

FOBIA ESCOLAR: UNA REVISIÓN DE LOS ASPECTOS NOSOLÓGICOS Y DE TRATAMIENTO.

ANTONIO CORONADO HIJÓN

RESUMEN

A lo largo de la escolaridad obligatoria, un preocupante número de alumnos y alumnas presentan altos niveles de ansiedad y temor relacionados con el ambiente escolar, que les impiden asistir al colegio con regularidad, desembocando frecuentemente en el abandono de su escolarización.

Aunque no ha existido mucho acuerdo en el encuadre nosológico y terminológico en el que enmarcar este trastorno, si están claras y probadas las técnicas de Modificación y Terapia de Conducta que son eficaces, en un corto espacio de tiempo, para su resolución.

En esa dirección este trabajo quiere ser una revisión de la evolución de la terminología clínica referida a este trastorno así como del diagnóstico diferencial, de los modelos psicológicos explicativos y de las técnicas conductuales y cognitivas que se han mostrado más eficaces.

Palabras clave: FOBIA ESCOLAR, REVISIÓN, TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA.

SUMMARY

It is highly astonishing the number of students who, throughout compulsory education, show extraordinary levels of anxiety or fear related to the scholar situation, which both prevents them from regular attendance and makes them leave school at once.

Though experts have not still come to terms about how to classify this disorder from a nosological and terminological point of view, proper changing behaviour techniques and with a quick answer have proved right.

Therefore, this paper goes through the evolution of clinical terminology as far as this mental disorder of school phobia, a contrastive diagnosis, some psychological samples and the most positive cognitive-behavioural techniques.

Palabras clave: SCHOOL PHOBIA, EVOLUTION, BEHAVIOUR TECHNIQUES AND THERAPY.

I. Introducción.

Los guerreros de la Grecia clásica, acudían al dios *Fobos* para invocarle que inculcara el miedo o temor a sus enemigos de guerra y , antes del combate, pintaban el rostro de la citada divinidad sobre la máscara y los escudos. De ahí deriva que fobos/fobia se utilice en la terminología psicopatológica con la acepción de miedo o temor hacia algo.

En el transcurso de la escolaridad, algunos alumnos presentan de manera repentina o gradual, un fuerte y persistente temor y rechazo a asistir al colegio que perturba significativamente su proceso educativo y que puede desembocar en un

importante absentismo escolar. Este trastorno de ansiedad se ha venido denominando desde antiguo (Broadwin, 1932) como *fobia escolar*.

La fobia escolar es uno de los términos más empleados en el ámbito clínico-pedagógico de los trastornos de ansiedad en edad escolar. A pesar de su frecuente utilización para designar el miedo y resistencia intensos que experimentan algunos niños a asistir al colegio, no existe aún acuerdo diagnóstico sobre su delimitación como entidad clínica.

Nueve años después de que Broadwin utilizara el término de fobia escolar, Johnson y colaboradores (1941) publicaron un artículo con el mismo título. Posteriormente, el propio Johnson cambió la definición de este trastorno por el de *ansiedad de separación* (Estes, Haylett y Johnson, 1956), denominación que ha prevalecido en la clasificación diagnóstica psiquiátrica; prueba de ello es que a partir de la aparición de la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM III, 1980) que edita la Asociación Psiquiátrica Americana, la fobia escolar comienza a perder un lugar propio en la terminología diagnóstica. No aparece tampoco como entidad clínica en las posteriores revisiones y ediciones (DSM III-R 1987 y DSM IV 1994) ni en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10, 1992) realizada por la Organización Mundial de la Salud, aunque algunos autores (Toro 1986) lo consideran como el trastorno más significativo en edad escolar, si atendemos fundamentalmente a criterios clínicos como el grado de interés y preocupación que muestran los padres por resolver el problema de su hijo.

En la amplia revisión de Graziano, DeGiovanni y García (1979) sobre el tratamiento conductual de los miedos infantiles, se mostraba que, de un total de 130 niños tratados (casos expuestos en las 40 publicaciones analizadas), 112 (86%) presentaban fobia escolar.

En un estudio realizado por Gittelman- Klein y Klein (1985), la ansiedad de separación estaba presente en casi el 80% de los niños diagnosticados con fobia escolar, pero sólo alrededor del 35% de la mayoría de los estudios (Last, Francis, Hersen, Kazdin y Strauss, 1987; Ollendick y Mayer, 1984).

Es obvio que la asistencia a la escuela acarrea la separación de los padres, por lo que los niños que muestran ansiedad de separación pueden negarse a ir a la escuela, aunque esto no es así en todos los casos. El rechazo a la escuela puede estar provocado por alguno o varios aspectos específicos de la situación escolar, como la relación con los compañeros, con algún profesor, salir a la pizarra, realizar exámenes, realizar ejercicios de gimnasia, etc., mostrándose así como dos problemas distintos. Es decir, en unos casos la resistencia a asistir a la escuela pueden estar inducidas por un intenso miedo a separarse de los padres, mientras que en otros por el miedo concreto y específico al colegio (Last y col, 1987; Méndez y Maciá, 1990; Echeburúa, 1993).

Siguiendo la clasificación nosológica actual, la fobia escolar se nos muestra como un trastorno complejo, que más que tratarse de una entidad clínica independiente, aparece como un conjunto de síntomas generados por otros trastornos como, y fundamentalmente, un trastorno de ansiedad de separación de los padres (TAS), una fobia específica (temor a las agresiones de compañeros), una fobia social (temor a las críticas de profesores o compañeros), o bien por un trastorno obsesivo-compulsivo (temor a ensuciarse, contagiarse, etc...) (Bragado, 1993) (Sandín y Chorot, 1995), (Coronado 2000).

Desde esta perspectiva clínica, y en el caso de que aún fuese necesario utilizar el término *fobia escolar*, quedaría circunscrito a aquellos casos de rechazo y evitación escolar motivados por el miedo a una situación determinada del entorno escolar y por

tanto pudiendo ser diagnosticados como un tipo de fobia específica situacional (Sandín 1997).

II. Características clínicas.

Las manifestaciones fóbicas suelen comenzar en forma de quejas (“el profesor me tiene manía”, “los niños me quieren pegar”, etc...) que desembocan en una cada vez mayor desgana en asistir al colegio, acompañado de un malestar emocional también cada vez mayor.

Se han identificado una serie de estímulos y factores desencadenantes de la fobia escolar relacionados con dos tipos de variables (Ollendick y Mayer, 1984):

- a) Sucesos relacionados con la escolaridad; como el cambio de colegio o de etapa escolar, el miedo al ridículo, el miedo a las críticas o peleas con compañeros, el temor a un profesor muy estricto, o el miedo a fracasar académicamente, etc...
- b) Eventos vitales negativos; como enfermedades del niño que le obligan a permanencias prolongadas en el hospital, separaciones de los padres, el fallecimiento de alguno de ellos, etc...

Desde una perspectiva clínica, el malestar intenso asociado al hecho de asistir al colegio, se observa en síntomas físicos de ansiedad (trastornos del sueño, pérdida de apetito, náuseas y vómitos, dolor abdominal, taquicardia, dolor de cabeza, etc...) y en la proliferación de pensamientos negativos relacionados con la escuela (miedo al ridículo por parte de los compañeros, evaluación negativa de sus posibilidades académicas, a la evaluación negativa de los profesores, etc...), así como de una relación muy dependiente con la madre y de múltiples temores inespecíficos (a la oscuridad, los fantasmas, etc...).

Esta sintomatología que se produce incluso dentro de la cadena de conductas que preceden a la asistencia al colegio como, levantarse de la cama, desayunar, asearse, vestirse, etc. va aumentando gradualmente ante ciertos estímulos discriminativos, como el primer día de clase tras las vacaciones o después de una enfermedad, los lunes, etc. El resultado es una conducta de evitación que impide, consecuentemente, la normal escolarización del niño, llegando en algunos casos al abandono total de la escuela. Por el contrario, cuando el niño no asiste al colegio desaparece su sintomatología fóbica.

El temor al colegio es más frecuente en los momentos de transición (cambios de etapa educativa o de colegio). Afecta más a los alumnos que a las alumnas. El comienzo suele ser repentino en alumnos de menor edad, mientras que en los alumnos mayores o adolescentes el desarrollo es más gradual, de carácter más intenso y con peor pronóstico (Jiménez, 1995; De Corral y Echeburúa, 1996).

III. Diagnóstico diferencial.

Es importante separar las características de la *fobia escolar* de la *ansiedad de separación (TAS)* y del *rechazo escolar*.

La diferenciación con el *trastorno de ansiedad de separación* en el que el niño presenta un miedo intenso a separarse de sus padres (frecuentemente la madre), constituye un necesario requisito ya que por ese mismo hecho, la negativa o resistencia a ir al colegio es frecuente también en este trastorno (TAS).

Aunque se dan casos en los que ambos trastornos aparecen simultáneamente en el mismo niño, se trata de dos problemas distintos. La resistencia a asistir a la escuela puede estar inducida también por aspectos específicos del ambiente escolar, como el tipo de relación que se tenga con los compañeros, la relación con algún profesor, mayor dificultad ante las tareas escolares, etc...

Aun así el diagnóstico diferencial entre la ansiedad de separación y la fobia escolar, no tiene por qué ser complicado. Last (1993) dice que para distinguir la ansiedad de separación de un trastorno de fobia escolar, lo más conveniente es averiguar dónde está el niño cuando no está en el colegio. En el trastorno de ansiedad de separación (TAS), los niños cuando evitan asistir al colegio, siempre permanecen en casa y/o junto a la figura de apego principal. Sin embargo, los alumnos con fobia escolar no se constriñen a estar en casa y/o con su madre (frecuentemente), sino que pueden estar en la calle, o realizando alguna otra actividad social cuando no asisten al colegio.

Last y cols. (1987) realizaron una investigación en la que compararon los aspectos clínicos y miedos asociados al TAS y al trastorno por fobia escolar, en una muestra de niños que presentaban los criterios DSM-III para estos trastornos.

La primera conclusión que observaron era que cada trastorno representaba una población distinta. Los que sufrían TAS eran predominantemente niñas, prepuberales y de familias de bajo estatus socioeconómico, mientras que los alumnos con fobia escolar eran mayoritariamente varones, pospuberales y de familias con un alto nivel socioeconómico. La segunda conclusión encontrada, es que los niños con trastorno por ansiedad de separación tenían más probabilidad de diagnósticos psicopatológicos concurrentes, que los alumnos con fobia escolar, planteando por tanto un mayor índice de comorbidad y por tanto una afectación más severa. Finalmente, los niños con TAS presentaban menos resistencia y evitación escolar que los niños con un trastorno específico de fobia escolar.

Unos autores (Blagg y Yule, 1984) han preferido utilizar el término de *rechazo escolar*, con una acepción idéntica a la de fobia escolar aumentando aún más la heterogeneidad diagnóstica existente.

La conducta de rechazo escolar se refiere al rechazo a asistir a clase, o la resistencia por permanecer en el colegio durante una jornada escolar completa (Kearney, 1995). En esta definición se engloban: los alumnos que van, unos días y otros no, al colegio; los que asisten todos los días pero no permanecen toda la jornada escolar; y los que pierden la mayoría de las clases de cada día.

El concepto de rechazo escolar es diferente de la fobia escolar y de la ansiedad de separación, así como de otras conductas relacionadas con *hacer novillos* (truancy). Los alumnos que hacen novillos lo hacen sin el conocimiento de sus padres y a menudo manifiestan otros problemas de conducta. Por el contrario, los padres de alumnos con rechazo al colegio, saben de su dificultad persistente y ausencias escolares continuadas.

Los alumnos que muestran *rechazo al colegio* reúnen bastante heterogeneidad debido a que pueden presentar otras patologías primarias, por lo que esta conducta no reuniría la condiciones de entidad clínica independiente y por tanto, de escaso valor psicopatológico (Toro, 1991a).

IV. Prevalencia.

La prevalencia de la fobia escolar es difícil de calcular, debido al desacuerdo que existe sobre su delimitación diagnóstica. Los índices publicados varían entre 1,7 % y 8% de la población escolar, aunque el dato más probable es el que la sitúa alrededor del 1% (King y col. 1988).

Bragado y otras, (1996) en una investigación sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, realizada sobre una muestra de 243 escolares, de edades comprendidas entre los 6 y 17 años, escolarizados en un centro escolar privado situado en Madrid y representativo de clase media, encontraron solamente un niño (0,4%) con fobia al colegio.

La fobia escolar es más frecuente entre los 5-6, y los 10-11 años de edad. Los alumnos que desarrollan la fobia al colegio a una edad más tardía tienen peor pronóstico que los que la padecen a edad más temprana (Ollendick y Mayer, 1984).

V. Evaluación conductual.

Las técnicas más utilizadas en la evaluación conductual de los trastornos por fobia escolar han sido las entrevistas y la observación. Las primeras se han realizado con los padres, con el alumno y con los profesores. La observación se lleva a cabo mediante registros de asistencia y de la conducta del niño en la escuela, y en pruebas individuales de aproximación conductual. También han sido utilizados cuestionarios de autoinforme como el *Inventario General de Miedos (FSS-II)* (Wolpe y Lang, 1969) o el *Inventario de Miedos escolares (IME)*, de Méndez (1990).

VI. Modelos psicológicos explicativos del trastorno.

Acerca del origen y mantenimiento de los trastornos fóbicos, podemos diferenciar para facilitar nuestro análisis, entre *factores externos e internos* de cada niño.

Respecto a los *factores externos*, podemos destacar los *sucesos estresantes* que pueden incidir en periodos críticos de la infancia como: hospitalización del niño, cambio de residencia, cambio de etapa educativa y/o de colegio, etc... (Canalda, 1989).

También como factor externo encontramos un papel importante en el *estilo educativo* de los padres (fundamentalmente de las madres) con sus hijos. En este aspecto Toro (1991b) encuentra una correlación significativa entre trastornos de ansiedad de las madres, la educación excesivamente sobreprotectora de sus hijos y las conductas de ansiedad de éstos.

En cuanto a los *factores internos*, las pautas emocionales de carácter hereditario, o sea *el temperamento*, son también importantes en cuanto que significan la predisposición sobre la que actúan los factores externos.

En relación con los aspectos más psicológicos, las dimensiones de personalidad de introversión –extroversión y estabilidad emocional versus inestabilidad tienen una gran incidencia en el posterior desarrollo de trastornos de ansiedad.

Los niños más inhibidos socialmente, experimentan un mayor grado de activación psicofisiológica ante estímulos nuevos, con síntomas como: aumento de tasa cardíaca y respiratoria, rubor, etc. La reducción de dicha activación psicofisiológica se produce muy lentamente.

La sintomatología cognitiva de los niños ansiosos se caracteriza por pensamientos de responsabilidad excesiva y exclusivamente personal ante los fracasos, sin tener en cuenta otras variables de la situación que puedan haber influido. Esta distorsión cognitiva les hace encontrar una mayor dificultad y lentitud para lograr alternativas eficaces al problema, produciéndose desde la faceta motora, conductas resultantes de evitación o escape como estrategia general de afrontamiento de los problemas.

La atención del niño, focalizada en sus propia sintomatología fisiológica y motora, alimentan unas bajas expectativas de eficacia y resultado mediante nuevas atribuciones internas negativas y de autorreproche, dando como resultado nuevos fracasos que realimentan y le confirman sus pensamientos negativos que a su vez incrementan cada vez más el miedo o temor ante los estímulos que presenten unos desafíos determinados.

Los factores internos, tanto los relacionados con la herencia genética (temperamento), como los adquiridos a través del aprendizaje (carácter) constituyen un nivel base de vulnerabilidad, que habrá que medir en cada caso, ante los estímulos estresantes externos.

Los principales modelos etiológicos sobre la adquisición y mantenimiento de los trastornos fóbicos son el *condicionamiento clásico*, el *condicionamiento operante*, la *teoría de los dos factores* y el *aprendizaje observacional*.

La explicación desde el *condicionamiento clásico* se basa en un proceso de aprendizaje asociativo en el que si un suceso emocionalmente indiferente se presenta junto a un estímulo que el sujeto teme, el estímulo que era emocionalmente neutro puede adquirir un carácter temible por sí mismo.

Aunque Watson y Rayner (1920) realizaron un experimento en el que condicionaron una fobia específica a un niño de 11 meses, no está del todo claro que el condicionamiento clásico sea, al menos, el único procedimiento por el que se adquieran los trastornos fóbicos. En pocos casos de la clínica encontramos un suceso traumático al que asociar el inicio de la fobia. Por otro lado, no todos los niños que pasan por situaciones traumáticas desarrollan trastornos fóbicos asociados a éstas.

De lo que sí parece que podemos hablar con mayor propiedad es de un mayor grado de *vulnerabilidad*, causado por algún acontecimiento estresante que genere unas sensaciones de malestar inespecífica que como estado base, puede asociarse posteriormente a eventos y situaciones que adquirirán la misma sensación y por tanto serán temidas o evitadas. Como dice Marks (1987) si no es una situación traumática la que provoca el trastorno fóbico, sino más bien una gran variedad de situaciones, es preferible hablar de fobias adquiridas que de fobias condicionadas.

El hecho de que las fobias que desarrollan las personas sean con un determinado y limitado número de eventos y situaciones, por otro lado universales, nos revela una notable especificidad de los estímulos fóbicos. Para explicar esta cuestión, Seligman (1971) propuso la *teoría de la preparación* según la cual las personas tienen una susceptibilidad reactiva de temor, predeterminada biológicamente, ante aquellos estímulos ambientales que supusieron peligro para la especie en algún momento de su evolución. De esta manera podríamos explicar por qué se da una mayor prevalencia de fobias a: los reptiles, insectos, a las alturas o a los desconocidos, por ejemplo. Sobre esta predisposición heredada se establecería la historia particular de aprendizaje conformando la *idiosincrasia fóbica* de cada niño. (Toro, 1986).

Aunque en términos generales y desde un enfoque lógico pueda parecer plausible la explicación de Seligman, lo cierto es que sus principales asertos no han sido confirmados ni clínica ni experimentalmente. Por ello se han presentado otras hipótesis

alternativas que hacen más hincapié en la predisposición ontogénica que en la filogenética, siendo la experiencia del sujeto la que determinaría sobretodo, la mayor tendencia a responder reactivamente a unos estímulos frente a otros (Fernández y Luciano, 1992).

Desde el modelo del *condicionamiento operante* podemos explicar, sobre todo, el *mantenimiento de las conductas de evitación* de la fobia escolar, en función de dos procesos (Pelechano, 1984):

- a) *Reforzamiento negativo*. La conducta de evitación o escape se ve incrementada porque tiene como resultado la desaparición de un estímulo desagradable, en este caso la ansiedad. En la fobia escolar, la conducta de no asistir al colegio se refuerza porque es más cómoda que la de afrontar los retos académicos y/o sociales que para el alumno representa la escuela.
- b) *Reforzamiento positivo*. La conducta problema se refuerza porque, a resultas de ella, aparece algún estímulo agradable para el sujeto. En la fobia escolar la conducta de escape o evitación puede mantenerse e incluso incrementarse porque de ella se deriven consecuencias placenteras para el alumno como: ver en casa la televisión, jugar, mayor atención de sus padres, etc.

La *teoría de los dos factores de Mowrer (1939 y 1947)* reformulada por Solomon y Wynne (1954) intenta ser un *modelo integrador* reuniendo en su explicación el condicionamiento clásico y el operante. Mediante el primero, se explica la adquisición del miedo por la adquisición del mismo a un estímulo, en principio emocionalmente neutro. En una segunda fase, se instaura y se mantiene la conducta de evitación por un condicionamiento operante resultante de la disminución del miedo cuando se evita la situación fóbica (refuerzo negativo) y de la atención y ganancias obtenidas cuando no asiste al colegio (refuerzo positivo).

Una de las limitaciones que presenta este modelo, la resistencia a la extinción de las conductas fóbicas, incluso de la situación y/o estímulos fóbicos, ha sido explicada por Eysenck (1981) dentro del modelo del condicionamiento clásico. En pocas palabras consistiría en una vulnerabilidad psicológica (introversión e inestabilidad emocional) que predispondría, con más facilidad en unas personas, a responder ante exposiciones cortas a estímulos condicionados, con respuestas incondicionadas de miedo o dolor intensos. De esta forma se produciría una *incubación de la ansiedad* que se vería reafirmada, a pesar de las múltiples conductas de escape y evitación, por las pocas y breves ocasiones en las que el niño se expondría, inevitablemente, a los estímulos y situaciones fóbicas. Este proceso desembocaría en una resistencia importante a la extinción de la conducta problema.

Desde la *teoría del aprendizaje observacional* (Bandura, 1977), la adquisición de trastornos fóbicos, se explica de tres posibles maneras:

- a) La experiencia directa con sucesos y estímulos aversivos.
- b) La observación de otra persona que sufre un evento doloroso.
- c) Lo que enseñan y dicen (cuentos, películas, relatos, etc.) sobre estímulos temibles, personas vinculadas afectivamente con el niño (padres, amigos, etc.).

VII. Tratamiento conductual.

Las teorías explicativas que tenemos, acerca de cómo se adquieren los trastornos fóbicos no dan aún una respuesta completamente satisfactoria. Los factores de mantenimiento son, afortunadamente, mejor conocidos.

Como dice Echeburúa (1993), la eficacia de las técnicas terapéuticas no depende necesariamente del conocimiento etiológico de los trastornos. Desde un enfoque terapéutico, lo más interesante son los factores que coadyuvan en el *mantenimiento* de la conducta problema, los cuales pueden ser distintos de los que la hicieron elicitar.

Debido a que en el origen y mantenimiento de la fobia escolar se encuentran implicados factores relacionados con el condicionamiento clásico y el operante, en el tratamiento del problema, se emplean procedimientos terapéuticos mixtos basados en los dos tipos de condicionamiento y muy similares a los empleados en el trastorno de ansiedad de separación (TAS).

Las técnicas más utilizadas, la *desensibilización sistemática* y técnicas derivadas de ésta como la *exposición*, se centran en la eliminación de las respuestas de ansiedad basándose en los principios del condicionamiento clásico (Bragado 1994). La exposición a los estímulos temidos hasta que la ansiedad se reduzca significativamente, constituye el tratamiento conductual más eficaz en el tratamiento de los trastornos fóbicos (Echeburúa 1993). En un estudio de Kennedy (1965), la tasa de éxito lograda en cincuenta casos de fobia escolar, tratados con la técnica de exposición fue del 100%.

Desde el condicionamiento operante se han aportado al tratamiento de la fobia escolar, fundamentalmente, programas de manejo de contingencias en el contexto escolar y en el entorno familiar (Ollendick y Mayer, 1984).

Dentro del modelo mixto de tratamiento podemos incluir las directrices generales presentadas por Bragado y García- Vera (1998) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantiles. El programa de tratamiento estaría compuesto por un procedimiento de exposición a los estímulos relacionados con el colegio realizado de forma gradual, usando reforzamiento positivo de las aproximaciones a la conducta deseada, contando con la presencia de un adulto que proporcione apoyo y seguridad al alumno en los primeros momentos del tratamiento (si fuera necesario), y utilizando alguna estrategia que fomente la motivación del niño durante el proceso terapéutico, sin prescindir de la cooperación de los padres, familiares cercanos y profesores del centro, en todo el proceso.

El tratamiento de elección sería el de *exposición en vivo* (Blagg y Yule 1984; Echeburúa 1993), ya que su eficacia terapéutica es claramente superior a la realizada en *imaginación* y además, no es posible en niños menores de 10-11 años. Debajo de esta edad los niños tienen gran dificultad en imaginar vívidamente el estímulo temido y en anticipar las respuestas de ansiedad una vez representada simbólicamente la situación fóbica (Bragado, 1993).

El tratamiento de exposición da mejores resultados cuando se hace en forma de autoexposición, prácticamente sin acompañamiento o en su caso, produciéndose un distanciamiento gradual de los familiares o acompañantes del niño (Echeburúa, 1993). El valor terapéutico de la autoexposición, que ha de realizarse en el colegio como medio natural del problema, consiste en la atribución personal que realiza el niño de sus éxitos, aumentando de esta manera, sus expectativas de eficacia y afrontamiento de los estímulos temidos.

En algunos casos y al principio del tratamiento a modo de ayuda, cuando el grado de ansiedad es muy alto, se puede realizar la exposición permitiendo un escape temporal corto, volviendo a la situación fóbica tan pronto como se pueda (Coronado

2000). Las conductas de escape de breve duración, seguidas de una reexposición inmediata a los estímulos temidos, no afectan básicamente a la eficacia de la exposición (Echeburúa 1993).

Para potenciar los efectos de la exposición, se han utilizado en algunos casos, técnicas complementarias relacionadas con estrategias cognitivas, como por ejemplo las *autoinstrucciones*. Esta es la técnica cognitiva más utilizada en los trastornos de ansiedad infantiles, siendo utilizada frecuentemente junto a la exposición en el tratamiento de las conductas de evitación (Moreno, Blanco y Rodríguez, 1992). El objetivo de este procedimiento es cambiar el diálogo interno del niño para facilitar el afrontamiento de la tarea. La anticipación de consecuencias desagradables, acompañada de una atención selectiva a estímulos internos de ansiedad y a estímulos aversivos externos, facilita la respuesta de evitación, que queremos modificar (Meichenbaum, 1985).

Algunas conductas de evitación escolar pueden requerir el aprendizaje de unas habilidades precisas para que el niño consiga interaccionar exitosamente en las situaciones fóbicas. Con este objetivo se han utilizado, a veces, el *modelado participante* (Esveldt- Dawson, Wisner, Unis, Matson y Kazdin, 1982) y el *entrenamiento en habilidades sociales* (Bankart y Bankart, 1983) como técnicas complementarias a la exposición.

Con el término de *práctica reforzada* se ha querido denominar también a ese tipo de programas de tratamientos mixtos, basados en los principios del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, utilizados en el tratamiento de la fobia escolar. Este procedimiento busca básicamente, la adquisición de conductas más adaptativas, las cuales son reforzadas mientras que se trabaja en la extinción del valor ansiógeno de los componentes fóbicos de la situación.

Los aspectos fundamentales de esta técnica son el establecimiento de conductas de afrontamiento y aproximación mediante la práctica repetida de las mismas, el reforzamiento social o material aportado por el terapeuta y/o los coterapeutas (padres, profesores, etc.), en una graduación de la dificultad de las conductas objetivas, el contraste informativo que se le da al niño cada vez que realiza una práctica, así como las instrucciones verbales que guían cada nuevo paso (Leitenberg 1982).

Un ejemplo de utilización de la práctica reforzada en el tratamiento de la fobia escolar es el programa establecido por Kennedy (1965). Sus elementos esenciales son: una vez detectado el problema, iniciar el tratamiento lo antes posible; solicitar la colaboración de padres y profesores; enseñar a los padres a no reforzar con su atención y cuidados, las conductas de absentismo y evitación escolar; obligar al alumno a acudir a la escuela (acompañado del padre, si es necesario, pero no de la madre) y a permanecer en el aula durante períodos cada vez más prolongados; reforzar al niño por asistir al colegio y permanecer un tiempo en él y animarle y favorecer el cada vez mayor afrontamiento de sus miedos.

El programa desarrollado por Blagg (1977) es otro ejemplo de programas amplios que pretenden abarcar todos los aspectos del trastorno. Blagg y Yule (1984) resumen sus componentes esenciales en la siguiente guía de tratamiento:

1. Realizar un diagnóstico diferencial del problema. La primera tarea consiste en definir claramente el trastorno, descartando algún problema físico y si los miedos están asociados primariamente al contexto escolar o es secundario a otro tipo de trastorno (trastorno de ansiedad de separación, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social, etc.) Asimismo es necesario en el estudio del problema, analizar las contingencias que están manteniendo el trastorno.

2. Consensuar con los padres, profesores y alumno, el programa a seguir, estableciendo y describiendo claramente las distintas fases, estudiando la mejor manera de implicar al niño. Para involucrar al niño, Blagg (1977) recomienda hablar con él del problema, utilizando el humor o imágenes emotivas agradables para reducir su nivel de ansiedad, y explicarle el programa de tratamiento.
3. Programar con padres y profesores, las contingencias del hogar y de la escuela respectivamente. En concreto, es conveniente felicitar explícitamente al niño por su asistencia al colegio y buscar focalizar su atención en los aspectos y experiencias agradables de la escuela. Por otro lado, se debe prestar la menor atención posible ante sus quejas físicas (dolores de cabeza, de estómago, etc.) Los profesores no deben enviarlo a casa cuando presente síntomas de malestar físico. Blagg (1977) recomienda que se procure crear un ambiente reforzante, encargándole responsabilidades atractivas, asignándole actividades que pueda realizar con éxito y felicitando sus logros.
4. La exposición en vivo es la técnica de elección. Su desarrollo puede implicar, si es necesario, que una persona acompañe al niño durante la progresividad de proceso. Los criterios a tener en cuenta para la selección de acompañante son:
 - a) Procurar implicar a los padres para llevar a cabo esta tarea.
 - b) En el caso de que éstos, bien por falta de tiempo o por otros problemas, no se sientan capaces de hacerlo, intentar que lo hagan los abuelos u otros familiares cercanos (hermanos mayores, tíos, etc.)
 - c) Cuando no podemos contar con ningún miembro de la familia habrá que recurrir a un trabajador social, un profesor, terapeuta, etc.
 - d) Aunque no es difícil, es necesario asegurarse de que el acompañante elegido sabe manejar las quejas del niño sin perder los nervios, y de que estará dispuesto a acompañarlo al colegio los días necesarios hasta que la ansiedad del niño remita.
 - e) En los casos en los que se estime que el niño puede provocar alborotos, puede ser conveniente contar con dos acompañantes.
5. Seguimiento (con padres y profesores) de los resultados del tratamiento, al menos durante seis meses después de solucionado el problema, prestando especial atención a sucesos con gran potencial estresor y de vulnerabilidad como, enfermedades que alejen al niño de la escuela, vacaciones, comienzo de nuevos cursos escolares, etc.

Bibliografía:

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 1981).

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (3rd Ed Rev.) (DSM-III-R)*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 1988).

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*. Washington, DC: APA. (Trad. Esp. en Barcelona, Masson 1995).

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice- Hall.

Bankart, C.P., y Bankart, B.B. (1983). The use of song lyrics to alleviate a child's fears. *Child and family Behavior therapy*, 5, 81-83.

Blagg, N.R. (1977). A Detailed Strategy for the Rapid Treatment of School Phobics. *Bull. Br. Ass. Behav. Psychoterapy*, 5, 70-75.

Blagg, N.R. & Yule, Y (1984): The Behavioural Treatment of School Refusal. A Comparative Study. *Behav. Res. and Therapy*, 22.

Bragado A, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid. F.U.E.

Bragado, C.; Carrasco, I.; Sánchez, M^a.L. y Bersabé, R.M. (1996): Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. En *Ansiedad y Estrés*, 2 (2-3).

Bragado A, C. y García –Vera, M.P. (1998). Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En Vallejo Pareja, M.A.(dir.) *Manual de Terapia de Conducta*. Vol. II. Madrid: Dykinson.

Broadwin,I.T (1932). A contribucion to the study of truancy. *Ortopsychiatry*, 2, 253-259.

Canalda, G. (1988). Estrés y psicopatología infantil. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15, 225-234.

Coronado-Hijón, A (2000): "Tratamiento conductual de la fobia escolar: Análisis de un caso" en *Análisis y Modificación de conducta*, Vol. 26, nº 110, 899- 929.

De Corral, P. y Echeburúa, E. (1996). Psicopatología y tratamiento de la fobia escolar. En J. Buendía (ed), *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y De Corral, P.(1996). Técnicas de exposición en Psicología Clínica. En Vallejo, M.A. y Ruíz, M^aA. *Manual Práctico de modificación de conducta*. Madrid: F-U-E

Eysenck, H. J. (1981). Behavior therapy and and the conditioning model of neurosis. *International Journal of Psychology*, 16, 343- 370.

Estes, H.R.; Haylett, C.H., y Johnson, A.M. (1956). Separation anxiety. *American Journal of Orthopsychiatry*,10, 682-695.

Esveldt- Dawson, K.; Wisner, K. L.; Unis, A. S.; Matson, J.L.; y Kazdin, A.E. (1982). Treatment of phobias in a hospitalized child. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 77-83.

Fernández, A. y Luciano, M.C. (1992): Condicionamiento electrodermal de estímulos ontogenéticamente preparados: un análogo de la selectividad de las fobias. *Análisis y modificación de conducta*, 18, 373-396.

Gittelman- Klein, R. y Klein, D.F. (1985). Childhood separation anxiety and adult agoraphobia. En H. Tuna y J. Maser (eds.), *Anxiety and Anxiety- Related Disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Graziano, A.M.; DeGiovanni, I.S. & García, K.A (1979): "Behavioral treatment of Children's Fears. A review", *Psychological Bulletin*, 86, 804-830.

Jiménez, M. (1995): Miedos, fobias y trastornos de ansiedad en la infancia. En M. Jiménez (ed) *Psicopatología infantil*. Málaga: Aljibe.

Johnson, A.M.; Falstein, E.I.; Szurek, S.A., y Svendsen, M (1941). School phobia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11, 702- 711.

Kearney, C.A.(1995) School refusal behavior. En A.R. Eisen, C.A. Kearney y C.E. Schaefer, (Eds.). *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents*. Northvale, NJ: Aronson.

Kennedy, W.A. (1965). School phobia: rapid treatment of fifty cases. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 285-289.

King, N.J.; Hamilton, D.I. & Ollendick, T.H. (1988): *Children's Phobias: a Behavioural Perspective*. J. Wiley & Sons Ltd.

Last, C.G.; Francis, G.; Hersen M.; Kazdin, A.E., y Strauss, C.C. (1987): Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144.

Last, C.G. (1993) Trastornos por ansiedad. En Ollendick, T.H. y Hersen, M. (1993) *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.

Leitenberg, H. (1982). Aproximaciones conductuales al tratamiento de las neurosis. En H. Leitenberg (de.), *Modificación y terapia de conducta (Vol. 1)*. Madrid: Morata (original, 1976).

Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals*. New York: Oxford University Press (traducción, Martínez Roca, 1991, 2 vols.)

Meichenbaum, D. (1985) Self- instructional training. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.) *Dictionary of Behavior Therapy Techniques*. New York: Pergamon Press.

Méndez, F y Maciá, D (1990). Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F. Méndez y D. Maciá (Coords.) *Modificación de Conducta con Niños y Adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Moreno, I., Blanco, A., y Rodríguez, L. (1992). Análisis de la biografía sobre estrategias conductuales de intervención en miedos infantiles y juveniles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 181-199.

Mowrer, O. (1939): A stimulus- response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553 –565.

Mowrer, O. (1947): On the dual nature of learning; A reinterpretation of “conditioning” and “problem- solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102 –148.

Ollendick, T.H & Mayer, J.A. (1984): School Phobia. En S. Turner (Ed): *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety*, N.Y. Plenum Press.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (10ª Ed) CIE-10*. Ginebra. OMS. (Trad. Esp. en Madrid, Meditor 1996).

Pelechano, V. (1984). *Programas de intervención psicológica en la infancia*. Valencia: Alfaplús.

Sandín, B. (1997): *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Sandín, B. y Chorot, P.(1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol 2*, 81- 112. Madrid: McGraw- Hill.

Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy* , 2, 307-320.

Solomon, R.L. y Wynne, L.C. (1954). Traumatic avoidance learning: The principles of anxiety conservation and partial irreversibility. *Psychological Review*, 61, 353- 385.

Toro, J. (1986): Trastornos de ansiedad en la infancia. En A. Tobeña (Ed) *Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento*. Barcelona: Alamex

Toro, J. (1991a): Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. Confusiones y superposiciones. En J. Vallejo y C. Gastó (Eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Salvat.

Toro, J. (1991b): Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. En J. Vallejo (ed), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (3ª ed)*. Barcelona: Salvat.

Watson, J.B. y Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.

Wolpe, J., y Lang, P.J (1969). *Fear Survey Schedule*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.