UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN FOBIAS ESCOLARES Y ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Eloísa Guerrero Barona y Ascensión Balsera Tobajas
Universidad de Extremadura.

RESUMEN

En este artículo tratamos, en primer lugar, de delimitar términos afines, centrándonos en la descripción y en las manifestaciones clínicas más relevantes de la fobia escolar y en el trastorno por ansiedad de separación, con objeto de facilitar el diagnóstico diferencial. En segundo lugar, presentamos un programa de intervención en el que ofrecemos pautas para la detección precoz de este tipo de trastornos y la actuación coordinada con los servicios de salud, responsables de la intervención clínica. El programa que proponemos constituye un intento de superar los problemas de coordinación de los distintos recursos comunitarios e integrar las aportaciones de los mismos, con objeto de favorecer su remisión y disminuir sus efectos más negativos: las dificultades de aprendizajes y el desajuste social e integral del alumno.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son los cuadros clínicos más frecuentes en la población infanto-juvenil. En nuestro país son varios los estudios epidemiológicos que demuestran un aumento en su prevalencia e incidencia. Prueba de ello son los trabajos llevados a cabo por Bragado, Bara y Martínez-Arias (1992), quienes detectaron trastornos de ansiedad en un 15% de la muestra estudiada. Más recientemente, un estudio realizado en una muestra de 7808 sujetos de 3 a 18 años ha puesto de manifiesto que las situaciones más temidas por los escolares españoles se relacionan con el fracaso o el castigo en la escuela, y no con la separación de los padres para ir al colegio (Méndez, García-Fernández y Olivares, 1996). Paralelamente, Bragado, Carrasco, Sánchez y Bernabé (1996) han constatado que el 24,3% y el 2,9% de una muestra de 243 escolares de 11,5 años de edad media (rango 6-17 años), presentaban fobias específicas y trastorno por ansiedad de separación

Lazarus y Folkman (1986) han definido la *ansiedad* como una respuesta que emite un sujeto a un entorno que es percibido como amenazador o que plantea unas demandas por encima de los recursos de que dispone, exigiéndole un esfuerzo adaptativo. Desde esta perspectiva, es evidente que el contexto académico entraña un conjunto de tareas y situaciones susceptibles de plantear requerimientos por encima de los recursos de los alumnos, y que éstos responderían con ansiedad ante las mismas. Además, supone para el

niño la constante exigencia de desarrollar nuevos recursos, por lo que en sí mismo constituye un factor productor de determinados niveles de ansiedad. Ahora bien, la mayoría de las situaciones de enseñanza-aprendizaje, lejos de adquirir un significado de "peligro o amenaza", mantienen por lo común un carácter de "sano esfuerzo", que puede llegar a generar una experiencia estimulante y satisfactoria (Balsera y Guerrero, 2002).

En este artículo nos proponemos delimitar algunos términos relacionados y describir las dimensiones psicopatológicas de los constructos fobia escolar y trastorno por ansiedad de separación y presentamos un programa de intervención destinado a reforzar desde el contexto escolar las posibles intervenciones clínicas, con objeto de disminuir el tiempo de tratamiento y facilitar la readaptación al mismo. Consideramos que el contexto escolar es un elemento clave, que puede y debe contribuir activamente a la eliminación de las conductas de evitación, las manifestaciones de ansiedad y sus consecuencias, así como a promover la generalización al aula de los progresos terapéuticos, todo ello dentro de un enfoque comunitario de la salud.

2. ANSIEDAD, MIEDO Y FOBIAS INFANTILES

La *ansiedad* se puede también definir como una emoción que se activa cuando la persona se siente amenazada ante una situación de peligro real o imaginaria y cuya función principal es preparar al organismo para la acción. Tiene una carácter normal, biológico y adaptativo, en el sentido de velar por la seguridad y la supervivencia. En las etapas más tempranas del desarrollo actúa de niñera-cuidadora, limitando el afán de exploración y la curiosidad del niño, con una función clara de protección-conservación.

Cuando la ansiedad tiene su origen en estímulos concretos y específicos, simplemente, hablaremos de *miedo*, por ejemplo, miedo a la oscuridad, miedo a las serpientes, etc.

Los miedos puede ser innatos y aprendidos. Los primeros son respuestas incondicionadas, universales e instintivas. Tienen una función de preservación, de protección y remiten con la edad. En la infancia, estos miedos pueden afectar al 40-45% de la población, tienen un carácter evolutivo, aparecen en las distintas etapas del desarrollo, variando según la edad, el nivel de autoconciencia (desarrollo cognitivo), las habilidades personales y recursos, y la naturaleza del estímulo temido (Cuadro 1).

Cuadro1 . Clasificación de miedos evolutivos (Adaptado de Echeburúa, 1998).

Edad	Temores más frecuentes
0-1 años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
2-4 años	Animales y tormentas.
4-6 años	Oscuridad, brujas y fantasmas. Catástrofe. Separación de padres.
6-9 años	Daño físico. Ridículo.
9-12 años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto con los padres.
12-19 años	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima.

Francisco Xavier Méndez (1999) ha elaborado una clasificación más precisa y completa de la aparición y desaparición de los miedos según la edad (Cuadro 2).

Cuadro 2. Evolución de los miedos más frecuentes según la edad (Adaptado de Méndez, 1999).

Edad	Miedos
0-2 años	Pérdida de la base de sustentación, ruidos intensos, extraños, separación de padres, heridas, animales, oscuridad.
3-5 años	*Disminuyen*: pérdida del soporte, extraños. Se *mantienen*: ruidos intensos, separación de padres, animales, oscuridad. *Aumentan*: daños físicos, personas disfrazadas.
6-8 años	*Disminuyen*: ruidos intensos, personas disfrazadas. Se *mantienen*: separación de padres, animales, oscuridad, daño físico. *Aumentan*: seres imaginarios, tormenta, soledad, escuela.
9-12 años	*Disminuyen*: separación de padres, seres imaginarios, animales, soledad. Se *mantienen*: animales, oscuridad, daño físico y tormentas. *Aumentan*: escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales y muerte.
13-18 años	*Disminuyen*: tormentas. Se *mantienen*: animales y daño físico. *Aumentan*: escuela (exámenes, suspensos), aspecto físico, relaciones sociales y muerte.

Es indudable, que la ausencia de miedos puede resultar peligrosa y desadaptativa. Tal es el caso de llevarse algo a la boca, jugar con fuego, asomarse a un precipicio, etc.

Los miedos se pueden adquirir y mantener por experiencia directa con los acontecimientos aversivos, a través de procesos asociativos (condicionamiento clásico y/o operante), mediante la recepción de información sobre acontecimientos o estímulos ansiógenos (cuentos, historias, etc.), y, finalmente, por la observación de una situación o persona (modelos) que responde con miedo. Hay que considerar, que la vulnerabilidad psicobiológica va a actuar como factor predisponente.

La ansiedad y el miedo se diferencian, según Méndez, Olivares y Bermejo (2002), en la naturaleza de las variables estimulares y en las respuestas. En la ansiedad predominan las respuestas encubiertas dependientes de la estimulación interna y en el miedo, las respuestas manifiestas dependen más de la estimulación externa. De esta manera, es más fácil identificar el miedo. Otra diferencia es que el grado de concreción estimular es menor para el caso de la ansiedad, además, en ella hay un predominio de las respuestas cognitivas frente a las motóricas, que dominan en el miedo. Según estos mismos autores, el miedo se denomina *fóbico*, si es provocado por estímulos específicos (fobia específica), objetivamente inocuos (ascensor, ratones, seres imaginarios, extraños, etc.).

3. FOBIA ESCOLAR Y TRASTORNO POR ANSIEDAD DE SEPARACIÓN: DESCRIPCIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los trastornos emocionales más frecuentes en la infancia y en la adolescencia son los *trastornos de ansiedad*, pero hasta el momento presente no se han formulado modelos teóricos ni se ha llevado a cabo una delimitación clínica propia de estas etapas.

Uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la población general son las *fobias específicas*. Se definen como un patrón complejo de respuestas de ansiedad en sus tres niveles; fisiológico y emocional, cognitivo y motor, desproporcionadas y desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de estímulos específicos o situaciones (ascensor, agua, perros, sangre, alturas, etc.). Son más frecuentes en las niñas, manteniéndose esta diferencia en la edad adulta.

Las fobias infantiles aparecen con más frecuencia entre los 4 y 8 años. Se pueden definir como una forma especial de miedo, presentando los siguientes rasgos, que las diferencian del miedo adaptativo: a) son desproporcionadas a las demandas de la situación, b) persisten en el tiempo, c) no se pueden eliminar racionalmen-

te, d) van más allá del control voluntario, e) no son específicas de una edad, e) tienen larga duración, f) interfieren en la vida del niño, en función de las respuestas de evitación y el malestar generado por la intensidad de las respuestas fisiológicas y emocionales, g) constituyen un comportamiento desadaptativo.

Cuadro 3. Características que determinan la consideración clínica del miedo (Olivares, 1998).

Adecuación al peligro real	No existe proporción entre el peligro objetivo y el comportamiento.
Adecuación a la edad	El miedo no es específico de una edad.
Racionalidad	No se puede explicar ni razonar el comportamiento.
Voluntariedad	El comportamiento es automático, escapa al control voluntario de la persona.
Intensidad	Son tan intensos que alteran el ritmo de vida

La fobia escolar (F.E) se manifiesta como un rechazo prolongado que un niño experimenta al acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la situación escolar. Constituye un trastorno incapacitante por las limitaciones personales y las repercusiones negativas académicas y sociales que implica.

La F.E. fue descrita por primera vez en 1932 por Broadwin. Nueve años después, Johnson y col. (1941) publicaron un artículo titulado "fobia escolar", siendo ésta la primera vez que el término aparece citado en la literatura clínica. Posteriormente, el mismo Johnson optó por el término "ansiedad de separación", etiqueta diagnóstica que ha prevalecido, mientras que el de fobia escolar no se ha incluido específicamente en los sistemas de clasificaciones diagnósticos y estadísticos para los trastornos mentales (D.S.M), así como tampoco hoy aparece contemplado en el actual DSM-IV-TR (APA, 2000) (Cuadro 4), más allá de su posible consideración como fobia específica o situacional.

Cuadro 4. Categorías seleccionadas para los trastornos de la niñez o adolescencia correspondiente a los trastornos de ansiedad, según DSM-IV-TR (APA, 2000).

Trastornos del estado de ánimo
Trastornos depresivos
1. Trastorno depresivo mayor
2. Trastorno distímico

Trastornos bipolares
Trastornos de ansiedad
Fobia específica, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por estrés agudo, Trastorno por ansiedad debido a enfermedades médicas específicas.

A pesar de su no inclusión, actualmente, se considera a la F.E. como un constructo vivo (a finales de 1998 las bases de datos PsycLIT y Eric han recogido 550 trabajos que emplean el término fobia escolar), actualizado, aunque polémico. En nuestro país, sin embargo, Echeburúa (1993; 1998) ha propuesto, con acierto, una clasificación útil para distinguir los trastornos fóbicos, los trastornos de ansiedad sin evitación de otros trastornos de ansiedad. Como se puede apreciar (Cuadro 5), distingue dentro de los trastornos fóbicos en la infancia, las fobias específicas y la fobia escolar.

Cuadro 5. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia (Echeburúa, 1993).

Trastornos fóbicos
- Fobias específicas
- Fobia escolar
- Trastorno de evitación

Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica
- Ansiedad de separación
- Ansiedad excesiva

Otros trastornos de ansiedad
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Algunas de las manifestaciones de la F.E que hemos observado en nuestra experiencia clínica como características de la misma, aparecen descritas en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Manifestaciones de la fobia escolar (F.E) en los tres sistemas de respuesta.

Respuesta cognitivas (“pensamos”)	**Respuesta fisiológicas y emocionales (“sentimos”)**	**Conductas (“hacemos”)**
Anticipación de consecuencias negativas asociadas a la escuela. Temor al castigo de los profesores. Miedo a la ridiculización por parte de los compañeros. Evaluación negativa de los propios recursos intelectuales. Evaluación negativa de los recursos académicos. Pensamientos muy centrados en la madre (relación de dependencia). Temores inespecíficos como miedo a la oscuridad, a los ruidos, a los animales, etc.	Taquicardia o aumento del ritmo cardíaco. Dolores de cabeza. Pérdida de apetito. Problemas digestivos, náuseas, vómitos y molestias. Dificultad para conciliar o mantener el sueño. Tensión muscular. Sudoración, sonrojo o rubor Temblor (rodillas, manos). Sensación de mareo. Dificultad para respirar. Opresión en el pecho. Sequedad de boca. Nudo en la garganta. Urgencia urinaria.	Evitar ir al colegio. Evitar asistir a clase. Huida del colegio. Negarse a vestirse y desayunar. Rabietas, llanto. Inhibición. Soledad. Retraimiento social. Evitar participar o ser preguntado en clase.

Algunos de los factores predisponentes y facilitadores de la F.E, que reseña la literatura científica son: a) la existencia de trastornos de ansiedad o depresión entre los padres, que dificulta el aprendizaje de estrategias adecuadas de afrontamiento, b) factores relacionados con la escolaridad (mal rendimiento, temor a un profesor, miedo al ridículo y a que se rían de él, etc.) y c) sucesos vitales negativos (divorcio o separación de padres, enfermedad prolongada, fallecimiento de uno de los padres, especialmente de la madre).

Los tres trastornos de ansiedad más característicos de la infancia y de la adolescencia son el *trastorno por ansiedad de separación (TAS*), el trastorno de evitación y la ansiedad excesiva.

Para Echeburúa (1998) es sencillo el *diagnóstico diferencial* entre la ansiedad de separación y fobia escolar: si el niño manifiesta conductas de ansiedad sólo cuando se separa de la madre para ir al colegio, se trata de fobia escolar. Si las conductas de ansiedad aparecen ante cualquier tipo de separación (ir de excursión, ir a la escuela, ir a dormir con amigos, etc.) se trata de ansiedad de separación.

Es importante tener en cuenta que el TAS no es el único motivo de la oposición infantil a ir al colegio, de hecho un porcentaje muy elevado de casos de fobia escolar (70%) no presentan ansiedad de separación (Miller y col., 1972). Más recientemente, tal como hemos ya hemos apuntado en los comienzos, un estudio nacional ha puesto de manifiesto que las situaciones más temidas por los escolares se relacionan con el fracaso o el castigo en la escuela y no con la separación de los padres para ir al colegio (Méndez, García-Fernández y Olivares, 1996).

El TAS se puede describir como una reacción de ansiedad excesiva y desproporcionada que se experimenta ante la separación real o supuesta del hogar o de las personas a las que el niño está vinculado, especialmente de la madre. Afecta más a las niñas (2/1) con una edad media de 9 años. El DSM-IV-TR describe las manifestaciones clínicas características (Cuadro 7).

Cuadro 7. Diagnóstico del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el trastorno por ansiedad de separación.

Ansiedad inapropiada y excesiva para el nivel de desarrollo del sujeto con respecto a la separación del hogar o de aquellas personas a las que está apegado, tal como lo indican *tres ó más* de los siguientes síntomas:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras de apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras de apego o a que éstas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura de apego importante (por 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 y excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras de apego o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura de apego importante o a ir dormir fuera de casa.
7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas continuas de síntomas físicos (cefaleas, dolores de estómago, nauseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto a las figuras importantes de apego.

La duración del problema es de por lo menos cuatro semanas.
El inicio tiene lugar antes de los 18 años.
Se ha de especificar si es de: a) inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años.

4. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

La intervención clínica derivada de un diagnóstico de trastorno de ansiedad de separación y/o fobia escolar, corresponde a los servicios de salud y salud mental. No obstante, el contexto escolar juega un papel decisivo, tanto en la detección precoz de este tipo de trastornos, como en su evolución posterior. Por tanto, desde un modelo comunitario de salud, el contexto escolar debe constituirse en el recurso por excelencia para el abordaje de los mismos.

Cuadro 8 . Sujetos, hipótesis y objetivos del programa de intervención.

Intervenciones desde el contexto escolar en la fobia escolar y el trastorno por ansiedad de separación.

Sujetos: El programa tiene un formato mixto, grupal/individual y ha sido concebido para su aplicación a niños de 6 a 9 años, requiriendo adaptaciones de las distintas técnicas para ser empleadas en otras edades.

Hipótesis (F.E):
1ª. Las conductas de evitación del contexto escolar, constituyen una respuesta a estímulos presentes en el mismo, que han adquirido para el niño un carácter fóbico.
2ª. Las respuestas fóbicas a la escuela se mantienen por reforzamiento negativo (evitación de la ansiedad, reducción de las responsabilidades escolares) y por reforzamiento positivo (atención de los padres, realización de actividades agradables).
3ª. Las manifestaciones clínicas interfieren en la adaptación escolar y social del niño.

Hipótesis (T.A.S):
1ª. Las respuestas de ansiedad (fisiológicas, motoras y emocionales/cognitivas) son manifestaciones clínicas de un TAS.
2ª. Las respuestas de ansiedad ante situaciones de separación se mantienen por reforzamiento negativo (alivio de la ansiedad mediante la evitación de situaciones de separación, el escape de las mismas y/o la realización de conductas de búsqueda de seguridad) y por reforzamiento positivo (atención de los padres).
3ª. Las manifestaciones clínicas interfieren en la adaptación escolar y social del niño.

Objetivos para la evaluación:
Detectar precozmente la presencia de una FE y/o TAS
Obtener y facilitar al equipo de salud información acerca del curso del tratamiento y evolución del trastorno, en el contexto escolar

Objetivos para la intervención:
Colaborar con el equipo de salud mental en la aplicación del programa de tratamiento, con objeto de favorecer la eliminación de las conductas de evitación y disminuir la presencia de otras manifestaciones de ansiedad y sus consecuencias.
Promover la generalización de los aprendizajes al aula.
Estimular/favorecer el mantenimiento de los logros terapéuticos en el contexto escolar
Desarrollar contenidos educativos acerca del papel de las emociones, los pensamientos y las consecuencias de la conducta.

5. PROCEDIMIENTO

En el cuadro 9 se recogen todos los instrumentos empleados en el procesos de evaluación.

Cuadro 9 . Instrumentos de evaluación psicopedagógica

Evaluación	
Observación y Registros	***- Registros de asistencia y permanencia en clase:*** en el Anexo 1 se ofrece un modelo de registro de asistencia y permanencia en el aula, a cumplimentar por los profesores.
	- Registros de conducta académica: Este tipo de instrumentos permiten recoger información sistemática del profesor, acerca del comportamiento en el aula y la realización de las tareas escolares.
	- Registros de conducta social: Son utilizados para consignar la frecuencia de interacciones sociales con los compañeros. Pueden emplearse escalas numéricas, asignando distintos valores a la frecuencia y calidad (reciprocidad, interés mutuo) de las interacciones.
	- Registro de Tareas de refuerzo y extinción, para padres: Se emplean en el entrenamiento de los padres en habilidades para el manejo del refuerzo y la extinción operantes. (Anexo 2).
Entrevistas	Serán empleadas para obtener información de distintas fuentes: a) el contexto familiar (entrevista a los padres), b) el propio alumno (valoración subjetiva del problema) y c) el equipo de salud responsable del tratamiento (psicólogo/ pediatra/ médico de familia/ psiquiatra/ trabajador social).
Autoinformes	Existen numerosos autoinformes, generales y específicos, para evaluar las manifestaciones de ansiedad en la infancia, así como el estado de ánimo, con la limitación de su utilidad a partir de los 6 años. Su utilidad quedaría más circunscrita a los servicios de salud, no obstante, recomendamos la utilización del "Inventario de miedos escolares (IME), de Méndez (Méndez, 1988) como instrumento para la valoración del mantenimiento de los efectos de la intervención.

6. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE EL CONTEXTO ESCOLAR EN FE Y TAS

Cuadro 10. Descripción del contenido de las sesiones.

Sesión 1: Detectamos el caso, Contactamos con la familia (Entrevista de evaluación), Derivamos al Centro de salud o salud mental.
Sesión 2: Contactamos con el dispositivo de salud, informamos y ofrecemos colaboración en el tratamiento. Establecemos calendarios y designamos responsables de la comunicación.
Sesión 3: Entrenamiento del profesor Ofrecemos información sobre la situación del niño, explicando los principios de aprendizaje implicados en los comportamientos alterados, ofreciendo pautas de actuación adecuadas para el manejo de posibles episodios de ansiedad, conductas de escape/evitación, rituales de comprobación, como p. e. otorgar permiso para llamar a sus padres y comprobar que se encuentran bien (TAS) e información acerca del efecto que las conductas del profesor pueden producir en los alumnos. Llevamos a cabo un entrenamiento en procedimientos para extinguir comportamientos desadaptativos y para fomentar conductas adaptadas. Damos instrucciones para cumplimentar los registros de asistencia y permanencia en clase, registro de conducta académica y conducta social. Finalmente, solicitamos información acerca de posibles inconvenientes u obstáculos que el profesor prevé para la puesta en práctica de las tareas y orientaciones recibidas, abordándolos desde un planteamiento de estrategias de solución de problemas. ***Técnicas a utilizar:*** Información verbal, ensayo de conducta, modelado, información de retorno, sobrecorrección y refuerzo diferencial.

Sesión 4: entrenamiento a padres 1
Establecemos contacto con el contexto familiar, informamos a los padres del papel que puede desempeñar la familia en la evolución favorable del trastorno, en estrecha colaboración con el centro escolar y el servicio de salud (p. ej.: contribuyendo activamente a eliminar factores de mantenimiento, como el refuerzo positivo a través de la atención. Recabamos información acerca de las dificultades más acuciantes que les plantea el manejo del problema que presenta su hijo. Entrenamos a los padres en los principios básicos de aprendizaje, enseñándoles a reforzar los comportamientos adaptados y a ignorar las conductas desadaptativas, basando nuestra intervención en las dificultades expresadas. Finalmente, asignamos tareas de refuerzo, extinción y registro de situaciones y establecemos el calendario del próximo encuentro, ofreciendo asimismo, un calendario de disponibilidad para el contacto telefónico, de cara a resolver posibles dudas o problemas que pudieran surgirles.‡
Técnicas a utilizar: Información verbal, ensayo de conducta, modelado, sobrecorrección, refuerzo diferencial y asignación de tareas.

Sesión 5: colaboración en el programa de tratamiento 1.
Proporcionamos ayudas externas al niño para que se aproxime a la situación fóbica. Se trata de facilitar la eliminación de las conductas de evitación, proporcionando estímulos físicos y sociales que provoquen la conducta de aproximación.
En colaboración con el equipo responsable del tratamiento, elaboramos una jerarquía de estímulos/situaciones provocadores de ansiedad y participamos activamente en las tareas de exposición "in vivo" del programa de tratamiento.
Técnicas a utilizar: Instrucciones, exposición con prevención de respuesta, imágenes emotivas, modelado participante, refuerzo y extinción operantes.[82]

Sesión 6: colaboración en el programa de tratamiento 2.
Inducimos cambios internos en el niño que faciliten el afrontamiento de la situación temida. Llevamos cabo en el aula un taller de "Educación emocional", destinado a enseñar a los niños a identificar sus emociones, a relacionarlas con las situaciones antecedentes, pensamientos y conductas, así como a valorar el papel adaptativo o desadaptativo de las mismas.
Entrenamos en relajación, respiración y en el empleo de autoinstrucciones para el afrontamiento de situaciones temidas y emociones negativas. Programamos prácticas diarias de los ejercicios de relajación, respiración e hiperventilación, que faciliten la habituación a las sensaciones corporales de ansiedad.
Técnicas a utilizar: Entrenamiento en respiración, entrenamiento en relajación, exposición a sensaciones corporales, modelado, autoinstrucciones, refuerzo y refuerzo diferencial.

Sesión 7: colaboración en el programa de tratamiento 3.
Motivamos al niño para que mantenga y repita su conducta de aproximación, así como la práctica de las habilidades de afrontamiento aprendidas. En el aula, proponemos a los niños que elijan a su personaje favorito, al que se le encomendará la misión de afrontar en solitario una situación muy peligrosa. Solicitamos la participación de los niños, para ayudar a su héroe a pensar y actuar de forma que pueda sentirse tranquilo y relajado ante el peligro y para que consiga llevar a cabo la misión_
Técnicas a utilizar: Moldeado, imágenes emotivas, autoinstrucciones, refuerzo y refuerzo diferencial.

Sesión 9: entrenamiento a padres 2
Recogemos y valoramos la información acerca de la marcha del proceso terapéutico en el contexto familiar, revisamos las tareas asignadas y supervisamos la adquisición y mantenimiento de habilidades para el manejo de situaciones relacionadas con el trastorno de su hijo, en el contexto familiar. Abordamos las posibles dificultades surgidas y reforzamos cualquier avance en el logro de los objetivos planteados.
Técnicas a utilizar: Información verbal, ensayo de conducta, modelado, sobrecorrección, refuerzo diferencial y asignación de tareas.

Sesión 10: evaluación y planificación de intervenciones futuras.
Analizamos la información de los registros aportados por el profesor, los padres, y el equipo de salud, para evaluar la marcha del proceso terapéutico y la toma de decisiones sobre posibles intervenciones futuras y/o el seguimiento del caso.

[82] La selección de la técnica específica de intervención corresponderá al responsable clínico del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (2000): *Diagnostic and statiscal manual of mental disordders* (DSMIV-R) (4ª ed.). Washinton, DC.

Balsera, A. y Guerrero, E. (2002): Control y tratamiento de la ansiedad académica y ante los exámenes. En J.N. García-Sánchez, (coord), *Aplicaciones de intervención psicopedagógica* (pp.315-325). Madrid. Psicología Pirámide.

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2002) (Coord): *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1998): *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid. Pirámide

Méndez, X., Olivares, J. Y Bermejo, R.M. (2002): Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. Caballo y M.A. Simón (coord), *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente* (pp.59-92). Madrid. Psicología Pirámide.

Méndez, F. X. (1988): *Inventario de Miedos Escolares*, trabajo policopiado, Universidad de Murcia.

ANEXOS

ANEXO 1: Registro de asistencia y permanencia en el aula

FECHA:	HORA:	ASIGNATURA:	PROFESOR:		
ASISTENCIA A CLASE	NO	Falta injustificada			
		Falta justificada	Motivo:		
	SI	PUNTUALIDAD	NO Minutos que llega tarde:		
			SI		
		AUSENCIAS	No pide permiso	Minutos ausente:	
			Pide permiso	No se concede	-Motivo: -Hora de salida:
				Sí se concede	-Hora de regreso: -Minutos ausente:
Por favor: anote otras conductas del alumno en el aula, por ejemplo: llanto, atención, participación,…					

ANEXO 2: Registro de Tareas de Refuerzo y extinción, para padres.

Instrucciones: 1. Pille a su hijo realizando la conducta objetivo que pretendemos aumentar y refuércela. 2. Pille a su hijo realizando la "conducta objetivo que pretendemos disminuir/eliminar e ignórela.

DIA Y HORA	¿QUÉ HIZO ÉL?	¿QUÉ HIZO/ DIJO USTED?	¿QUÉ SUCEDIÓ INMEDIATAMENTE DESPUÉS?