.) Otras técnicas empleadas fueron la vuelta gradual a la escuela en cuatro fases y la retirada de las ganancias secundarias en casa por no ir a la escuela (ver TV e irse tarde a la cama).

También se han empleado **técnicas operantes** aplicadas en la escuela y el hogar y dirigidas a lograr la vuelta a la escuela mediante aproximación gradual (moldeamiento), aumentar el valor reforzante de la situación escolar (incrementando la aceptación de los compañeros, la realización de tareas interesantes y/o la aprobación de padres y profesores) y a disminuir los reforzadores cuando el niño se queda en casa sin ir al colegio (atención de los padres, ver TV en horas escolares, acostarse y/o levantarse más tarde). Hasta que las consecuencias naturales (buenas notas, buenas relaciones en la escuela) sean suficientes para mantener la asistencia a la escuela, será necesario emplear la alabanza y quizá reforzadores materiales o de actividad. Ha sido común combinar la exposición con las técnicas operantes. Cuando estas últimas se emplean solas, puede argüirse que el moldeamiento puede conceptualizarse como una forma de exposición gradual. De todos modos, el moldeamiento no presupone nada sobre la presencia o ausencia de ansiedad y la tarea se termina cuando llega a su fin o ha transcurrido el tiempo programado independientemente de la ansiedad del sujeto.

La aproximación operante puede apreciarse claramente en el estudio de Ayllon, Smith y Rogers (1970, citado en Blagg, 1987, y Ross, 1981/1987) con una niña de 8 años. Se emplearon **secuencialmente cuatro procedimientos** distintos en función de la respuesta de la niña al tratamiento. El desarrollo de este paso por paso y los resultados logrados pueden verse en **Herbert (1978/1983, págs. 326-327)**.

- a) Bajo la hipótesis de que la conducta de no ir a la escuela era fuertemente reforzada (poderse quedar más con la madre y luego con una vecina), se empezó con **moldeamiento**: la niña fue llevada a su clase por un asistente hacia el final de la jornada escolar y progresivamente se fue adelantando la hora de llegada, de modo que la niña permanecía más tiempo en la escuela; el tiempo que el asistente permanecía en clase fue también disminuyendo paulatinamente. Además, se utilizaron dulces como reforzadores.
- b) A pesar de haber sido capaz de permanecer en la escuela sin el asistente, cuando terminó el procedimiento anterior, la niña siguió negándose a vestirse por la mañana y a ir a la escuela con sus tres hermanos; esto le permitía quedarse una hora con su madre después de que sus hermanos hubieran ido a la escuela y hasta que aquella salía para trabajar. Por ello, se le dijo a la madre que **saliera a trabajar a la misma hora que los niños salían para el colegio**. A pesar de esto, la niña siguió quedándose en casa de la vecina.

- c) El tercer procedimiento consistió en que la **madre llevara a la niña a la escuela (si esta no salía voluntariamente)** y en establecer un **sistema motivacional en el hogar**. La madre recibió un cuadro con los nombres de sus cuatro hijos y los días laborables de la semana. Cada día que un niño iba a la escuela voluntariamente, recibía una estrella en el cuadro. Una estrella podía canjearse al final del día por tres caramelos; la asistencia no voluntaria era reforzada con un caramelo. Cinco estrellas en una semana fueron canjeadas por un regalo (viaje de fin de semana, trato especial, visitas). La asistencia mejoró, pero sin que la niña saliera para la escuela voluntariamente.
- d) El procedimiento final persiguió la asistencia voluntaria a la escuela e implicó **consecuencias aversivas para la madre si la niña no llegaba a la escuela**. La madre salió para la escuela 10 minutos antes que los niños. Si estos llegaban a la escuela no más de 15 minutos más tarde que la madre, recibían una estrella (se mantuvo el sistema motivacional de la fase anterior). Si la niña no llegaba, la madre tenía que caminar 1,6 kilómetros hasta casa para buscarla y traerla. Esto fue necesario en dos ocasiones; en la segunda la madre estaba tan enfadada que pegó a la niña, la arrastró a la escuela y no le dio la oportunidad de discutir o dar explicaciones. La madre dejó de ir antes a la escuela al cabo de una semana y el sistema motivacional se retiró después de un mes. La niña siguió yendo a la escuela sin problemas y con buen rendimiento académico, incluidos los seguimientos realizados a los 6 y 9 meses.

Las técnicas operantes pueden ser lo único que se necesite con aquellos niños que evitan la escuela con ansiedad leve y son reforzados inadvertidamente por padres y/o profesores. La vuelta a la escuela puede ser gradual o rápida.

Otra técnica que ha sido empleada en combinación con las anteriores es el **entrenamiento en habilidades sociales** de cara a manejar interacciones problemáticas con compañeros y/o maestros. Este enfoque fue seguido por Esveldt-Dawson et al. (1982, citado en Blagg, 1987) con una niña de 12 años que presentaba un extremo miedo y evitación de los varones no conocidos. El entrenamiento incluyó aspectos tales como postura corporal (especialmente la rigidez e inmovilidad de tronco y extremidades), signos de ansiedad (risa tonta, muecas faciales, tono de voz), mirada, afecto apropiado en las interacciones y contenido verbal de sus mensajes y respuestas. Ménendez y Macià (1990) también emplearon el entrenamiento en habilidades sociales con un fóbico escolar de 15 años que se sentía intimidado por varios compañeros y mostraba déficit de conducta asertiva. Las situaciones trabajadas fueron formular quejas, rechazar peticiones, manejar críticas y defender los propios derechos. El entrenamiento asertivo incluyó presentación de la situación a trabajar, discusión de las ventajas e inconvenientes de las diversas formas de comportarse (asertiva, sumisa, agresiva) en dicha situación, instrucciones y modelado sobre la forma de comportarse en dicha situación, ensayo de conducta, retroalimentación, reforzamiento y tareas entre sesiones (primero con la familia en casa y luego con compañeros en la escuela).

Las **técnicas cognitivas** también han sido empleadas como procedimientos de apoyo en el tratamiento del rechazo escolar; la idea es corregir pensamientos y creencias erróneos con el fin de conseguir o facilitar el cambio conductual y emocional deseado. Ejemplos concretos de la utilización de la reestructuración cognitiva y del entrenamiento autoinstruccional pueden verse en King, Ollendick y Tonge (1995, págs. 92-95).

Blagg y Yule (1984, citado en Blagg, 1987) llevaron a cabo un **diseño cuasi-experimental** (sin asignación aleatoria) en el que compararon el programa de Blagg descrito más abajo (en el cual la exposición poco o no graduada juega un papel fundamental), hospitalización y psicoterapia más escolarización en casa. Los resultados fueron positivos no sólo en la asistencia a la escuela (93% en el grupo de tratamiento conductual, 37% en el de hospitalización y 10% en el de psi-

coterapia), sino en otras medidas: ansiedad por separación, neuroticismo e introversión.

Hasta el momento se han llevado a cabo **muy pocos estudios controlados**. Last, Hansen y Franco (1998) no encontraron que 12 sesiones de TCC (**exposición graduada en vivo más entrenamiento autoinstruccional**) fueran más eficaces que un placebo de control de atención en el que los niños y adolescentes hablaban sobre sus miedos, pensamientos asociados a los mismos y formas de hacerles frente, pero sin recibir sugerencias específicas de exposición o afrontamiento. Ambos tratamientos llevaron a mejoras significativas que se mantuvieron o aumentaron en el seguimiento al mes.

King et al. (1998) hallaron que una TCC muy diferente a la anterior fue superior a la lista de espera en el postratamiento y los resultados se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses (también a los 3-5 años en un seguimiento posterior); no hubo comparación con un placebo. El porcentaje de días de asistencia a la escuela pasó de 61% a 94% en el grupo tratado, mientras que sólo lo hizo del 40% al 56% en el grupo control. También hubo diferencias en autoinformes de miedo, ansiedad y depresión, en una puntuación de problemas interiorizados (p.ej., retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión) informados por padres (no así por parte de los maestros) y en funcionamiento global. Las mejoras se mantuvieron 3-5 años más tarde (King et al., 2001). La intervención se aplicó a lo largo de 4 semanas e incluyó:

- **Terapia individual con el niño o adolescente** (6 sesiones). En la sesión 1 con los niños se identificaron situaciones ansiógenas en la escuela o en casa y las respuestas a las mismas, se justificó el tratamiento y se establecieron metas a lograr. En las sesiones 2-3 se enseñaron habilidades de afrontamiento (relajación, autoinstrucciones, conducta asertiva), autoevaluación y autorreforzamiento. Durante las sesiones 4-6 el niño aplicó todas estas habilidades en situaciones ansiógenas imaginales y en vivo, graduadas en dificultad; por ejemplo, se comenzaba volviendo a la escuela durante una clase o medio día. En la última sesión se revisó también lo hecho y se destacó la probabilidad de ocurrencia de los eventos estresantes y el papel de las habilidades de afrontamiento.
- **Trabajo con los padres** (5 sesiones). En la sesión 1 se explicó el programa de tratamiento y se enfatizó el papel de los padres para ayudar a sus hijos a superar la ansiedad y el rechazo de la escuela. Durante las sesiones 2-3 se llevó a cabo un entrenamiento en manejo de contingencias (establecimiento de rutinas en casa, no prestar atención a las quejas somáticas y comentarios negativos sobre la escuela, reforzamiento social o tangible de la conducta de afrontamiento y de la asistencia a la escuela). En las sesiones 4-5 se discutió el progreso en la vuelta a la escuela y se abordaron problemas como el sentimiento de culpa los padres o el miedo de estos al rechazo por parte del hijo como resultado de aplicar unas pautas disciplinarias firmes y consistentes.
- **Trabajo con los maestros**. Se mantuvo una reunión presencial para discutir el plan de tratamiento y el papel de los maestros para facilitar el retorno a la escuela. Se enfatizaron estrategias de manejo conductual tales como bienvenidas positivas, actividades planeadas y creación de un sistema de apoyo por pares para superar el aislamiento social o el rechazo por parte de compañeros. Hubo además un contacto telefónico regular para controlar el progreso del niño y resolver posibles dificultades.

Heyne et al. (2002) compararon en niños de 7-14 años (el 66% de 12 a 14 años) **tres tratamientos: dirigido a los niños, a los padres/maestros y a ambas partes**. Cada intervención fue aplicada individualmente a lo largo de 4 semanas durante 8 sesiones en los dos primeros casos y durante 16 en el tercero. La primera intervención incluyó relajación, habilidades sociales, terapia cognitiva y exposición graduada en vivo o desensibilización sistemática. La segunda incluyó en el

caso de los padres estrategias de manejo conductual (reducción del reforzamiento en casa en horario escolar, planificación de cómo acompañar al niño a la escuela, reforzamiento de la conducta de afrontamiento), comprensión de su papel en el cambio y técnicas cognitivas para manejar su propia ansiedad. Y en el caso de los maestros, preparación para el regreso del niño, ayudar a este a su llegada, reforzamiento positivo y extinción, y adaptación académica, social y emocional del niño. En el postratamiento el nivel de asistencia a la escuela fue significativamente mayor en los grupos en que estuvieron implicados padres y maestros; también estos grupos fueron mejores según algunas medidas de autoinforme de ansiedad o de informes de las madres sobre síntomas interiorizados. En el seguimiento ( $M = 4,5$  meses) no hubo diferencias entre los tres grupos. El 60% de los niños (35 de 58) asistían a la escuela al menos el 90% de los días, el 71% habían mejorado clínicamente en ansiedad, el 71% en depresión y el 69% habían dejado de cumplir criterios de trastornos de ansiedad. En resumen, **el tratamiento dirigido a ambas partes no fue más eficaz**, aunque faltaría investigar si esto es así en niños menores de 11 años. La intervención sólo con los padres puede estar indicada cuando el niño no presenta ansiedad o depresión elevadas.

Dada la multiplicidad de factores que pueden influir en un rechazo escolar, será necesario **diseñar el tratamiento teniendo en cuenta las variables pertinentes en un caso determinado**. Kearney y Silverman (1999) han presentado datos de que el tratamiento adaptado al análisis funcional del rechazo escolar del niño es más eficaz que el no adaptado. Un programa cognitivo-conductual dirigido al rechazo escolar es presentado detalladamente por **Kearney y Albano (2007a, 2007b)**, el cual incluye una guía para el terapeuta y otra para padres. Este programa incluye cuatro protocolos de tratamiento, uno para cada una de las cuatro principales razones por la que un niño puede rehusar ir a la escuela: liberarse del malestar relacionado con la escuela, evitar situaciones negativas de tipo social o de evaluación en la escuela, recibir atención de los padres o de otras personas allegadas y obtener recompensas tangibles fuera de la escuela. La intervención incluye técnicas de respiración y relajación, exposición, autorregistros, establecimiento de una rutina por la mañana y contratos escritos para favorecer la asistencia y desalentar la no asistencia al escuela.

El **programa de Blagg (1987)** tiene en cuenta los distintos factores que pueden estar implicados en el rechazo escolar y se describe a continuación. Este programa asume que se han descartado los problemas médicos, que la escuela actual es apropiada para el niño (si este problema o el anterior están presentes, habrá que ponerles solución), que el terapeuta ha establecido buenas relaciones con el niño, padres y personal de la escuela y se ha ganado su confianza, y que la evaluación inicial ha sido completada. El programa tiene siete componentes; si es posible, los seis primeros, junto con la evaluación inicial, se llevan a cabo a lo largo de la mañana en la escuela del niño.

### 1) Preparar a las partes

Tomando como punto de partida las entrevistas previas con maestros, padres y niño, el terapeuta vuelve a **entrevistarse nuevamente con cada una de estas partes** de modo que estas reciban un resumen de toda la información recogida, asuman los puntos de vista y aportaciones de los otros y obtengan una explicación del desarrollo y mantenimiento del problema. Se prepara así el camino para el tratamiento, el cual incluye el retorno inmediato a la escuela. (En casos graves o cuando el niño, padres o maestros muestran resistencia, la reincorporación puede hacerse progresivamente a lo largo de una semana. La idea es proceder tan rápido como sea posible.)

Con los **maestros**, lo importante es que comprendan aspectos importantes de la familia y el niño que desconocían o malinterpretaban, que acepten la posible influencia de factores escolares en el problema y que muestren flexibilidad y motivación para cambiarlos. Si esto último no está claro, terapeuta y maestros deberán discutir y acordar los posibles cambios de cara a presentar un

enfoque unitario delante de los padres. King, Ollendick y Tonge (1995) han señalado varios problemas escolares que hacen difícil el retorno a la escuela y que requieren la colaboración de la dirección y personal: a) absentismo relativamente alto entre los alumnos (y quizá también entre los maestros); b) grupo numeroso de estudiantes mayores atrasados sin que la asistencia a la escuela sea controlada o vista como motivo de preocupación; c) clases numerosas que dificultan que los maestros puedan dedicarse a niños individuales; d) muchos problemas disciplinarios, asociados frecuentemente a una baja moral del personal; e) sistema autoritario que deja poca autonomía a los maestros; f) maestros autoritarios que no pueden o quieren adaptarse a las necesidades de ciertos niños; y g) personal escolar ansioso y claramente dependiente de la aprobación y aceptación por parte de los niños.

En cuanto a los **padres**, hay que procurar reducir su posible ansiedad; para ello, conviene: a) interpretar el problema como algo transitorio y comprensible desde el punto de vista evolutivo; b) ayudar a racionalizar los posibles sentimientos de culpa (¿son los padres los únicos responsables del problema de su hijo o existen otros factores?); c) emplear el humor de forma sensible, sin caer ni en la seriedad absoluta ni en una actitud de tomarse las cosas a la ligera. Esto pudo haberse hecho ya en la entrevista inicial de evaluación. Con algunos padres, hay otros dos posibles aspectos importantes. A los padres que siguen mostrándose no colaboradores se les recuerdan las implicaciones legales caso de que el niño siga sin asistir a la escuela. A los padres que argumentan que su hijo está tan perturbado emocionalmente que no es razonable pensar en una escolarización normal, se les dice que entonces las alternativas son una hospitalización o una escolarización especial en régimen de internado. Luego, se discuten las consecuencias de estas alternativas y se comparan con las del retorno a la escolarización normal. Además, se enfatiza de nuevo lo comprensible que es el problema del niño y lo relativamente rápido que es solucionarlo.

Por lo que se refiere al **niño**, tras decirle que es un niño normal y darle una explicación de su problema, se le enfatiza la necesidad de volver a la escuela. Se discuten tres alternativas: retorno inmediato con ayuda (se mencionan algunos de los cambios a hacer en la escuela), hospitalización o escolarización especial en régimen de internado, y acción legal contra los padres y/o el niño que puede acabar con este último en un centro especial. Esto último hace ver al niño que es inútil que trate de manipular a sus padres para no ir a la escuela. Se le reconoce al niño que la vuelta inmediata a la escuela puede ser desagradable a corto plazo, pero que es lo mejor a largo plazo. Luego se le pregunta cuáles serían las tres peores cosas que tendría que afrontar si volviera a la escuela (p.ej., no saber qué decir a los amigos tras una larga ausencia, maestros críticos o irónicos, ponerse al día en trabajo escolar). Cada una de estas cuestiones es discutida con el niño y se le comunican las medidas que se tomarán para que no resulten problemáticas. Por ejemplo, se acordará con los maestros que no hagan los comentarios temidos y que ajusten el trabajo escolar; por lo que respecta a la primera cuestión, un medio útil es ensayar lo que el niño dirá a sus compañeros cuando le preguntan por qué ha faltado a la escuela (p.ej., "he estado enfermo y me han hecho muchas pruebas, pero ya estoy bien").

## 2) Confirmar la participación de las partes

El terapeuta se reúne conjuntamente con los padres y maestros para implicarlos activamente en la planificación del tratamiento; el niño no está presente en esta fase. Antes de considerar todos los detalles, los cuales se explican en los pasos siguientes, **ambas partes deben estar de acuerdo en** que a) la escuela es apropiada para el niño y no hay dificultades insuperables que requieran un cambio de escuela, y b) el retorno inmediato a la escuela es el mejor curso de acción.

Algunos padres, aceptan la escuela actual, pero sugieren una nueva escuela para que el niño

tenga una nueva oportunidad. El terapeuta debe a) señalar las dificultades asociadas al cambio de escuela (ajustarse a nuevos niños, maestros, estilos educativos...), y b) remarcar que el afrontamiento de las situaciones temidas ayuda a solucionar el problema y prepara para la vida adulta. Si los padres siguieran con su idea, una alternativa es considerar un cambio de escuela si en tres meses el niño no ha logrado adaptarse a la escuela actual.

### 3) Negociar las áreas que requieren cambio en la escuela

**Áreas realistas de preocupación.** Los padres necesitan estar seguros de que en la escuela se adoptan una serie de medidas pertinentes para manejar el problema. Lo primero es que maestros y padres discutan sobre cómo se abordarán las áreas realistas de preocupación. Estas áreas variarán según los casos, aunque algunas son muy comunes o incluso universales. Por ejemplo, hay que **recuperar el trabajo atrasado** y es preciso especificar cómo se logrará esto (faltar a ciertas lecciones y ponerse al día en una habitación aparte, tutorías individuales). Es importante asignar al niño tareas que pueda hacer con éxito y alabarle por sus progresos, y evitar el mandarle tareas desagradables o excesivas.

- En algunos casos habrá que especificar cómo se cortarán las **agresiones verbales o físicas** por parte de ciertos compañeros, las cuales suelen ocurrir en el patio o en el transporte escolar. Si atajar esto no es posible, habrá que acudir a otros medios: ir a la escuela de otro modo, poder permanecer en una habitación tranquila durante el recreo, dar al niño responsabilidades atractivas y/o, según los casos, entrenarle en habilidades sociales.
- Es importante que los profesores den la bienvenida al niño y **no le castiguen inadvertidamente por su ausencia** (p.ej., haciendo algún comentario al respecto, preguntándole en público sobre ella). Con los evitadores escolares introvertidos y sensibles debe **evitarse** en las primeras fases de retorno a la escuela **el singularizarlos** de alguna manera, tal como pedirle que responda preguntas en clase o lea en voz alta.
- Los pequeños **enfrentamientos con algún profesor** pueden ser mal comprendidos por los padres; es útil una reunión entre ambas partes para que los padres puedan escuchar el punto de vista del maestro. En el caso de conflictos más importantes que no puedan ser resueltos a través de la discusión, puede ser necesario un cambio de clase o de profesor.

**Miedos irracionales.** A pesar de los cambios habidos o prometidos, los miedos del niño pueden persistir. Un medio fundamental para combatir esto es que se **exponga** a la situación ansiógena (una clase, p.ej.), ya sea de golpe o de forma gradual (participando cada vez en más actividades de educación física, p.ej.); pueden enseñársele **estrategias** para reducir la ansiedad (imágenes emotivas, autoinstrucciones). Suele ser de ayuda el que el niño lleve un **autorregistro** en el que apunte su nivel de ansiedad subjetiva a lo largo de varios momentos del día escolar; esto le permite comprobar que la ansiedad es peor los primeros días, las primeras horas de cada día o al principio de ciertas clases, pero que luego dicha ansiedad se va reduciendo.

- En el caso de los niños que se sienten **claustrofóbicamente** en asambleas y reuniones, puede permitírseles que se coloquen cerca de la salida o que puedan abandonar temporalmente el acto sin permiso caso de sentirse mareados. Algunos niños pueden faltar, también temporalmente, a ciertos periodos de la asamblea siempre que aprovechen el tiempo para recuperar trabajo atrasado.
- Con los niños más problemáticos y que muestran ansiedad en muchas clases, puede emplearse una **reintroducción gradual al horario escolar**. La asistencia a la escuela es

completa desde el primer día, pero el niño no asiste a todas las clases desde el principio, sino, a lo mejor, a un par de ellas el primer día, a tres el segundo, etc. En los periodos libres el niño debe tener su tiempo ocupado de forma constructiva. [La **reintroducción gradual a la escuela** también puede conseguirse reincorporándose a la misma por tiempos progresivamente más largos hasta cubrir todo el horario escolar.]

- Aunque lo siguiente no es señalado por Blagg, los niños que tengan dificultades de interacción con sus compañeros y maestros pueden beneficiarse del **entrenamiento en habilidades sociales** y/o de programas dirigidos a reducir la ansiedad social (exposición simulada más autoinstrucciones o reestructuración cognitiva según la edad).

**Medidas prácticas.** Finalmente, hay una serie de medidas prácticas destinadas a asegurar que el tratamiento funcione. En las primeras fases del programa no es raro que aparezcan rabietas tremendas o intentos de escapar al llegar a la escuela. Deberá haber **dos maestros** que puedan retener físicamente al niño, caso de ser necesario, cuando los padres o el acompañante se vayan. Además, conviene fijar la **hora de llegada** a la escuela cuando haya pocos niños entrando para evitar que la perturbación del fóbico sea vista por sus compañeros. Esto puede conseguirse llegando muy pronto o, más probablemente, un poco más tarde que el resto cuando la primera lección ha empezado.

- Conviene disponer de un **área tranquila** donde el niño pueda tranquilizarse antes de empezar el día escolar. Este momento puede **aprovecharse para** recordar al niño el trabajo a hacer durante el día, mantener una charla tranquilizadora con uno o más maestros y poder hablar con uno o dos amigos o compañeros cuidadosamente escogidos y preparados que estén dispuestos a ayudarlo y a servirle de guía y apoyo durante las primeras semanas (p.ej., acompañándole en el patio y en las horas libres).
- Finalmente, es importante que el niño sepa gozar de los incentivos del día escolar y que **se refuerce** la asistencia a la escuela y el comportamiento no ansioso. Además, los maestros deben ignorar sus protestas y evitar el enviarle a casa cuando se queje de malestar físico. Los maestros deben ser avisados de que el escape de la escuela fortalecerá el problema y de que mantenerse firmes lo resolverá, aunque es probable que lleve a un incremento temporal en las protestas, rabietas y conducta perturbadora en general.

#### 4) Negociar las áreas que requieren cambio en casa

**Áreas realistas de preocupación.** Una vez que las medidas a adoptar en la escuela han sido abordadas, los padres están mejor dispuestos para tratar los cambios requeridos por su parte, los cuales dependerán de cada caso. Es frecuente que el niño perciba o interprete erróneamente ciertas experiencias en casa. Por ejemplo, el miedo a perder a uno o ambos padres puede surgir tras la muerte de un familiar o los comentarios sobre una enfermedad de uno de los padres. O bien, el niño puede ver peleas entre sus padres, pero no cómo se reconcilian. En estos casos, conviene hablar con el niño para darle las explicaciones oportunas y tranquilizarle, pero sin caer en la sobreprotección. En ocasiones, uno o más miembros de la familia requieren apoyo o tratamiento en áreas específicas, independientemente del tratamiento del niño, apoyo que, si se da, puede favorecer el retorno de este a la escuela.

**Miedos irracionales.** A pesar de todas las medidas anteriores, el niño seguirá manifestando una ansiedad residual a la hora de volver a la escuela. Por ello, y dado que se propugna un retorno inmediato y, si es necesario, forzado, a la misma, los padres deben saber **lo que deben y no deben hacer**: establecer rutinas diarias como preparación para ir a la escuela, no hacer preguntas al

niño de cómo se encuentra o de por qué no quiere ir a la escuela, no mostrar signos de malestar a través de la voz o de la expresión facial, pasar por alto las protestas y rabietas del niño, prestar la menor atención posible a sus quejas físicas (si dice que algo le duele, se le lleva al médico fuera del horario escolar), no hacer caso a promesas del tipo "mañana iré a la escuela", no someterlo a interrogatorio a la vuelta de la escuela sobre cómo se ha encontrado (tampoco preguntarle si ha tenido un mal día), alabar su asistencia a la escuela y remarcar las experiencias agradables que existen en esta. Los padres deben mostrarse tranquilos y firmes y evitar largas y tortuosas discusiones sobre los pros y contras de asistir a la escuela.

- Debe avisarse a los padres de que mostrarse vacilantes respecto a la vuelta al colegio será captado por el niño y alargará la resolución del problema. En cambio, **mantenerse firmes** lo resolverá, aunque es probable que lleve a un incremento temporal en las protestas, rabietas y conducta perturbadora en general. Como muchos padres pueden sentirse culpables al ver la perturbación de su hijo cuando lo dejan en la escuela, se les puede decir que **llamen a la escuela** cada día a una hora prefijada, sin que lo sepa el niño, para informarse sobre el progreso de este; de este modo, se les puede tranquilizar.
- En aquellos casos de evitadores escolares que dominan a unos **padres que no saben hacerse obedecer** (ya sea en lo relativo a ir a la escuela o en general), los padres deberán ser entrenados al respecto. A través de los componentes típicos del entrenamiento en habilidades (instrucciones, modelado, ensayos, retroalimentación) deberán trabajarse aspectos como: ganar la atención del niño, firmeza del tono de voz, evitar cadenas de órdenes o demasiadas explicaciones acompañando a las órdenes, dar órdenes específicas y directas (no en forma de pregunta), hacer cumplir las órdenes de una forma consistente, aplicar consecuencias por obedecer (p.ej., elogios) y no obedecer (p.ej., coste de respuesta).
- Si un niño presenta **ansiedad por separación**, además del retorno a la escuela habrá que trabajar la progresiva independencia y separación de las figuras de apego. Puede emplearse el abordaje previamente explicado al hablar del trastorno de ansiedad por separación.

**Medidas prácticas.** Debe **reforzarse** al niño por volver a la escuela, por permanecer en ella y por los progresos que va realizando. Aunque la alabanza suele ser suficiente, en algunos casos, pueden negociarse pequeños premios por asistir una o dos semanas a la escuela. Algunos niños **continúan quejándose de dolores de cabeza y/o estómago**. Debe decirseles que es algo normal dadas las circunstancias y que desaparecerán cuando recupere la rutina normal. No hay que preguntarles frecuentemente si se sienten bien, no hay que extenderse sobre el tema, no hay que darles medicamentos para el dolor y no hay que llevarlos frecuentemente al médico en horario escolar. Si los síntomas físicos persisten, hay que ir al médico fuera del horario escolar.

### 5) Encontrar un acompañante adecuado para lograr el retorno inmediato a la escuela

Como se trata de que el niño regrese al colegio lo más pronto posible mediante una exposición rápida, prolongada y, si es preciso, forzada, a la escuela (**inundación en vivo**), es necesario que una persona adecuadamente preparada le acompañe durante las primeras etapas de este proceso. Se aconseja que este papel lo hagan los padres; si estos no pueden o no se ven con fuerzas, algún familiar cercano (hermano mayor, abuelo) o amigo; si esto tampoco es posible, un trabajador social, un profesor o un psicólogo. Pueden ser necesarios dos acompañantes en el caso de que se prevea que un niño va montar un gran alboroto.

**El acompañante debe saber reforzar la conducta cooperadora** (p.ej., mediante alabanzas

o golosinas en niños pequeños) y **manejar las protestas** y rabietas del niño no prestándoles atención, no poniéndose nervioso y no cediendo a las mismas (puede emplear respiraciones profundas y autoinstrucciones). Por el camino, puede utilizarse la distracción y contar historias interesantes o divertidas, entonar melodías o proponer juegos (adivanzas, palabras que lleven cierta letra, etc.). Sirve poco o de nada ridiculizar al niño, reñirle, pegarle, hacer discursos sobre el valor o hablar sobre el problema (“¿cómo te encuentras hoy?”, “¿por qué no quieres ir al colegio?”). Por otra parte, el acompañante debe estar dispuesto a seguir acompañando al niño al colegio los días necesarios hasta que la ansiedad y las quejas disminuyan; esto no suele requerir mucho tiempo (2 semanas), por lo general, pero en algunos casos 2-3 meses pueden ser necesarios.

Es frecuente que los **padres varones** de los evitadores escolares no estén por la mañana a la hora de llevarlos al colegio o que sean ineficaces al respecto y dejen todo en manos de la madre. En estos casos, se aconseja implicar al padre para aumentar el control sobre el niño, evitar la posible confrontación entre padre y madre y facilitar que estos funcionen como una unidad.

**Si el acompañante no es de la familia**, se aconseja que un familiar se una al mismo por las siguientes razones: se muestra que la familia mantiene algo de responsabilidad en el manejo del problema; el acompañante funciona como un modelo de calma y firmeza a imitar; el acompañante queda protegido de posibles acusaciones de mal comportamiento hechas por el niño o la familia; y dos personas pueden ser necesarias si el sujeto es un adolescente.

#### 6) **Discutir el plan de tratamiento con el niño**

Terminado el trabajo anterior, se mantiene una reunión conjunta con los padres, maestros y niño para hacer un **resumen del plan de tratamiento**. Se le explica detalladamente al niño cómo funcionará el sistema de **acompañante**. Si solicita ir a la escuela solo o con un amigo, se le concede el tiempo que se estipula un tiempo límite para salir de casa y se acuerda el empleo del acompañante caso de que el niño no se haya sabido valer. Hay que hacer todo lo posible para **empatizar** con el niño. Con algunos niños puede ser útil el relatar historias de héroes que han afrontado y superado peligros y el emplear de modo similar la **imaginación emotiva** para hacer frente al retorno a la escuela.

A los **niños que protestan violentamente o amenazan** con no levantarse de la cama o escaparse, se les dice que hagan lo que hagan, irán a la escuela. Esto implica que si todavía están en pijama a la hora de salir, se les llevará así a la escuela y se les dará ropas para cambiarse cuando lleguen. Igualmente, si se escapan (lo cual debe intentar prevenirse), deben saber que se les encontrará y se les llevará inmediatamente a la escuela. En los casos más resistentes, habrá que retirar los cerrojos de casa y las barricadas potenciales de las habitaciones.

Terminada la explicación y si esta se ha llevado a cabo en la escuela, los padres abandonan la misma y el niño se queda. Si es necesario, los maestros le retienen físicamente. Generalmente, las rabietas y protestas cesan una vez que los padres se han ido.

#### 7) **Apoyo y seguimiento**

Todas las partes deben saber que el psicólogo seguirá de cerca el caso hasta que el problema se haya resuelto. Se planifica una **entrevista** 1-2 semanas después de comenzado el tratamiento y se mantienen **contactos telefónicos frecuentes** con la familia y la escuela durante la fase inicial de afrontamiento; posteriormente, puede haber contactos más espaciados a lo largo de varios meses. Hay que tener especial cuidado ante ciertos sucesos que podrían favorecer una **recaída**, espe-

cialmente si ocurren antes de haberse establecido una rutina normal de asistencia a la escuela; entre estos sucesos se encuentran: enfermedad que obliga a permanecer en casa, vacaciones, fines de semana largos, comienzo del curso, cambio de clase o profesor. Como señalan King, Ollendick y Tonge (1995), pueden programarse **sesiones de apoyo** cuando han ocurrido situaciones difíciles muy perturbadoras (p.ej., quedarse bloqueado al intervenir en clase) o, preventivamente, antes de la ocurrencia de ciertos eventos estresantes (exámenes finales, cambio de escuela, separación o divorcio de los padres).

Si surgen **problemas imprevistos** en casa, los padres deben avisar al psicólogo y a la escuela inmediatamente. Similarmente, si el niño no llega a la escuela o escapa de la misma, el psicólogo y los padres deben ser avisados en seguida. **Si el tratamiento no es aplicado debidamente** (padres con menos recursos de los creídos, acompañante que pierde los nervios, padres no conformes con el tratamiento, padres que obtienen un beneficio de que el niño no vaya a la escuela) o surgen **imprevistos** (enfermedad en la familia, cambio de maestro), habrá que explorar dónde radican los problemas y actuar en consecuencia.

El **programa de Blagg** (1987) ha resultado más **eficaz y eficiente** (en cuanto a número de sesiones de tratamiento) en un estudio que un grupo de hospitalización y un grupo de psicoterapia más escolarización en casa, aunque el diseño fue cuasi-experimental. El tiempo medio requerido para aplicar el programa citado fue sólo de 2,5 semanas (DT = 3,2) a pesar de incluir en la muestra muchos fóbicos escolares del tipo 2. Los resultados fueron positivos no sólo en la asistencia a la escuela, sino en otras medidas: ansiedad por separación, neuroticismo e introversión.

Hablando de los **resultados** del tratamiento de los evitadores escolares en general y de las **variables predictoras** puede decirse que los resultados para aquellos con 10 años o menos son muy buenos (95% o más de éxitos) sea cual sea el tipo o la orientación (conductual, psicodinámica) de la intervención. Los resultados para niños mayores de 10 años son menos favorables (del 35% al 60% de éxitos según los estudios), aunque el tratamiento conductual de Blagg ha conseguido un 93% de éxitos en un trabajo con 30 casos. Los fóbicos escolares del tipo 2 responden al tratamiento conductual, pero hay más fracasos que con los del tipo 1. Aquellos con una historia breve del trastorno son mucho más fáciles de tratar que los que llevan meses con el problema. Cuanto más tarde o más gradualmente comienza el trastorno, peor es el pronóstico. Los niños con padres muy motivados responden mejor al tratamiento (Blagg, 1987).

Por lo que respecta a la **variables mediadoras**, Maric et al (2013) hallaron datos favorables para la autoeficacia cuando se consideraron los resultados postratamiento, pero no a los 2 meses.

Estudios detallados de **casos** pueden verse en Blagg (1987) –el cual presenta seis casos diversos–, Coronado (2000), Hersen y Last (1985/1993, cap. 18), King, Ollendick y Tonge (1995, págs. 95-101) y Méndez y Macià (1990).

Los hijos de agorafóbicos, los niños que presentan ansiedad o temor moderado en situaciones escolares específicas y los niños que mantienen relaciones muy estrechas o dependientes con sus padres constituyen grupos de riesgo para el desarrollo del rechazo escolar. Estos grupos de riesgo pueden ser los receptores de programas de prevención del rechazo escolar. Una mayor información sobre este tema puede verse en Ollendick y Mayer (1984).

## TRATAMIENTO MÉDICO DEL RECHAZO ESCOLAR Y FOBIA ESCOLAR

El tema ha sido revisado por Reinblatt y Riddle (2007) y Compton, Kratochwill y March (2007). La **imipramina** (150 mg/día de media) resultó superior al placebo en un estudio en fobia y depresión con casos de corta duración con los que también se empleó psicoterapia conductual; sin embargo, en un estudio más reciente de los mismos autores, la imipramina no fue mejor que el placebo. La **clomipramina** (50-75 mg/día) no fue eficaz en otro estudio con casos crónicos (6 meses de media fuera de la escuela), aunque la dosis empleada fue baja. En otro estudio, la **imipramina y el alprazolam** no fueron mejor que el placebo con evitadores escolares mayores, aunque la mayoría tuvieron un trastorno depresivo comórbido y la potencia estadística fue baja (King, Ollendick y Tonge, 1995). Mientras no se realicen nuevos estudios, no está claro que el tratamiento farmacológico sea eficaz en el caso del rechazo escolar. Por el momento, parece mejor comenzar aplicando una intervención conductual y complementarla con medicación, caso de ser necesario.

Bernstein et al. (2000, 2001, citado en King y Bernstein, 2001) **compararon imipramina con placebo, ambos combinados con TCC** (exposición gradual en vivo y entrenamiento autoinstruccional), en una muestra particularmente grave: 63 adolescentes con rechazo escolar y trastornos comórbidos tanto de ansiedad como de depresión mayor. Los síntomas de ansiedad y depresión mejoraron en ambos grupos, pero la depresión mejoró más rápidamente en el grupo de imipramina más TCC. Las horas semanales de asistencia a la escuela aumentaron sólo en este último grupo. Considerando como remisión una asistencia de 75% o más del tiempo a la escuela, los porcentajes de adolescentes remitidos fueron 54% en el grupo de imipramina más TCC y 17% en el otro. En un seguimiento realizado 1 año después no hubo diferencias entre los grupos debido probablemente a los tratamientos posteriores recibidos y a que hubo una mayor participación en el seguimiento de adolescentes que habían obtenidos buenos resultados en el postratamiento. Se constató que el 64% de la muestra había recibido medicación psicotrópica y el 78% terapia psicológica, el 64% cumplía criterios para un trastorno de ansiedad y el 33%, para un trastorno depresivo.

Tabla 1. Sesiones para padres del programa FRIENDS.

<p>1ª Sesión</p> <p><b>F</b> <i>Feeling worried?</i></p> <p><b>R</b> <i>Relax and feel good</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre los componentes conductual, cognitivo y psicofisiológico de la ansiedad y cómo las estrategias enseñadas en el programa FRIENDS van dirigidas a cada uno de estos.</li> <li>- Explicación del acrónimo FRIENDS e ideas subyacentes del programa (p.ej., la importancia de hacer amigos).</li> <li>- Los padres discuten las sensaciones de ansiedad que experimentan sus hijos y generan ideas para ayudar a sus hijos a darse cuenta de estas señales corporales.</li> <li>- Los padres practican respiración profunda y relajación muscular progresiva.</li> <li>- Los padres discuten en pequeños grupos las actividades que sus hijos pueden realizar para sentirse bien cuando están ansiosos. También discuten modos de conseguir tiempo de tranquilidad para ellos mismos.</li> </ul>
<p>2ª Sesión</p> <p><b>I</b> <i>Inner thoughts</i></p> <p><b>E</b> <i>Explore plans</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individualmente, los padres describen sus pensamientos y sentimientos en tres situaciones.</li> <li>- En gran grupo los padres practican en cambiar una lista de pensamientos negativos a positivos.</li> <li>- Actividad por parejas (<i>Thought Terminator</i>). Los padres usan preguntas para ayudar a sus hijos a combatir los pensamientos negativos. También generan pensamientos alternativos para ayudar al niño a llevar a cabo la exposición con mayor confianza.</li> <li>- Los padres representan cómo ayudar al niño a desafiar los pensamientos negativos.</li> <li>- Los padres realizan actividades de papel y lápiz y conductuales del plan de resolución de problemas. Luego representan cómo ayudar a sus hijos a resolver problemas.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres diseñan un plan para el miedo a las arañas y comienzan a pensar en un plan paso a paso para su hijo.</li> </ul>
<p>3ª Sesión</p> <p><b>N</b> <i>Nice work, so reward yourself</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación de los conceptos de aprendizaje observacional, reforzamiento, elogio y extinción (ignorar).</li> <li>- Se enfatiza la importancia de reforzar a los hijos por las conductas de afrontamiento y de aprender a valorar la actuación en términos de éxito parcial y de fijar metas razonables y alcanzables.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres elaboran una lista de recompensas para sus hijos.</li> <li>- Los padres representan dar alabanza y retroalimentación específicas a su hijo y ayudarlo a ver las situaciones difíciles en términos de éxito parcial.</li> <li>- Se alienta a los padres a pensar cómo abordan las situaciones difíciles (¿las evitan o afrontan?) y sobre las consecuencias de esto para ellos y para sus hijos.</li> <li>- Los padres discuten en grupos sobre los modos de ser un modelo positivo para los hijos y sobre las estrategias para animar a sus hijos a afrontar lo que temen. Luego, representan cómo emplear estas estrategias.</li> </ul>
<p>4ª sesión</p> <p><b>D</b> <i>Don't forget to practice</i></p> <p><b>S</b> <i>Stay calm, you know how to cope now</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los padres elaboran una lista de cualidades y logros. Luego, la comparten.</li> <li>- Por parejas, los padres identifican cosas buenas en la familia. Discuten ideas para disfrutar del tiempo libre y para construir conjuntamente redes de apoyo social.</li> <li>- En pequeños grupos, los padres discuten modos de presentar un “frente unido” cuando tratan con los hijos. Esto incluye ideas para ayudar a otros adultos (p.ej., profesores) a manejar más eficazmente la ansiedad del niño.</li> <li>- Los padres identifican estrategias para mantener la mejoría, discuten las posibles dificultades y hacen planes para continuar practicando las estrategias aprendidas.</li> </ul>

Nota. Tomado de Shortt, Barrett y Fox (2001, pág. 528).

## REFERENCIAS

- Allen, J.L., Blatter-Meunier, J., Ursprung, A. y Schneider, S. (2010a). Maternal daily diary report in the assessment of childhood separation anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 252-259.
- Allen, J.L., Blatter-Meunier, J., Ursprung, A. y Schneider, S. (2010b). The separation anxiety daily diary: child version: feasibility and psychometric properties. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 649-662
- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson. (Original de 1994.)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington: Autor.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia - I: Naturaleza, etiología y evaluación*. Barcelona: Paidós.
- Bados, A., Reinoso, M. y Bedito, N. (2008). ¿Existe una relación específica entre la ansiedad por separación en la infancia y la aparición posterior de los trastornos de pánico y agorafobia? *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 16, 141-159.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., et al. (2010). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barmish, A. y Kendall, P.C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 569-581.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 459-468.
- Barrett, P. (2004a). *FRIENDS for life: Group leader's manual for children*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2004b). *FRIENDS for life: Workbook for children*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005a). *FRIENDS for life: Group leader's manual for youth*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barrett, P. (2005b). *FRIENDS for life: Workbook for youth*. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Barret, P. (2007). *Fun friends A parent's guide for building resilience on 4 to 7 year-old children*. Queensland, Australia: Pathways Health and Research Center.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Barret, P.M., Duffy, A.L. Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Barrett, P.M., Shortt, A.L. y Wescombe, K. (2001). Examining the social validity of the FRIENDS treatment program for anxious children. *Behaviour Change*, 18, 63-77.
- Barrington, J., Prior, M., Richardson, M. y Allen, K. (2005). Effectiveness of CBT versus standard treatment for childhood anxiety disorders in a community clinic setting. *Behavior Change*, 22, 29-43.
- Berman, S.L., Weems, C.F., Silverman, W.K., & Kurtines, W.M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, 31, 713-731.
- Bernstein, G.A., Bernat, D.H., Victor, A.M. y Layne, A.E., (2008). School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1039-1047.
- Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. i Tennison, D.A. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1118-1127.
- Blagg, N. (1987). *School phobia and its treatment*. Londres: Croom Helm.
- Bodden, D., Bögels, S., Nauta, M., De Haan, E., Rlingrose, J., Appelboom, C., et al. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bögels, S., M. Knappe, S. y Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33, 663-674.
- Bragado, M.C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, M.C., Carrasco, I., Sánchez, M.L. y Bersabé, R.M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2, 97-112.
- Brückl, T.M., Wittchen, H-U., Höfler, M. Pfister, H., Schneider, S. y Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 47-56.
- Caballo, V. E. (Dir.). (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Cartwright-Hatton, S., McNally, D. y White, C. (2005). A new cognitive behavioural parenting intervention for families of young anxious children: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 243-247.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Choate, M.L., Pincus, D.B. y Eyberg, S.M. (2005). Parent-Child Interaction Therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 126-135.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1996). A systematic replication of the prescriptive treatment of school refusal behavior in a single subject. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 281-290.
- Chu, B.C. y Kendall, P.C. (2004). Positive association of child involvement and treatment outcome within a manual-based cognitive-behavioral treatment for children with anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 821-829.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R. y Spence, S.H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 893-905.
- Cobham, V., Dadds, M., Spence, S. y McDermott, B. (2010). Parental anxiety in the treatment of childhood anxiety: A

- different story three years later. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 410-420.
- Coronado, A. (2000). Tratamiento conductual de la fobia escolar: Análisis de un caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 899-929.
- Crawford, A.M. y Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1182-1189
- Crawley, S. A., Kendall, P. C., Benjamin, C. L., Brodman, D. M., Wei, C., Beidas, R. S., . . . Mauro, C. (2012). Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*. Advance online publication. doi:[10.1016/j.cbpra.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.07.003)
- Cyranowski, J.M., Shear, M.K., Rucci, P., Fagiolini, A., Frank, E., Crochocinski, V.J., Kupfer, D.J., Banti, S., Armani, A. y Cassano, G. (2002). Adult separation anxiety: Psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 77-86.
- Donovan, C. L. y March, S. (2014). Online CBT for preschool anxiety disorders: A randomised control trial. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 24-35.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Ehrenreich-May, J. y Bilek, E.L. (2012). The Development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 41-55.
- Eisen, A.R. y Schaefer, C.E. (2005). Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment. Nueva York: Guilford.
- Farrell, L.J., Barrett, P.M. y Claassens, S. (2006). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change*, 22, 236-248.
- Fisak, B., Richard, D. y Mann, A. (2011). The prevention of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Prevention Science*, 12, 255-268.
- Flannery-Schroeder, E. C. y Kendall, P. C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Flannery-Schroeder, E., Choudbury, M. S. y Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 253-259.
- Flannery-Schroeder, E., Suvég, C., Safford, S., Kendall, P. C. y Webb, A. (2004). Comorbid externalizing disorders and child anxiety treatment outcomes. *Behaviour Change*, 21, 1-12.
- García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Martínez-Monteagudo, M.C., Marzo, J.C. y Estévez, E. (2011). Inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23, 301-307.
- García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Marzo, J.C. y Martínez-Monteagudo, M.C. (2014). Psychometric properties of the School Anxiety Inventory-Short Version in Spanish secondary education students. *Psicothema*, 26, 286-292.
- García-Fernández, J., Sánchez, J., Amorós, M. y Méndez, X. (2010). Psychometric properties of the School Fears Survey Scale for preadolescents (SFSS-II). *Psicothema*, 22, 502-506.
- García-Pérez, E.M. y Magaz, A. (1998). *Perfil de Estilos Educativos*. Bilbao: COHS Consultores.
- Ginsburg, G.S. (2009). The Child Anxiety Prevention Study: Intervention model and primary outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 580-587.
- Ginsburg, G.S. y Drake, K.L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescents: A controlled pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 768-775.
- Ginsburg, G.S., Siqueland, L., Masi-Warner, C. y Hedtke, K.A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43.
- Hagopian, L. P., Slifer, K. J. (1993). Treatment of separation anxiety disorder with graduated exposure and reinforcement targeting school attendance: a controlled case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 271-280.
- Herbert, M. (1983). *Trastornos de conducta en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Paidós. (Original de 1978.) Cap. 10.
- Hersen, M. y Last, C.G. (1993). *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1985.)
- Heyne, D., King, N.J., Tonge, B.J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M. y Ollendick, T.H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 687-695.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., . . . Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 498-510.
- Hudson, J.L., Rapee, R.M., Deveney, C., Schniering, C.A., Lyneham, H.J. y Bovopoulos, N. (2009). Cognitive behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 533-544.
- Hughes, A. y Kendall, P. (2007). Prediction of cognitive behavior treatment outcome for children with anxiety disorders: Therapeutic relationship and homework compliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 487-494.
- In-Albon, T., Meyer, A. H. y Schneider, S. (2013). Separation anxiety avoidance inventory-child and parent version: Psychometric properties and clinical utility in a clinical and school sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 689-697..
- In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H. y Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 164-172.
- Khanna, M. y Kendall, P. (2009). Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 981-986.
- Kearney, C.A. (2002). Identifying the function of school refusal behavior: A revision of the School Refusal Assessment

- Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 235-245.
- Kearney, C.A. (2006). Confirmatory factor analysis of the School Refusal Assessment Scale-Revised: child and parent versions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 139-144.
- Kearney, C.A. y Albano, A.M. (2007a). *When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Kearney, C.A. y Albano, A.M. (2007b). *When children refuse school: A cognitive-behavioral therapy approach. Parent workbook* (2ª ed.). Londres: Oxford University Press.
- Kearney, C.A. y Silverman, W.K. (1999). Functionally based prescriptive and nonprescriptive treatment for children and adolescents with school refusal behavior. *Behavior Therapy*, 30, 673-695.
- Kendall, P.C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P.C. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños: El gato valiente. Manual para el terapeuta + cuaderno de actividades. Madrid: Edimar.
- Kendall, P.C., Brady, E.U. y Verduin, T.L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J. y Webb, A. (2002a). *"The C.A.T. Project" manual for the cognitive-behavioral treatment of anxious adolescents*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Choudhury, M., Hudson, J. y Webb, A. (2002b). *"The C.A.T. project" workbook for the cognitive behavioral treatment of anxious adolescents*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mendel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: therapist manual* (3ª ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. y Hedtke, K.A. (2006b). *Coping Cat workbook* (2ª ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C., Hudson, J., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E. y Suveg, C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 282-297.
- Kendall, P.C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. y Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 276-287.
- Kendall, P.C. y Southam-Gerow, M.A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 224-230.
- Kendall, P. y Sugarman, A. (1997). Attrition in the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 883-888.
- Kendall, P.C. y Treadwell, K.R.H. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 380-389.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- King, N.J. y Bernstein, G.A. (2001). School refusal in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 197-205.
- King, N.J., Hamilton, D.I. y Ollendick, T.H. (1988). *Children's phobias: A behavioural perspective*. Chichester: Wiley. Cap. 6.
- King, N.J., Ollendick, T.H. y Tonge, B.J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D. y Ollendick, T.H. (2000). Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 20, 495-507.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. y Ollendick, T.H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.
- King, N.J., Tonge, B.J., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D. et al. (2001). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 85-89.
- Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C. y Gaab, J. (2013). The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 170, 768-781.
- Last, C.G., Hansen, C. y Franco, N. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
- Leong, J., Cobham, V., de Groot, J. y McDermott, B. (2009). Comparing different modes of delivery: A pilot evaluation of a family-focused, cognitive-behavioral intervention for anxiety-disordered children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 231-239.
- Legerstee, J.S., Tulen, J.H., Dierckx, B., Treffers, P.D., Verhulst, F.C. y Utens, E.M. (2010). CBT for childhood anxiety disorders: differential changes in selective attention between treatment responders and non-responders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 162-172.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M. y Sack, W.H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11,

377-394.

- Liber, J., van Widenfelt, B., Goedhart, A., Utens, E., van der Leeden, A., Markus, M., et al. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: has the role of fathers been underestimated? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 747-758.
- Liber, J., Widenfelt, B. M., Leeden, A. M., Goedhart, A. W., Utens, E. J. y Treffers, P. A. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *38*, 683-694.
- Liber, J., Van Widenfelt, B., Utens, E., Ferdinand, R., Van der Leeden, A., Van Gastel, W., et al. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*, 886-893.
- Lyneham, H.J. y Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1287-1300.
- Manassis, K., Avery, D., Butalia, S. y Mendlowitz, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy with childhood anxiety disorders: Functioning in adolescence. *Depression and Anxiety*, *19*, 209-216.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82*, 1163-1172
- Manassis, K., Mendlowitz, S.L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., et al. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1423-1430.
- Manicavasagar, V., Silove, D. y Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, *38*, 274-282.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R. y Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 146-153.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K., Stallings, P. y Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 554-565.
- March, S., Spence, S. H. y Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an internet-based cognitive-behavioural therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, *34*, 474-487.
- Maric, M., Heyne, D. A., MacKinnon, D. P., van Widenfelt, B. M. y Westenberg, P. M. (2013). Cognitive mediation of cognitive-behavioural therapy outcomes for anxiety-based school refusal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*, 549-564.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Masi, G., Mucci, M. y Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CSN Drugs*, *15*, 93-104.
- Méndez, F.X. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Beléndez, M. y López, J.A. (1996). Consistencia interna y validez del Inventario de Miedos Escolares (IME). *Ansiedad y Estrés*, *2*, 9-15.
- Méndez, F.X., Espada, J.P., Orgilés, M., Hidalgo, M.D. y García Fernández, J.M. (2008). Psychometric properties and diagnostic ability of the Separation Anxiety Scale for Children (SASC). *European Child and Adolescent Psychiatry*, *17*, 365-372.
- García-Fernández, J.M. y Méndez, F.X. (2008). Inventario de Miedos Escolares. En F.X. Méndez, M. Orgilés y J.P. Espada (coords.), *Ansiedad por separación*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F.X. Méndez y D. Macià (Eds.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: Libro de casos* (pp. 74-107). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X. y Macià, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy* (pp. 426-483). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2008a). *Ansiedad por separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F.X., Orgilés, M. y Espada, J.P. (2008b). *El niño sombra de sus padres*. Madrid: Pirámide.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S., y Shaw, B. F. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*, 1223-1229.
- Micco, J., Henin, A., Mick, E., Kim, S., Hopkins, C., Biederman, J., et al. (2009). Anxiety and depressive disorders in offspring at high risk for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 1158-1164.
- Miller, L. D., Laye-Gindhu, A., Liu, Y., March, J. S., Thordarson, D. S. y Garland, E. (2011). Evaluation of a preventive intervention for child anxiety in two randomized attention-control school trials. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 315-323.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *40*, 323-336.
- Muris, P., Meesters, C. y van Melick, M. (2002). Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group and a psychological placebo intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *33*, 143-158.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H. y Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, *26*, 99-112.

- Nauta, M.H., Scholing, A., Emmelkamp, P.M.G. y Minderaa, R.B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training," *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1270-1278.
- Neil, A. y Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208-215.
- Nevo, G. y Manassis, K. (2009). Outcomes for treated anxious children: A critical review of long-term-follow-up studies. *Depression and Anxiety*, 26, 650-660.
- Ollendick, T.H. y Mayer, J.A. (1984). School phobia. En S.M. Turner (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety* (pp. 367-411). Nueva York: Plenum.
- Oltmanns, T.F., Neale, J.M. y Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology* (4ª ed.). Nueva York: Wiley.
- O'Neil, K. A. y Kendall, P. C. (2012). Role of comorbid depression and co-occurring depressive symptoms in outcomes for anxiety-disordered youth treated with cognitive-behavioral therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 34(3), 197-209.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación*. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Pina, A.A., Silverman, W.K., Weems, C.F., Kurtines, W.M. y Goldman M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 701-705.
- Podell, J. y Kendall, P. (2011). Mothers and fathers in family cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 182-195.
- Puliafico, A. C., Comer, J. S. y Pincus, D. B. (2012). Adapting parent-child interaction therapy to treat anxiety disorders in young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 607-619.
- Rapee, R.M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.
- Rapee, R.M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52, 125-129.
- Rapee, R.M. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Rapee, R.M., Abbott, M.J. y Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 436-444.
- Rapee, R. M., Kennedy, S. J., Ingram, M., Edwards, S. L. y Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1518-1525.
- Rapee, R., Lyneham, H., Hudson, J.L., Kangas, M., Wuthrich, V. y Schniering, C. (2012). Effects of comorbidity on treatment of anxious children and adolescents: Results from a large combined sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 47-56.
- Rapee, R., Lyneham, H., Schneiring, C., Wuthrich, V., Abbott, M., Hudson, J. y Wignall, A. (2009a). *Cool Kids Anxiety Program Kit*. Sidney: Centre for Emotional Health, MacQuarie University.
- Rapee, R., Lyneham, H., Schneiring, C., Wuthrich, V., Abbott, M., Hudson, J. y Wignall, A. (2009b). *Cool Kids (Adolescent) Anxiety Program Kit*. Sidney: Centre for Emotional Health, MacQuarie University.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. y Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Roa, L. y del Barrio, V. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 329-341.
- Roberson-Nay, R., Eaves, L. J., Hettema, J. M., Kendler, K. S. y Silberg, J. L. (2012). Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. *Depression and Anxiety*, 29(4), 320-327.
- Ross, A.O. (1987). *Terapia de la conducta infantil*. México: Limusa.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Scaini, S., Ogliari, A., Eley, T. C., Zavos, H. M. S. y Battaglia, M. (2012). Genetic and environmental contributions to separation anxiety: A meta-analytic approach to twin data. *Depression and Anxiety*, 29(9), 754-761.
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., Adornetto, C., In-Albon, T. y Lavalley, K. (2011). Disorder-specific cognitive-behavioral therapy for separation anxiety disorder in young children: A randomized waiting-list-controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 206-215.
- Schneider, S., Blatter-Meunier, J., Herren, C., In-Albon, T., Adornetto, C., Meyer, A. y Lavalley, K. L. (2013). The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: A randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 932-940.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M. y Kessler, R.C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1074-1083.
- Shortt, A.L., Barrett, P.M., y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Curtis, J. y Blaszczyński, A. (1996). Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 167-179.
- Silverman, W., Pina, A. y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S., Weems, C.F., Lumpkin, P.W. y Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003.
- Simon, E., Dirksen, C., Bögels, S. y Bodden, D. (2012). Cost-effectiveness of child-focused and parent-focused interventions

- in a child anxiety prevention program. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 287-296.
- Smith, A. M., Flannery-Schroeder, E. C., Gorman, K. S. y Cook, N. (2014). Parent cognitive-behavioral intervention for the treatment of childhood anxiety disorders: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 156-161.
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C. y Weersing, V.R. (2001). Examining outcome variability: correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 422-436.
- Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., Chu, B. C., McLeod, B. D., Gordis, E. B. y Connor-Smith, J. K. (2010). Does cognitive behavioral therapy for youth anxiety outperform usual care in community clinics? An initial effectiveness test. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1043-1052.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.
- Spence, S.H., Holmes, J.M., March, S. y Lipp, O.V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 614-621.
- Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S., Gamble, A., Anderson, R.E., Prosser, S. y Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 629-642.
- Suveg C, Aschenbrand S.G. y Kendall P.C. (2005). Separation anxiety disorder, panic disorder, and school refusal. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 773-795.
- Teubert, D. y Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1046-1059.
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G. y Öst, L-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 185-200.
- Thyer, B.A. y Sowers-Hoag, K.M. (1988). Behavior therapy for separation anxiety disorder. *Behavior Modification*, 12, 205-233.
- Thienemann, M., Moore, P. y Tompkins, K. (2006). A parent only group intervention for children with anxiety disorders: Pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 37-46.
- Victor, A.M., Bernat, D.H., Bernstein, G.A. y Layne, A.E. (2007). Effects of parent and family characteristics on treatment outcome of anxious children. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 835-848.
- Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B. Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S., y Kendall, P.C. (2008). Cognitive-behavioral therapy, sertraline or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766.
- Waters, A., Ford, L., Wharton, T. y Cobham, V. (2009). Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a child + parent condition versus a parent only condition. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654-662.
- Wood, J.J., Piacentini, J.C., Southam-Gerow, M., Chu, B.C. y Sigman, M. (2006). Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 314-321.
- Wood, J., McLeod, B., Piacentini, J. y Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 301-316.
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Cunningham, M. J., Lyneham, H. J., Hudson, J. L. y Schniering, C. A. (2012). A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51,