

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD ESCOLAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

José M. García-Fernández¹, Cándido J. Inglés²,
María C. Martínez-Monteagudo² y Jesús Redondo²
¹Universidad de Alicante; ²Universidad Miguel Hernández (España)

Resumen

La ansiedad escolar se define como un patrón desadaptativo de respuestas de ansiedad ante situaciones escolares, siendo considerado como uno de los trastornos infanto-juveniles más incapacitantes. Este artículo revisa las características comunes de los jóvenes que presentan ansiedad escolar, distinguiéndose de otros trastornos de ansiedad, tales como ansiedad por separación y hacer novillos. Además, se revisan los métodos de evaluación generalmente utilizados, subrayando el *Inventario de Miedos Escolares* (IME) y la "Escala de evaluación del rechazo a la escuela" (*School Refusal Assessment Scale*; SRAS). Del mismo modo, se revisa la literatura sobre el tratamiento de la ansiedad escolar, encontrándose que la orientación cognitivo-conductual es la terapia más ampliamente utilizada y eficaz. Finalmente, se describen los avances en la investigación sobre ansiedad escolar.

PALABRAS CLAVE: *ansiedad escolar, fobia escolar, evaluación, tratamiento.*

Abstract

School anxiety is defined as a maladapted pattern of anxiety behaviours related to school situations, being considered one of the most disabling anxiety disorders during childhood and adolescence. This article reviews the common characteristics of youths with school anxiety, distinguishing between other anxiety disorders such as separation anxiety disorder and truancy. Moreover, methods of evaluation commonly employed are reviewed, in particular the Fear School Inventory (FSI) and the School Refusal Assessment Scale (SRAS). Furthermore, the literature about the treatment of school anxiety is reviewed, concluding that the cognitive-behavioural approach is the most widespread and effective therapy. Finally, the advances in research on school anxiety are described.

KEY WORDS: *school anxiety, school phobia, assessment, treatment.*

Este trabajo ha sido financiado a través del Proyecto SEJ 2004-07311/EDUC perteneciente al Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007 del Ministerio de Educación y Ciencia concedido al segundo autor.

Correspondencia: Cándido J. Inglés, Dpto. de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, Avda. de la Universidad, s/n, 03202 Elche, Alicante (España). E-mail: cjingles@umh.es

Introducción

La mayoría de los niños experimentan miedos con cierta frecuencia, aunque éstos son de intensidad leve y suelen remitir espontáneamente con el desarrollo. Sin embargo, una pequeña proporción de estos miedos se presentan con una intensidad elevada, continuando incluso en la adultez e interfiriendo en el funcionamiento diario del niño y de su familia (Méndez, Inglés, Hidalgo, García-Fernández y Quiles, 2003).

La fobia escolar es conceptualizada como una dificultad grave para asistir o permanecer en el colegio de forma regular debido al miedo excesivo e irracional asociado a distintas situaciones escolares (p. ej., miedo a jugar durante el recreo, a hablar en clase, al maestro, a otros niños, etc.). Generalmente, la literatura utiliza los términos fobia escolar y ansiedad escolar indistintamente, considerándolos sinónimos ya que ambos constructos resultan prácticamente similares en cuanto a los efectos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que suscitan en el individuo. Las fobias se caracterizan por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta al estímulo fóbico. De este modo, la fobia escolar se puede definir como un patrón desadaptativo de respuestas de ansiedad a situaciones escolares, pudiendo distinguirse manifestaciones en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Es por ello, por lo que a lo largo del artículo que nos ocupa se utilizarán los términos fobia escolar y ansiedad escolar indistintamente.

Según diversos autores (Blagg y Yule, 1994; Echeburúa, 2000; Méndez y Macià, 1990), las manifestaciones más comunes de la fobia escolar son las siguientes:

- Sistema cognitivo: anticipación de consecuencias negativas asociadas a la escuela (p. ej., castigo de los profesores, burlas o agresiones de los compañeros, fracaso académico), evaluación negativa de las propias capacidades y preocupación por ciertas reacciones somáticas como vomitar o la urgencia por orinar.
- Sistema motor: además de la tensión muscular elevada y los posibles temblores, el niño evita la escuela (se queda en casa) mostrando quejas de síntomas físicos, conducta negativista (p. ej., 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 (p. ej., no habla, no juega).
- 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, etc.

La fobia escolar suele comenzar con quejas del tipo “los niños me pegan”, “el profesor no me hace caso”, “me duele la barriga” y su consecuencia es no querer ir al colegio. Estas verbalizaciones se producen en mayor medida los lunes, a la vuelta de vacaciones, el primer día de clase tras una enfermedad o en el cambio a otra aula o escuela, pudiendo evolucionar hasta negarse totalmente a ir al colegio. En determinados casos, se produce, además, un rechazo a la cadena de conductas que anteceden a ir al colegio, como no querer levantarse o vestirse.

Prevalencia

La ansiedad y los miedos escolares son relativamente frecuentes y pueden afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años (Bados, 2005; Granell de Aldaz, 1984). Sin embargo, la fobia escolar es poco frecuente y tiende a ocurrir entre los 5 y los 6 años de edad (comienzo del colegio), y sobre todo, entre los 10 y los 11 años (Fremont, 2003). Su comienzo suele ser repentino en niños pequeños. Sin embargo, en niños mayores y adolescentes su desarrollo es más gradual, de carácter más intenso y grave, y de peor pronóstico (Atkinson, Quarrington y Cyr, 1985; Blagg, 1987; Bragado, 1994; Echeburúa, 2000).

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de la fobia escolar es menor que la de la ansiedad y miedos escolares, hallándose tasas del 1% o menores en muestras comunitarias infanto-juveniles y del 5% en muestras clínicas (Bernstein *et al.*, 2000; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Burnham, Schaefer y Giesen, 2006; Heyne, King, Tonge y Cooper, 2001; King *et al.*, 1998; King y Bernstein, 2001).

En cuanto a las diferencias de sexo y edad, el estudio realizado recientemente por Burnham, Schaefer, y Giesen (2006) con una muestra de 1.003 niños y adolescentes norteamericanos, reveló que los miedos escolares son más prevalentes en niños (15,4%) que en niñas (6,4%) y en adolescentes de 12 a 19 años (13,8%) que en niños de 7 a 11 años (6,4%).

Etiología

Según diversos autores, la fobia escolar presenta una etiología multicausal (King *et al.*, 1998; McShane, Walter y Rey, 2001). Así, la negativa de los estudiantes para asistir a la escuela puede producirse por la influencia de: a) *factores escolares* (p. ej., acusaciones, dificultades académicas, conflictos con los compañeros, cambios de colegio, etc.); b) *factores familiares* (p. ej., conflictos en casa, separaciones, pugnas familiares, cambios de domicilio, etc.) y; c) *factores físicos* (p. ej., presencia de una enfermedad y sus consecuencias).

El impacto de la fobia escolar

La fobia escolar puede tener consecuencias negativas en la infancia, la adolescencia y en la adultez. Por ejemplo, los niños y adolescentes con fobia escolar tienden a presentar bajo rendimiento académico, problemas de ansiedad aguda, aprehensión, tensión o intranquilidad, así como depresión, desesperanza, tristeza, ambivalencia e hiperactividad y una autoimagen distorsionada (Berry, Injejikian y Tidwell, 1993; King y Bernstein, 2001). De esta forma, la fobia escolar puede actuar como una barrera importante para el desarrollo personal, social y académico de niños y adolescentes (Terry, 1998). Además, si el trastorno no es tratado precozmente, los individuos podrían presentar desajustes psicosociales a largo plazo, tales como dificultades matrimoniales y laborales, enfermedades psiquiátricas, consumo

de drogas legales e ilegales y comportamientos antisociales (Chitiyo y Wheeler, 2006; Kearney, Eisen y Silverman, 1995).

Diagnóstico diferencial

Actualmente, existe cierto debate respecto a la entidad nosológica de la fobia escolar ya que este trastorno no se encuentra expresamente incluido en los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales como una categoría diagnóstica, lo que a priori, obligaría a clasificarla como una fobia específica de tipo situacional. No obstante, la ansiedad escolar parece un problema más heterogéneo y más complejo de delimitar que una fobia específica (Orgilés, Espada y Méndez, en prensa), no sólo por las repercusiones negativas que tiene para cualquier niño dejar de asistir al colegio, sino porque este comportamiento puede estar motivado por otros muchos problemas psicológicos (Bragado, 2006).

FOBIA ESCOLAR VS. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN

La ansiedad por separación es el único trastorno reconocido actualmente por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association [APA]*, 2000) como un trastorno de ansiedad específico de la infancia y adolescencia. Se define como un temor excesivo y persistente a separarse de las personas ligadas afectivamente. Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR son presentados en la tabla 1. Como puede observarse, uno de los síntomas característicos de este trastorno es la resistencia o rechazo a ir al colegio o a otro lugar por miedo a la separación, aunque éste no es un criterio necesario para el diagnóstico de ansiedad por separación (APA, 2000). Por tanto, la clasificación estadounidense no reconoce el trastorno de fobia escolar como una entidad independiente, sino como una expresión del trastorno de ansiedad por separación. Sin embargo, existen casos de fobia escolar sin que exista el precedente de ansiedad por separación, manifestándose como un temor específico a acudir al colegio.

FOBIA ESCOLAR VS. "HACER NOVILLOS" ("TRUANCY")

La única característica común que presentan ambas problemáticas es el hecho de no querer asistir al colegio, por lo que ambas se encuadrarían como subtipos del término más general conocido como rechazo escolar. Por lo demás, existen diferencias muy claras entre ambos términos. En este sentido, Gordon y Young (1976) indicaron que: a) los estudiantes con fobia escolar son por lo general buenos estudiantes, mientras que los *truancy* no lo son; b) los estudiantes con fobia escolar permanecen en casa en las horas de colegio, mientras que los que hacen novillos evitan permanecer en casa; c) los estudiantes con fobia escolar no acuden al colegio durante largos periodos de tiempo, mientras que los *truancy* acuden intermitentemente; d) los padres de los alumnos con fobia escolar conocen las ausencias

Tabla 1
Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
 1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
 2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
 4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
 7. pesadillas repetidas con temática de separación
 8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad

de sus hijos en el colegio, mientras que los que hacen novillos lo desconocen. Posteriormente, Berry, Inejikian y Tidwell (1993) indicaron que la mayor diferencia entre ambos grupos es que aquellos que hacen novillos presentan, en general, desórdenes de conducta tales como robos o conductas destructivas, mientras que los fóbicos escolares tienden a percibir niveles elevados de ansiedad y depresión.

FOBIA ESCOLAR VS. RECHAZO ESCOLAR

Actualmente, existe una preferencia por el término rechazo escolar frente al de ansiedad escolar o fobia escolar para referirse a la negativa por parte del niño para asistir a la escuela o a su dificultad para permanecer en la misma. Según Bados

(2005), el primer término es más amplio y descriptivo y reconoce, además, la heterogeneidad causal del problema. De este modo, el término *rechazo escolar* incluiría los diferentes subtipos de absentismo escolar, entre los que se encontraría la fobia escolar (miedos relacionados con estímulos escolares), junto con otros como “hacer novillos” (*truancy*). Concretamente, el término rechazo escolar incluiría a aquellos niños y jóvenes que: a) no asisten al colegio; b) inicialmente acuden al colegio, pero lo dejan a lo largo del día; c) acuden al colegio después de ciertos problemas matinales (p. ej., tener una rabieta o quejarse de que están enfermos); y d) sufren un malestar inusual mientras permanecen en el centro, lo que les lleva a suplicar a los padres que los dejen quedarse en casa (Kearney, 2003, 2007; Kearney y Sims, 1997).

El rechazo escolar está asociado generalmente a problemas interiorizados y exteriorizados, incluyendo depresión, ansiedad general, ansiedad social, fatiga, complicaciones somáticas, agresión y quejas (Kearney, 2001). En muchos casos, las conductas de rechazo escolar son comórbidas con algunos trastornos mentales, especialmente con el trastorno de ansiedad por separación, ansiedad generalizada, trastorno negativista desafiante y depresión (Kearney y Albano, 2004).

Dada la heterogeneidad de la población que exhibe este trastorno, Kearney y sus colaboradores (Kearney, 2003; Kearney y Albano, 2004; Kearney y Silverman, 1996) propusieron un modelo sobre el comportamiento de rechazo escolar. Según este modelo, los niños que rehúsan o tienen dificultades para acudir al colegio, lo hacen por alguna o varias de las siguientes razones:

1. Evitar estímulos o situaciones relacionadas con el contexto escolar que provocan un estado emocional negativo (miedo/ansiedad excesiva), tales como un determinado profesor, el autobús escolar, alarmas antifuego, realizar un examen, etc.
2. Escapar de situaciones sociales aversivas o evaluativas; por ejemplo, relaciones difíciles con los compañeros, hablar delante del grupo-aula, etc.
3. Buscar atención de los cuidadores; los niños incluidos en esta categoría suelen tener rabiets, llorar o quejarse con el fin de permanecer en casa con los padres, hermanos u otras personas allegadas.
4. Obtener refuerzo positivo tangible fuera del colegio; por ejemplo, ver televisión, jugar, ir a las grandes superficies comerciales o a los recreativos, etc.

Según el modelo de estos autores, las dos primeras condiciones indican que la conducta de rechazo escolar se mantiene por refuerzo negativo y las dos restantes por refuerzo positivo. Además, las dos primeras condiciones se considerarían más propias de un niño que presentara fobia escolar. La tercera de las condiciones indicaría un trastorno de ansiedad por separación, mientras que la última estaría asociada en mayor grado al término hacer novillos (*truancy*).

Evaluación de la ansiedad escolar

Los procedimientos de evaluación más utilizados para la medida de la ansiedad escolar han sido las entrevistas y los autorregistros. Las entrevistas se realizan gene-

ralmente con los padres, con los niños y/o con los profesores. Los autorregistros han sido utilizados principalmente para que niños y adolescentes discriminen y registren la frecuencia de la conducta, así como los pensamientos que acompañan a dicha conducta. También se han utilizado, aunque en menor medida, cuestionarios cumplimentados por los estudiantes para evaluar autopercepciones de ansiedad escolar (p. ej., el *Inventario de miedos escolares*, IME; Méndez, 1988) y la Escala de evaluación del rechazo a la escuela [*School Refusal Assessment Scale*, SRAS]; Kearney y Silverman, 1993).

Sin embargo, hasta hoy, sigue sin existir consenso en cuanto a cuáles son los procedimientos y técnicas más eficaces para la evaluación y medida de la ansiedad escolar, debido, quizás, a la baja incidencia del trastorno, así como a la heterogeneidad de definiciones ofrecidas para este constructo (Chitiyo y Wheeler, 2006). En cualquier caso, a continuación se presentan los pasos que son referidos comúnmente en la literatura científica para el desarrollo de la evaluación de la fobia escolar.

Examen médico

El paso inicial en la evaluación de la fobia escolar consiste en descartar, mediante una revisión médica exhaustiva, cualquier tipo de problema médico que pudiera estar presente ya que, como se ha indicado, las quejas somáticas son frecuentes entre los estudiantes que presentan este tipo de miedos.

Entrevista clínica

La entrevista es el primer método general de obtención de información, en torno al cual se planifica el proceso de evaluación conductual. En el caso de la fobia escolar, la entrevista nos proporciona información sobre los pensamientos y sentimientos del niño y de la familia, así como los efectos y consecuencias en su vida diaria (Elliott, 1999). Ante la ausencia de entrevistas clínicas estructuradas para la evaluación de la ansiedad escolar, Blagg (1987) proporcionó un modelo de entrevista en la que se examinan las siguientes áreas:

- Niño. Asistencia (actual y pasada) a la escuela y factores relacionados con la falta de asistencia; características o síntomas del rechazo escolar; conducta fuera de la escuela; actitudes del niño hacia el problema; rendimiento académico; características de personalidad; relaciones con los iguales; aspectos que causan ansiedad en casa y en la escuela.
- Familia. Estructura y relaciones familiares; características de los padres; motivación de los padres para resolver el problema; fuentes de estrés y ansiedad para los padres; 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 en la escuela.

En cuanto al procedimiento, resulta aconsejable entrevistar al estudiante, padres y maestros por separado antes de hacerlo juntos, con el fin de obtener información lo más contrastada y fiable posible, debido a que diversos autores han encontrado que la percepción que tienen los padres del problema no se ajusta a la que tienen los niños; en general, los padres refieren menor grado de sintomatología ansiosa que los autoinformes de los niños (Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Ollendick y Mayer, 1984).

Cuestionarios, inventarios o escalas

INVENTARIO DE MIEDOS ESCOLARES

El IME fue construido por Méndez (1988) con el fin de disponer de un instrumento de evaluación exclusivo para la fobia escolar. En la actualidad, existen tres formas del IME, según el nivel educativo (ver García-Fernández, 1997; García-Fernández y Méndez, 2008a,b). La Forma I, compuesta por 25 ítems, es aplicable a niños entre tres y siete años; la Forma II, compuesta por 28 ítems, está diseñada para preadolescentes entre ocho y 11 años; y la Forma III, compuesta por 33 ítems, es adecuada para adolescentes de 12 a 18 años. Los ítems reflejan situaciones o experiencias relacionadas con el colegio, que pueden producir temor, malestar o desagrado. El estudiante debe indicar el número que mejor describe su nivel de miedo, de acuerdo con una escala de tres puntos (nada, poco y mucho miedo) para las formas I, II, y de cinco puntos (nada, poco, regular, mucho y muchísimo) para la forma III.

Los autores encontraron índices elevados de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las tres formas del IME: 0,92 (Forma I), 0,91 (Forma II) y 0,92 (Forma III). Los coeficientes de fiabilidad test-retest, para un intervalo de 4 semanas, también fueron satisfactorios en las tres formas del IME: 0,68 (Forma I), 0,81 (Forma II y III).

El análisis factorial exploratorio reveló la existencia de distintos factores en cada una de las formas del IME. Para la Forma I se identificaron cuatro factores: Miedo al malestar físico y a la agresividad, Ansiedad anticipatoria, Miedo al fracaso y al castigo escolar y Miedo a la evaluación social. Para la Forma II se aisló el mismo número de factores: Miedo al fracaso y al castigo escolar, Ansiedad anticipatoria, Miedo al malestar físico y Miedo a la evaluación social y escolar. Finalmente, los ítems de la Forma III se agruparon en seis dimensiones: Miedo al fracaso y al castigo escolar, Miedo a situaciones externas al aula, Miedo al malestar físico, Miedo a la evaluación social, Ansiedad anticipatoria y Miedo a actividades musicales.

Los coeficientes de correlación entre las tres formas del IME y las puntuaciones obtenidas en diversos cuestionarios (p. ej., el "Inventario de miedos", Pelechano, 1984; el "Cuestionario de personalidad de Eysenck para jóvenes" [*Eysenck Personality Questionnaire-Junior*], EPQ-J, Eysenck y Eysenck, 1975; el "Inventario de miedos", Sosa, Capafóns, Conesa-Peraleja, Martorell, Silva y Navarro, 1993; el "Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños" [*State-Trait Anxiety Inventory*

for Children], STAIC, Spielberg, Edwards, Lushene, Montuori y Platzek, 1973; el "Inventario de ansiedad estado-rasgo" [State-Trait Anxiety Inventory], STAI, Spielberg, Edwards y Lushene, 1973; el "Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad", ISRA, Miguel-Tobal y Cano, 1986; "Autoconcepto, forma A", AFA, Musitu, García y Gutiérrez, 1991; el "Inventario de adaptación a la conducta", IAC, De la Cruz y Cordero, 1981; el "Inventario de creencias irracionales", ICI, Capafóns, Sosa, Conesa-Peraleja, Navarro y Silva, 1993; el "Cuestionario de desadaptación escolar", Clemente, Pérez-González y García-Ros, 1990; y Dominó D-48, Anstey, 1985), proporcionaron apoyo adicional a la validez de constructo del IME.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RECHAZO ESCOLAR

La "Escala de evaluación del rechazo escolar" (*School Refusal Assessment Scale*, SRAS; Kearney y Silverman, 1993) es una prueba diseñada para identificar los cuatro tipos de funciones que pueden estar manteniendo el problema del rechazo escolar: 1) evitar estímulos o situaciones relacionadas con el contexto escolar, 2) escapar de situaciones sociales aversivas o evaluativas, 3) buscar atención de los cuidadores y, 4) obtener refuerzo positivo tangible fuera del colegio.

Los autores elaboraron versiones para chicos (*School Refusal Assessment Scale-Children*, SRAS-C), padres (*School Refusal Assessment Scale-Parent*, SRAS-P) y profesores (*School Refusal Assessment Scale-Teacher*, SRAS-T). Las tres versiones están compuestas por 16 ítems, cuatro por cada función, valorados mediante una escala likert de siete puntos (0= *nunca*; 6= *siempre*). La SRAS ofrece una puntuación media para cada dimensión. Si la escala es administrada a niños, padres y profesores, se calcula la media obtenida por todos los informantes en cada una de las cuatro dimensiones. La dimensión que mayor puntuación obtenga será considerada la variable principal que mantiene el rechazo escolar.

Los autores analizaron la fiabilidad test-retest para un intervalo de 7 a 14 días, obteniendo coeficientes de 0,44 a 0,87 (niños) y de 0,65 a 0,85 (padres).

La correlación entre las dos primeras funciones fue moderada ($r = 0,43$), siendo algo más pequeña la hallada para las dos últimas funciones ($r = 0,32$). Según los autores originales estos resultados apoyan la validez de constructo del cuestionario ya que se distingue entre las conductas de rechazo mantenidas por refuerzo negativo y las mantenidas por refuerzo positivo. Además, las puntuaciones obtenidas por los escolares en las cuatro dimensiones fueron correlacionadas con el "Inventario de miedos para niños, versión revisada" (*Fear Survey Schedule for Children- Revised*, FSSC-R; Ollendick, 1983), la "Escala de ansiedad manifiesta por los niños, versión revisada" (*Children's Manifest Anxiety Scale-Revised* (CMAS-R; Reynolds y Richmond, 1978), el "Inventario de ansiedad estado-rasgo para niños" (*State-Trait Anxiety Inventory for Children*, STAI-C; Spielberger, 1973), el "Inventario de depresión para niños" (*Children's Depression Inventory*, CDI; Kovacs y Beck, 1977), la "Escala de autoconcepto de Piers-Harris" (*Piers-Harris Self-concept Scale*, PHSCS; Piers, 1984), y la "Escala de ansiedad social para niños" (*Social Anxiety Scale for*

Children, SASC; La Greca, Dandes, Wick, Shaw y Stone, 1988), mientras que las puntuaciones obtenidas por los padres fueron correlacionadas con el "Listado de comportamientos infantiles" (*Child Behavior Checklist*, CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1978). Finalmente, las puntuaciones de los profesores en las cuatro dimensiones fueron correlacionadas con el "Informe del profesor" (*Teacher Report Form*, Edelbrock y Achenbach, 1984).

Los resultados hallados por Kearney y Silverman (1993) revelaron que las medidas de afectividad negativa (ansiedad, depresión, baja autoestima) correlacionaron con la primera de las dimensiones, es decir, con evitar estímulos o situaciones aversivas relacionadas con el contexto escolar. Sin embargo, sorprendentemente, encontraron que los niveles de miedo, evaluados con el FSSC-R, obtuvieron correlaciones más elevadas en la función de búsqueda de atención de los padres, mantenida por refuerzo positivo. Los autores explican estos resultados teniendo en cuenta que los niños que obtienen mayor puntuación en esta condición (búsqueda de atención), tienen una media de edad de 8,2 años, por lo que es posible que presenten miedos apropiados a su desarrollo y no necesariamente miedos escolares. Por otro lado, como se esperaba, los niños con rechazo escolar mantenido por refuerzo negativo presentaron niveles más elevados de depresión, bajo autoconcepto y ansiedad social, sobre todo en la función de escapar de situaciones sociales aversivas o evaluativas. En cuanto a las puntuaciones obtenidas por los padres, se encontró que las conductas interiorizadas correlacionaron en mayor medida con la condición mantenida por refuerzo positivo de buscar atención de los padres, mientras que las conductas exteriorizadas correlacionaron con la condición de obtener refuerzo positivo tangible. Respecto a las puntuaciones obtenidas por los profesores, las conductas interiorizadas correlacionaron en mayor medida con la condición de escapar de situaciones sociales aversivas o evaluativas, mientras que las conductas exteriorizadas correlacionaron más con la de obtener atención de los padres. Los autores concluyeron que las medidas de síntomas exteriorizados se asocian generalmente con las condiciones funcionales de refuerzo positivo.

Posteriormente, Higa, Daleiden y Chorpita (2002) examinaron las propiedades psicométricas y la utilidad clínica de la SRAS en una muestra multiétnica. La muestra se compuso de 30 adolescentes que presentaron rechazo escolar y sus madres. Los resultados mostraron una correlación elevada entre las escalas que evaluaban la función mantenida por refuerzo negativo, mientras que las escalas de refuerzo positivo no correlacionaron significativamente. Por otro lado, aunque el acuerdo entre padres e hijos fue bajo, los análisis de validez mostraron que la contribución de ambas fuentes de información resultó fundamental.

LA ESCALA REVISADA DE EVALUACIÓN DEL RECHAZO ESCOLAR

La "Escala revisada de evaluación del rechazo escolar" (*School Refusal Assessment Scale-Revised*, SRAS-R; Kearney, 2002) es una versión revisada del SRAS, en la que se modifica el contenido de algunos ítems y se añaden ocho nuevos. Concretamente el número de ítems fue incrementado a 24 (seis por función).

Tanto el método de administración como la forma de corrección son idénticos a la versión original.

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax realizado por los autores identificó tres factores: *Refuerzo negativo*, *Búsqueda de atención* y *Refuerzo tangible*.

La fiabilidad test-retest, para un intervalo de siete a 14 días, fue adecuada para la escala de niños ($r = 0,56 - 0,78$) y para la de los padres ($r = 0,61 - 0,78$).

En cuanto a la validez concurrente, los autores correlacionaron las puntuaciones obtenidas en la escala original (SRAS-C) con las puntuaciones obtenidas en la revisada (SRAS-C-R) en cada una de las cuatro condiciones, resultando todas ellas estadísticamente significativas (Función 1: 0,56; Función 2: 0,73; Función 3: 0,77; Función 4: 0,68).

Autorregistros

Los autorregistros proporcionan diversa información sobre los sentimientos y comportamientos de los niños, facilitando datos sobre los factores que puedan desencadenar, exacerbar o aliviar la ansiedad (Elliott, 1999). El autorregistro más ampliamente utilizado con los niños ha sido el termómetro del miedo, debido a la sencillez de su uso. El termómetro del miedo se basa en una escala de 0 a 10 (0= *ausencia de miedo*; 10= *miedo extremo*). Además de números, pueden utilizarse diagramas de barras, caras que expresen desde ausencia de miedo a miedo extremo, o cualquier otra forma gráfica que facilite al niño indicarnos el grado de temor que experimenta.

King, Ollendick y Tonge (1995) proponen un modelo de autorregistro que consiste en que el niño, antes de ir a la escuela, califica sus sentimientos respecto a asistir a la escuela en una escala de uno a cinco (1= *me siento feliz y bien*; 5= *estoy tan nervioso y perturbado que sé que no puedo ir a la escuela hoy*). Además, califica lo enfermo que se siente, desde 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 finalizar el día, el niño indica si fue a la escuela, permaneció en la escuela todo el día y cómo fue el día en la escuela.

Debido a las ventajas y limitaciones de cada uno de los procedimientos de evaluación y a la heterogeneidad del problema, Kearney y Bates (2005) recomiendan, como norma general, evaluar la ansiedad y el rechazo escolar desde una aproximación multimétodo. Finalmente, es importante tener en cuenta que una evaluación exhaustiva de la fobia escolar debería incluir el análisis de variables que pueden influir en la efectividad del tratamiento, tales como dinámicas familiares problemáticas, variables demográficas, estatus, etnicidad, severidad de la escuela con los estudiantes y comorbilidad con trastornos mentales (Layne, Bernestein, Egan y Kushner, 2003).

Tratamiento de la ansiedad escolar

Tratamiento psicológico

El objetivo fundamental del tratamiento de la fobia escolar es conseguir que el niño asista de nuevo a la escuela lo antes posible. Cuanto más tiempo esté sin ir a clase, más difícil será su regreso (Fremont, 2003). El tratamiento de la fobia y el rechazo escolar ha sido abordado principalmente desde una aproximación cognitivo-conductual. Los tratamientos cognitivo-conductuales incluyen, generalmente, desensibilización sistemática (exposición gradual al contexto escolar), entrenamiento en relajación, imaginación emotiva, entrenamiento en habilidades sociales, reestructuración cognitiva y entrenamiento en control de contingencias a los padres, para aumentar la motivación y el cumplimiento terapéutico (Fremont, 2003; King, Heyne y Ollendick, 2005). Este tipo de programas han sido los más utilizados, resultando altamente eficaces (Heyne y King, 2004; Heyne, King y Tonge, 2004; Heyne y Rollings, 2002; King, Tonge, Heyne y Ollendick, 2000), frente a otras orientaciones como la terapia de apoyo educativo (ver Last, Hansen y Franco, 1998, para una revisión).

Eficacia de la terapia cognitivo-conductual

Blagg y Yule (1984) realizaron un estudio, a partir de una muestra de 66 estudiantes, para comparar la eficacia de tres tipos de intervenciones para el tratamiento del rechazo escolar: 1) exposición a situaciones escolares temidas; 2) hospitalización; y 3) psicoterapia más escolarización en casa. Los resultados más satisfactorios se obtuvieron en la primera condición, en la que el 93% de los estudiantes retomaron la asistencia escolar, frente al 37% en el grupo de hospitalizados y el 10% en el de psicoterapia más escolarización en casa. Posteriormente, King *et al.* (1998) distribuyeron aleatoriamente una muestra de 34 escolares de cinco a 15 años que presentaban rechazo escolar en dos condiciones experimentales: 1) intervención cognitivo-conductual y 2) grupo control de lista de espera. La intervención cognitivo-conductual, con una duración de cuatro semanas, incluía entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva y exposición. Además se intervenía con los padres y el personal docente, centrándose en estrategias como dar instrucciones, ignorar las quejas y proporcionar refuerzo positivo. El porcentaje de asistencia a la escuela pasó de un 61 % a un 94 % en el grupo experimental. Además, se encontraron diferencias en los autorregistros de miedo, ansiedad y depresión. Involucrar a los padres en el tratamiento confirmó los beneficios que conllevaba para los niños. Respecto al seguimiento, King *et al.* (1998) encontraron que 13 de los 16 estudiantes que recibieron tratamiento cognitivo-conductual indicaron un mantenimiento de su mejoría después de finalizar el tratamiento.

Paralelamente, Last, Hansen y Franco (1998) compararon la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con la aproximación conocida como terapia de apoyo educativo. Estos investigadores asignaron aleatoriamente a 56 escolares entre seis

y 17 años con rechazo escolar a estas condiciones experimentales. La terapia cognitivo-conductual consistió en la aplicación de exposición en vivo y entrenamiento en autoinstrucciones. La terapia de apoyo educativo se basó en presentaciones educativas sobre la problemática, animando a los niños a hablar sobre sus miedos, enseñándoles a distinguir entre miedo, ansiedad y fobia y a registrar diariamente las situaciones temidas asociadas a los pensamientos y sentimientos. Ambos grupos mostraron una mejora en el nivel de asistencia a la escuela y mejoraron los resultados de sus autorregistros de miedo, ansiedad y depresión. Los resultados del posttest revelaron que los escolares que siguieron el programa cognitivo-conductual mejoraron más (65%) que los iguales que recibieron terapia de apoyo educativo (50%), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Posteriormente, Heyne *et al.* (2002) distribuyeron aleatoriamente una muestra de 61 escolares de siete a 14 años que presentaron rechazo escolar en tres condiciones experimentales: 1) terapia a los niños; 2) entrenamiento a los padres y profesores; y 3) combinación de terapia al niño y entrenamiento a padres y profesores. La duración total del tratamiento fue aproximadamente de cuatro semanas (ocho sesiones de 50 minutos). El tratamiento dirigido a los niños incluyó relajación, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva y exposición graduada en vivo. La terapia a los padres y profesores consistió en estrategias de manejo conductual (reducción de refuerzos en casa durante el horario escolar, entrenamiento en acompañar al niño a la escuela y reforzar la conducta de afrontamiento de los niños), y técnicas cognitivas para el manejo de su propia ansiedad. La intervención con los maestros consistió en preparación para el regreso del niño, ayudar a éste a su llegada, refuerzo positivo y extinción, así como adaptación académica, social y emocional del niño. Los resultados del posttest mostraron un alto porcentaje de asistencia en los grupos en los que estuvieron implicados padres y profesores. Sin embargo, en el seguimiento cuatro meses y medio después, Heyne *et al.* (2002) encontraron una efectividad equitativa en los tres grupos, incrementando la asistencia escolar y la autoeficacia percibida y reduciéndose los miedos escolares, la ansiedad y la depresión. Aunque en esta investigación no se utilizó un grupo control, los resultados apoyaron el uso de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los escolares que presentan rechazo escolar.

Ese mismo año, Santacruz *et al.* (2002) presentaron una revisión metaanalítica sobre la eficacia del tratamiento psicológico para la ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia/rechazo escolar en niños y adolescentes. Los resultados revelaron que el tratamiento de elección para los tres desórdenes fue la terapia cognitivo-conductual, resultando eficaz tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento. Además, Santacruz *et al.* (2002) concluyeron que los tres componentes básicos de la terapia cognitivo-conductual fueron la exposición gradual del niño a situaciones provocadoras de ansiedad, el entrenamiento a padres y maestros, así como una amplia gama de procedimientos cognitivos tales como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y el entrenamiento en autoinstrucciones.

Recientemente, In-Albon y Schneider (2007) realizaron un metaanálisis sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad de los adolescentes. Los resultados revelaron que el tamaño del efecto medio en el posttest

fue elevado ($d= 0.86$). Sin embargo, los autores no encontraron diferencias entre el tratamiento individual frente al grupal, ni entre los tratamientos centrados en el niño o en la familia.

Técnicas de intervención cognitivo-conductuales

Como en el caso del trastorno de ansiedad social (Inglés, 2007), la elección de una o varias técnicas de intervención cognitivo-conductual dependerá fundamentalmente de la naturaleza etiológica (p. ej., cognitiva o motora) responsable de la aparición y mantenimiento del trastorno de fobia escolar. En este sentido, Kearney y Silverman (1993) recomendaron seleccionar los componentes del tratamiento basándose en la función que mantiene el rechazo escolar (tabla 2). Así, la *desensibilización sistemática* sería el tratamiento de elección cuando la negativa a asistir al colegio es consecuencia de la evitación experimentada por el estudiante ante situaciones escolares temidas. La desensibilización sistemática es una técnica dirigida fundamentalmente a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. Se trata de suprimir el refuerzo negativo de las conductas de evitación y de escape. La *exposición* a los estímulos fóbicos puede hacerse en imaginación o en vivo aunque la última ha mostrado ser más eficaz que la primera (Echeburúa, 2000). Además, la exposición en imaginación no es practicable en niños menores de 10-11 años (Echeburúa, 2000), debido a las limitaciones presentes en sus repertorios básicos de conducta (atención, imitación, pensamiento abstracto, etc.).

Tabla 2

Clasificación funcional de la conducta de rechazo escolar y tratamiento recomendado

Clasificación funcional	Tratamiento
Evitación de estímulos o situaciones relacionadas con el colegio que provocan afectividad negativa (ansiedad/depresión).	Ejercicios para reducir la reactividad fisiológica (relajación/respiración). Exposición gradual al contexto escolar.
Escape de situaciones sociales aversivas y/o evaluativos relacionadas con el contexto escolar.	Entrenamiento en habilidades sociales: modelado, ensayo conductual (<i>role-playing</i>) y reestructuración cognitiva. Exposición
Búsqueda de atención de personas significativas (ejemplo, padres).	Entrenamiento de padres en manejo de contingencias.
Obtención de refuerzo positivo tangible.	Contrato de contingencias entre el niño y la familia.
Mixto.	Combinación de técnicas.

Nota: Fuente: Kearney y Albano (2004)

Una alternativa al tratamiento de los más pequeños es el tratamiento en formato de juego, desatendido generalmente en la terapia de conducta por sus connotaciones psicodinámicas (Aguilar y Espada, 2002). Cuando el rechazo escolar se relaciona con la evitación de situaciones sociales aversivas, Kearney y Silverman (1993) recomiendan aplicar técnicas de *reestructuración cognitiva* y *modelado*. La meta de la reestructuración cognitiva es modificar la conducta de rechazo escolar alterando las creencias y pensamientos desadaptativos que están contribuyendo a la evitación y/o escape de situaciones sociales aversivas. La técnica, por tanto, ayuda a que el niño etiquete las situaciones sociales de manera más positiva, así como su propia competencia para hacerles frente, de modo que decrezca la ansiedad social y la evitación. El modelado pretende que el niño se enfrente a las situaciones sociales de modo más competente. Sin embargo, cuando el rechazo escolar se produce con el fin de buscar atención de los padres, es aconsejable entrenar a los padres en *técnicas operantes* (Kearney y Silverman, 1993). Concretamente, se les debe instruir en la aplicación correcta de técnicas de extinción, refuerzo diferencial de otras conductas y refuerzo diferencial de conductas incompatibles, con el objetivo último de reducir los comportamientos inadecuados e incrementar los comportamientos deseables. Finalmente, si el rechazo escolar se produce por la obtención de refuerzo tangible, una técnica efectiva es el *control de contingencias*. Así, los padres deben eliminar las consecuencias reforzantes que conllevan no asistir al colegio, acordando castigos al no asistir al colegio y administrando refuerzos positivos por asistir y permanecer en el colegio. En este sentido, resulta imprescindible que los padres y el niño negocien y acuerden los posibles castigos y refuerzos positivos, especificando las conductas que los provocarán; ambas partes tendrán que estar de acuerdo en los términos del contrato, debiendo por último firmarlo (Kearney y Silverman, 1993).

Para concluir y siguiendo las indicaciones de Blagg y Yule (1984), se presenta la guía general para la intervención cognitivo-conductual del rechazo escolar:

EVALUACIÓN:

- Identificar y clarificar la conducta de rechazo escolar lo más detalladamente posible, contando con las tres fuentes de información involucradas: niño, familiares (padres, hermanos, etc.) y profesores.
- Determinar los posibles factores precipitantes y de mantenimiento, así como la frecuencia y duración del absentismo. Con los más pequeños, cuando la inasistencia es reciente y esporádica es posible solucionar el problema de forma rápida, simplemente convenciendo a los padres para que fueren al niño a asistir con regularidad al colegio.
- Explorar posibles miedos y temores actuales relacionados con la vuelta al colegio y las posibles razones que aduce el niño para no acudir a clase.
- Averiguar si existen otros problemas psicológicos asociados al rechazo escolar.
- Discutir abiertamente las preocupaciones del niño con los padres y profesores para poder programar una vuelta consensuada. Reducir su nivel de ansiedad, empleando imágenes emotivas agradables, el humor y otras estrategias

de manejo de la ansiedad. Aclarar sus dudas, explicando en qué va a consistir el tratamiento.

TRATAMIENTO:

- Planificar el tratamiento: programar cuidadosamente cómo y cuándo se va a producir la reincorporación del niño.
- Entrenar a los padres en el manejo de contingencias en el hogar: uso de refuerzo diferencial, extinción de las quejas somáticas, centrar la atención del niño en las experiencias agradables, etc.
- Mantener informados a los profesores o tutores, proporcionándoles instrucciones precisas acerca de cómo deben comportarse cuando el niño regrese. Es fundamental que perciba el colegio como un lugar reforzante.
- Programar una exposición gradual en vivo, especificando los pasos a seguir e incorporando otras técnicas terapéuticas según el tipo funcional de rechazo. La planificación de la jerarquía debe ser lo suficiente flexible para poder modificarla sobre la marcha ya que es habitual que haya que cambiarla durante el transcurso del tratamiento. Emplear estrategias de manejo de la ansiedad que ayuden al niño durante la exposición (p. ej., relajación, respiración, autoinstrucciones, etc.) si se considera necesario. En este sentido, una exposición gradual es mejor aceptada por niños y padres, evitando posibles abandonos prematuros. No obstante, el tiempo de exposición puede prolongarse si el niño lo admite bien.
- Seleccionar a la persona que acompañará al niño durante el proceso, indicándole cómo debe actuar en el caso de que se ponga nervioso o se resista a colaborar.
- Reforzar los progresos y asegurarse de que se cumplen las indicaciones terapéuticas mediante la colaboración de padres y profesores.
- Prevenir las recaídas. Una vez que el niño asista al colegio de forma regular es preciso prestar atención a las situaciones que pueden precipitar una recaída: enfermedad, vacaciones escolares, etc.

Tratamiento farmacológico

La imipramina (nombre comercial: *tofranil*) ha sido el antidepresivo más utilizado para el tratamiento de la fobia escolar. Gittelman-Klein y Klein (1971) demostraron que el efecto de la imipramina era superior al efecto placebo, en un estudio donde los niños tratados eran fóbicos escolares con una edad media de 11 años, utilizando dosis de 150 mg/día durante seis semanas. Posteriormente, Kutcher, Reiter y Gardner (1995) concluyeron que el efecto positivo de la imipramina sobre el rechazo escolar es confuso debido a la heterogeneidad de este problema ya que puede implicar diferentes trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Por tanto, estos autores sugieren que los antidepresivos tricíclicos no deberían ser utilizados en el tratamiento rutinario del rechazo escolar. Además, Kutcher *et al.* (1995) encontraron que el empleo de estas sustancias podría tener efectos secundarios en niños y adolescentes, tales como alteraciones cardiovascu-

lares (taquicardia, hipertensión sistólica y diastólica, etc.), estreñimiento, insomnio, náuseas, mareos, etc.

Tratamiento psicológico vs. farmacológico

Bernstein *et al.* (2000) investigaron la eficacia de la imipramina vs. placebo combinados con terapia cognitivo-conductual (exposición gradual en vivo y entrenamiento en autoinstrucciones) para el tratamiento de rechazo escolar en una muestra de 63 adolescentes que presentaron, además, trastornos comórbidos de ansiedad y depresión mayor. Los autores distribuyeron aleatoriamente a los sujetos en dos grupos experimentales: imipramina más terapia cognitivo-conductual y placebo más terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual consistió en ocho sesiones de tratamiento con el adolescente. Además, el padre o la madre se incorporaba durante unos minutos en cada sesión para participar en el contrato de contingencias y para ser informado/a sobre las tareas asignadas para casa. En las dos primeras sesiones, el terapeuta proporcionaba información psicoeducativa sobre el rechazo escolar y su tratamiento, realizaba una jerarquía individualizada de vuelta a la escuela basada en los miedos y la evitación y entrenaba al adolescente a identificar los pensamientos negativos con respecto a la asistencia escolar y a reemplazar éstos por pensamientos más adaptativos. Durante el resto de sesiones se practicaba la exposición a la jerarquía completada en las sesiones terapéuticas anteriores. Los resultados mostraron que la asistencia a la escuela mejoró significativamente en el grupo de imipramina más terapia cognitivo-conductual pero no en el grupo placebo. Después de ocho semanas de tratamiento, las horas semanales de asistencia a la escuela aumentaron en mayor medida en el grupo de imipramina (70,1%) que en el placebo (27,65%) siendo dichas diferencias estadísticamente significativas. Además, aunque los síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron en ambos grupos, la sintomatología depresiva disminuyó significativamente más en el grupo de imipramina que en el grupo placebo. Sin embargo, en el seguimiento realizado un año después, no se hallaron diferencias entre ambos grupos, debido, probablemente, a los tratamientos posteriores recibidos y a la mayor participación en el seguimiento de adolescentes que habían obtenido buenos resultados en el postest.

En resumen, aunque la imipramina se ha empleado frecuentemente en el tratamiento de la fobia escolar y en el trastorno de ansiedad por separación, la pobreza de estudios controlados, la magnitud de los efectos secundarios y los resultados satisfactorios del tratamiento psicológico, aconsejan optar preferentemente por el tratamiento cognitivo-conductual. Así, la terapia farmacológica debería aplicarse únicamente cuando el tratamiento psicológico resulte ineficaz o en aquellos casos en los que los escolares presenten un deterioro clínicamente significativo.

Avances en la investigación sobre fobia y rechazo escolar

Hasta hoy, son escasas las investigaciones realizadas sobre ansiedad y rechazo escolar en población infanto-juvenil (Kearney y Bates, 2005), por lo que la disponibilidad de procedimientos e instrumentos de evaluación con adecuadas propiedades psicométricas es realmente reducida. Igualmente, existe un número relativamente pequeño de programas de tratamiento bien establecidos o cuya eficacia terapéutica haya sido controlada en las fases de postest y seguimiento.

Con el fin de paliar parte de estas carencias, nuestro equipo de investigación ha comenzado a trabajar en la evaluación de la ansiedad escolar y en las relaciones que este constructo mantiene con otras variables clínicas (p. ej., fobia social, depresión) y psicoeducativas (p. ej., atribuciones de éxito y fracaso académico, metas académicas, estrategias de aprendizaje, rendimiento escolar, etc.). Además, hemos iniciado una serie de estudios transculturales con el fin de determinar si la expresión y las situaciones generadoras de ansiedad escolar autoinformada por los adolescentes varían o permanecen relativamente estables a través de distintas culturas, etnias y/o países.

Evaluación de la ansiedad escolar

Uno de los objetivos principales de la evaluación conductual es medir, de manera fiable y válida, los sistemas de respuesta (cognitivo, motor y fisiológico) y las situaciones específicas que conllevan respuestas de ansiedad. Bajo esta premisa, García-Fernández e Inglés (2006) construyeron el *Cuestionario de ansiedad escolar* (CAE), cuyo objetivo principal es identificar a adolescentes que presentan ansiedad escolar. El CAE es un instrumento que evalúa las situaciones y respuestas de ansiedad en el ámbito educativo en estudiantes de educación secundaria (12 a 18 años) mediante siete escalas y una puntuación total.

Las escalas referidas a las *respuestas* de los sujetos son: *ansiedad cognitiva*, que consta de nueve tipos de respuesta sobre pensamientos y sentimientos ante distintas situaciones escolares (p. ej., "siento temor a equivocarme"), *ansiedad conductual*, que a través de seis formas de respuesta refleja aspectos conductuales fácilmente observables ante dichas situaciones (p. ej., "me tiembla la voz"), y *ansiedad psicofisiológica*, que en cinco clases de respuesta valora la activación del sistema nervioso ante las mismas situaciones (p. ej., "siento molestias en el estómago").

Las escalas referidas a las 23 *situaciones* escolares a las que el sujeto ha de contestar en función de sus respuestas cognitivas, conductuales y psicofisiológicas son: *ansiedad ante el fracaso y castigo escolar* (p. ej., "suspender un examen"), *ansiedad ante la agresión* (p. ej.: "que me insulten o amenacen"), *ansiedad ante la evaluación social* (p. ej., "hablar a la clase"), y *ansiedad ante la evaluación escolar* (p. ej., "hacer un examen escrito"). Los adolescentes deben indicar mediante una escala de 5 puntos (0= *nunca*; 4= *siempre*) la frecuencia con la que se da cada respuesta en la situación a la que hace referencia.

El análisis factorial de componentes principales con rotación varimax de las situaciones escolares identificó cuatro factores que explicaron el 74,92% de la varianza:

Ansiedad ante el fracaso y castigo escolar, Ansiedad ante la agresión, Ansiedad ante la evaluación social y Ansiedad ante la evaluación escolar". El análisis factorial confirmatorio reveló un ajuste satisfactorio de la estructura factorial del CAE.

La consistencia interna (0,93) y la fiabilidad test-retest (0,82) fueron elevadas para la puntuación total. En cuanto a los factores que componen las situaciones, la consistencia interna varió de 0,87 a 0,94, mientras que la estabilidad temporal osciló de 0,78 a 0,81. En cuanto a los factores relativos a las respuestas, los coeficientes de consistencia interna fueron 0,87 (cognitiva), 0,82 (conductual) y 0,85 (psicofisiológica).

La validez concurrente del CAE fue analizada mediante la correlación con el Inventario de ansiedad estado rasgo para niños (Spielberger *et al.*, 1973) y con el Inventario de ansiedad estado rasgo (Spielberger *et al.*, 1970), hallando correlaciones de 0,30 para ansiedad estado y 0,51 para ansiedad rasgo, en el primer caso, y 0,32 para ansiedad estado y 0,43 para ansiedad rasgo, en el segundo.

Relaciones entre ansiedad escolar y otras variables psicoeducativas

El interés de nuestro grupo de investigación también se dirige a estudiar las relaciones entre ansiedad escolar y diversas variables psicosocioeducativas, tales como, rendimiento académico, variables de personalidad, patrón de atribución causal, motivación escolar, autoconcepto, estrategias de aprendizaje y estatus sociométrico. Para nuestro conocimiento, no se han realizado, hasta hoy, estudios que describan estas variables en el ámbito escolar, es decir, cómo se caracteriza el estilo atribucional, el autoconcepto académico, la motivación escolar, las estrategias de aprendizaje y el rendimiento académico de estudiantes con ansiedad escolar, o si el hecho de ser aceptado o rechazado por los compañeros de clase y/o por el profesor puede estar relacionado con un determinado nivel de ansiedad escolar autopercibida, cuestiones éstas a las que pretendemos dar respuesta con la realización de la investigación que actualmente se encuentra en curso.

Diferencias vs. semejanzas culturales en ansiedad escolar

Finalmente, la tercera de las líneas de investigación de nuestro grupo consiste en analizar la equivalencia transcultural del constructo ansiedad escolar en adolescentes de diferentes grupos étnicos. Al igual que con otros constructos estrechamente relacionados, tales como la ansiedad social (Inglés, Marzo, Hidalgo, Zhou y García-Fernández, 2008; Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo y La Greca, 2008), actualmente estamos estudiando la invarianza factorial del CAE, desde el enfoque del análisis factorial confirmatorio multigrupo mediante modelado de ecuaciones estructurales (Brown, 2006; Byrne, 2006), en muestras de adolescentes españoles, portugueses, chinos e iraníes. Los resultados de esta línea de investigación permitirán comparar, con cierto rigor metodológico, si la expresión cognitiva, motora y fisiológica de la ansiedad escolar, así como las situaciones escolares generadoras de la misma, varían según la cultura, etnia y/o país de procedencia de los adolescentes. Una línea

de trabajo que, sin lugar a dudas, constituye una clara contribución al avance de la investigación de la ansiedad escolar en la adolescencia.

Síntesis

La fobia escolar es conceptualizada como una dificultad grave para asistir o permanecer en el colegio de forma regular debido al miedo excesivo e irracional asociado a distintas situaciones escolares (p. ej., miedo a jugar durante el recreo, a hablar en clase, al maestro, a otros niños, etc.).

Este artículo revisa las características comunes de los niños y adolescentes que presentan ansiedad escolar, diferenciándola de otros constructos como la ansiedad por separación y hacer novillos (*truancy*). Posteriormente, se realiza una revisión exhaustiva de los métodos generalmente utilizados para la evaluación de la ansiedad escolar, encontrando que las entrevistas y las medidas de autoinforme (autorregistros y cuestionarios) constituyen el procedimiento de evaluación más comúnmente empleado. Tras realizar una descripción profusa del "*Inventario de miedos escolares*" y la "*Escala de evaluación del rechazo a la escuela*", esta sección finaliza con la recomendación de realizar, en la medida de lo posible, una evaluación multimétodo-multiagente-multicontexto de la ansiedad escolar.

En cuanto al tratamiento de la fobia escolar, se examinan numerosas investigaciones en las que se demuestra la elevada eficacia de la terapia cognitivo-conductual en población infanto-juvenil frente a otras orientaciones terapéuticas. Además, la técnica concreta de intervención cognitivo-conductual más apropiada, dependerá de la naturaleza etiológica de la fobia escolar. De este modo, la técnica de desensibilización sistemática será el tratamiento de elección cuando la negativa a asistir al colegio es consecuencia de la evitación experimentada por el estudiante ante situaciones escolares temidas. La reestructuración cognitiva y modelado deberían emplearse en aquellos casos en que el rechazo escolar se relaciona con la evitación de situaciones sociales aversivas, mientras que las técnicas operantes resultan más adecuadas cuando el rechazo se produce con el fin de buscar atención de los padres y, el control de contingencias, cuando el rechazo se produce por la obtención de refuerzo tangible. Por último, es importante indicar que el tratamiento farmacológico para los casos de fobia escolar debería ser aplicado con cierta cautela, debido a la pobreza de estudios controlados y a la magnitud de los efectos secundarios que produce en niños y adolescentes.

El artículo concluye con las investigaciones que en la actualidad están siendo realizadas por los autores, con el fin de avanzar en el estudio de la fobia escolar. Entre ellas destaca: a) la elaboración y validación psicométrica del "*Cuestionario de ansiedad escolar*", un nuevo instrumento de lápiz y papel destinado a evaluar las situaciones escolares específicas que generan ansiedad escolar, así como los sistemas (cognitivo, motor y fisiológico) a través de los cuales se manifiesta esta respuesta desadaptativa; b) el estudio de las relaciones entre ansiedad y otras variables psicoeducativas, tales como, rendimiento académico, variables de personalidad, patrón de atribución causal, motivación escolar, autoconcepto, estrategias de

aprendizaje y estatus sociométrico; y, c) el análisis la equivalencia transcultural del constructo ansiedad escolar en adolescentes de diferentes culturas, grupos étnicos y/o países.

Referencias

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, *85*, 1275-1301.
- Aguilar, G. y Espada, B. (2002). Terapia de juego cognitivo-conductual. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos específicos* (pp. 447-460). Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Anstey, E. (1990). *Dominó D-48*. Madrid: TEA Ediciones.
- Atkinson, L., Quarrington, B. y Cyr, J. J. (1985). School refusal: the heterogeneity of a concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, *55*, 83-101.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bernstein, G. A., Borchardt, C. M., Perwien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. y Last, C. G. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 276-283.
- Berry, G., Inejikian, M. A. y Tidwell, R. (1993). The school phobic child and the counselor: identifying, understanding and helping. *Education*, *114*, 37-45.
- Blagg, N. (1987). *School phobia and its treatment*. Londres: Croom Helm.
- Blagg, N. y Yule, W. (1984). The behavioral management of school refusal: a comparative study. *Behavior Research and Therapy*, *22*, 119-127.
- Blagg, N. R. y Yule, W. (1994). School refusal. En T. H. Ollendick, N. J. King y W. Yule (dirs.), *Internacional handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescent* (pp. 169-186). Nueva York: Plenum Press.
- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bragado, C. (2006). Fobia escolar y rechazo al colegio. En F. X. Méndez, J. P. Espada, M. Orgilés (Coords.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares* (pp. 93-117). Madrid: Pirámide.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6-17 años. *Ansiedad y Estrés*, *2*, 97-112.
- Brown, T. (2006). CFA with equality constraints, multiple groups, and mean structures. En T. Brown (dir.), *Confirmatory factor analysis for applied research* (pp. 236-319). Nueva York: Guildford.
- Byrne, B. M. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Burnham, J. J., Schaefer, B. A. y Giesen, J. (2006). An empirical taxonomy of youths' fears: Cluster analysis of the American Fear Survey Schedule. *Psychology in the Schools*, *43*, 673-683.
- Capafóns, A., Sosa, C. D., Conesa-Peraleja, M. D., Navarro, A. M. y Silva, F. (1993). Inventario de creencias irracionales. En F. Silva, y C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. III, pp. 85-97). Madrid: MEPSA.

- Chitiyo, M. y Wheeler, J. J. (2006). School phobia: understanding a complex behavioural response. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 6, 87-91.
- Clemente, A. Pérez, F. y García, R. (1990). *Cuestionario de desadaptación escolar (CDE)*. Valencia: Set i Set.
- De la Cruz, M. V. y Cordero, A. (1981). *Inventario de adaptación de conducta*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Edelbrock, C. y Achenbach, T. (1984). The teacher version of the Child Behavior Profile: Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 207-217.
- Elliot, J. G. (1999). Practitioner review: school refusal: issues of conceptualisation, assessment, and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 1001-1012.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Londres: Hodder and Stoughton.
- Fremont, W. P. (2003). School refusal in children and adolescents. *American Family Physician*, 68, 1555-1561.
- García-Fernández, J. M. (1997). *Validación de tres formas del Inventario de Miedos Escolares*. Tesis doctoral no publicada, Murcia, Universidad de Murcia.
- García-Fernández, J. M. y Méndez, F. X. (2008a). Inventario de miedos escolares forma preadolescentes. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (dirs.), *Ansiedad de separación* (pp. 63-115). Madrid: Pirámide.
- García-Fernández, J. M. y Méndez, F. X. (2008b). Inventario de miedos escolares forma adolescentes. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (dirs.), *Ansiedad de separación* (pp. 63-115). Madrid: Pirámide.
- Gittelman-Klein, R. y Klein, D. F. (1971). Treatment of school phobia. *Archives of General Psychiatry*, 25, 204-207.
- Gordon, D. A. y Young, R. D. (1976). School phobia: A discussion of etiology, treatment and evaluation. *Psychological Reports*, 39, 783-804.
- Granell de Aldaz, E. (1984). School refusal and school-related fears in a Venezuelan sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 722-729.
- Heyne, D. y King, N. J. (2004). Treatment of school refusal. En P. M. Barrett y T. H. Ollendick (dirs.), *Handbook of interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment* (pp. 243-272). Chicchester: Wiley.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. y Cooper, H. (2001). School refusal: epidemiology and management. *Pediatric Drugs*, 3, 719-732.
- Heyne, D., King, N. J. y Tonge, B. (2004). School refusal. En T. H. Ollendick y J. S. March (dirs.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 236-271). Nueva York: Oxford University Press.
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B., 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 and Adolescent Psychiatry*, 41, 687-695.
- Heyne, D. y Rollings, S. (2002). *School refusal. Parent, adolescent and child training series 2 (PACTS 2)*. Oxford: British Psychological Society and Blackwell.
- Higa, C. K., Daleiden, E. L. y Chorpita, B. F. (2002). Psychometric properties and clinical utility of the school refusal assessment scale in a multiethnic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 247-258.
- In-Albon, T. y Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 15-24.

- Inglés, C. J. (2007). *Estado actual de la investigación en promoción de la competencia social y tratamiento de las dificultades interpersonales en la adolescencia*. Ponencia invitada en las XI Jornadas Internacionales sobre Avances en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia, Barcelona, España.
- Inglés, C. J., Marzo, J. C., Zhou, X., Hidalgo, M. D. y Xu, Q. (2008). Factorial invariance of the Questionnaire about Interpersonal Difficulties for Adolescents across Spanish and Chinese adolescents. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *41*, 89-103.
- Jones, W. H. y Russell, D. (1982). The social reticence scale: an objective measure of shyness. *Journal of Personality Assessment*, *46*, 629-631.
- Kearney, C. A. (2001). *School refusal behavior in youth: a functional approach to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kearney, C. A. (2002). Identifying the function of school refusal behaviour: a revision of the school refusal assessment scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 235-245.
- Kearney, C. A. (2003). Bridging the gap among professionals who address youth with school absenteeism: overview and suggestions for consensus. *Professional Psychology: Research and Practice*, *34*, 57-65.
- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: an empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*, 53-61.
- Kearney, C. A. y Albano, A. M. (2004). The functional profiles of school refusal behavior: diagnostic aspects. *Behavior Modification*, *28*, 147-161.
- Kearney, C. A. y Bates, M. (2005). Addressing school refusal behavior: suggestions for frontline professionals. *Children and Schools*, *27*, 207-216.
- Kearney, C. A., Eisen, A. R. y Silverman, W. K. (1995). The legend and myth of school phobia. *School Psychology Quarterly*, *10*, 65-85.
- Kearney, C. A. y Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behaviour: the school assessment scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 85-96.
- Kearney, C. A. y Silverman, W. K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *3*, 339-354.
- Kearney, C. A. y Sims, K. E. (1997). A clinical perspective on school refusal in youngsters. *Psychotherapy in Practice*, *3*, 5-19.
- Kearney, C. A., Pursell, C. y Álvarez, K. (2001). Treatment of school refusal behavior in children with mixed functional profiles. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*, 3-11.
- 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., Heyne, D. y Ollendick, T. H. (2005). Cognitive-Behavioral treatments for anxiety and phobic disorders in children and adolescents: a review. *Behavioral Disorders*, *30*, 241-257.
- 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., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Nyerson, 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.

- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. En J. G. Schulterbrandt y A. Raskin (dirs.), *Depression in children: Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). Nueva York: Raven.
- Kutcher, S., Reiter, S., y Gardner, D. (1995). Pharmacotherapy: Approaches and applications. En J. S. March (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 341-385). Nueva York: Guilford.
- La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K. y Stone, W. L. (1988). The development of the Social Anxiety Scale for Children (SASC): reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 84-91.
- Last, C. G., Hansen, C. y Franco, N. (1998). Cognitive behavioural treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 404-411.
- Layne, A. E., Bernstein, G. A., Egan, E. A. y Kushner, M. G. (2003). Predictors of treatment response in anxious-depressed adolescents with school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 319-326.
- McShane, G., Walter, G. y Rey, J. M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 822-826.
- Méndez, F. X. (1988). *Inventario de miedos escolares*. Trabajo no publicado. Universidad de Murcia.
- Méndez, F. X. y Maciá, D. (1990). Tratamiento conductual de un caso de fobia escolar. En F. X. Méndez y D. Maciá (dirs.), *Modificación de conducta con niños y adolescentes: libro de casos* (pp. 74-107). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X. y García-Fernández, J. M. (2008). Inventario de miedos escolares forma niños. En F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (dirs.), *Ansiedad de separación* (pp. 63-115). Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., García-Fernández, J. M. y Olivares, J. (1996). Miedos escolares: un estudio empírico en preescolar, EGB y BUP. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 113-118.
- Méndez, F. X., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D., García-Fernández, J. M. y Quiles, M. J. (2003). Los miedos en la infancia y la adolescencia: Un estudio descriptivo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6, 13.
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano, A. R. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Miller, L. C., Barrett, C. L., Hampe, E. y Noble, H. (1972). Factor structure of childhood fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 264-268.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto Forma A (AFA)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. H. y Mayer, J. A. (1984). School phobia. En S. Turner (dir.), *Behavioral Theories and Treatment of Anxiety* (pp. 367-412). Nueva York: Plenum Press.
- Orgilés, M., Espada, J. P. y Méndez, F. X. (en prensa). Avances en el tratamiento de las fobias específicas en la infancia y la adolescencia. *Psicología Conductual*.
- Pelechano, V. (1984). *Programas de intervención psicológica en la infancia*. Valencia: Alfaplús.
- Pérez SanGregorio, M. A., León, M. R., Romo, M. L., Rodríguez-Franco, L. y Blanco, A. (1991). Breve exposición sobre las diferentes manifestaciones ansiosas descritas en la infancia. *Anales de Psicología*, 7, 45-55.
- Piers, E. V. (1984). *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale: revised manual 1984*. Los Ángeles: Western Psychological Services.

- Reynolds, C. R., y Richmond, B. O. (1978). What I Think and feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A. I., Sánchez-Meca, J., Méndez, F. X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521.
- Sosa, C. D., Capafons, J. I., Conesa-Peraleja, M. D., Martorell, M. C., Silva, F. y Navarro, A. M. (1993). Inventario de Miedos. En F. Silva y C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil* (vol. 3, pp. 101-124). Madrid: MEPSA.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA 1988, 3ª ed.).
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, R. E., Montuori, J. y Platzek, D. (1973). *STAIC, State-trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1990).
- Terry, P. M. (1998). Do schools make students fearful and phobic? *Journal for a Just and Caring Education*, 4, 193-211.
- Zhou, X., Xu, Q., Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. y La Greca, A. M. (2008). Reliability and validity of the Chinese version of the Social Anxiety Scale for Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 185-200.

