

Rechazo escolar en niños y adolescentes

Ester Camprodon, Santiago Batlle

¿Qué es el rechazo escolar?

La fobia escolar es más fácil describirla que definirla. El término fobia escolar fue introducido esencialmente para lo que las madres describían como el miedo de ir a la escuela. Así, un término alternativo, y frecuentemente usado para hablar de fobia escolar es la negativa escolar. En las revisiones de la fobia escolar, también se tiene en cuenta la ansiedad y la depresión en los niños.

Hoy en día existe una tendencia a preferir el término **rechazo escolar** en vez del de fobia escolar para referirse a la negativa a asistir a la escuela o a la dificultad para permanecer en la misma basadas en perturbaciones emocionales; se considera que el primer término es más amplio y descriptivo y reconoce la heterogeneidad causal del problema.

Definimos el rechazo escolar como la dificultad para asistir a la escuela asociado con la angustia emocional, especialmente ansiedad y depresión. Los términos como ansiedad de separación y fobia escolar son utilizados a menudo de manera intercambiable con el rechazo escolar.

Siendo más precisos sería el “rechazo del niño a asistir a la escuela o dificultades para permanecer en la escuela durante un día completo”. Así definido, el rechazo escolar incluye a los jóvenes que se ausentan por completo de la escuela, que inicialmente acuden a la escuela pero la abandonan durante el día, que acuden a la escuela después de haber tenido problemas de comportamiento como pataletas o quejas psicósomáticas, muestran ansiedad muy marcada durante la semana y les ruegan a sus padres que les dejen quedarse en casa y no ir al colegio. No se ha precisado todavía si el constructo debe o no incluir el absentismo, los problemas de asistencia relacionados con comportamiento antisocial o los problemas de conducta.

¿Cuáles son los rasgos clínicos?

Según Berg, la fobia escolar se caracteriza por:

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

En el rechazo escolar pueden distinguirse manifestaciones en varios sistemas de respuesta relacionados con la ansiedad:

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

En una investigación con adolescentes ansioso / depresivos con rechazo escolar, se comprobó que éstos informaban sobre quejas moderadas o severas. Las quejas somáticas más comunes eran de tipo autonómico y gastrointestinal.

¿Bajo qué trastornos podemos encontrar fobia o rechazo escolar?

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

El rechazo escolar es un problema complejo que puede tener diversas causas:

- a) miedo a separarse de los padres (posible diagnóstico de TAS);
- b) miedo a diversos eventos relacionados con la escuela (ser golpeado por un compañero, ser objeto de burlas, ser criticado en clase, hablar delante de la clase, ser enviado al director, hacer exámenes, desvestirse a la hora del deporte; posible diagnóstico de fobia específica o social);
- c) problemas de ansiedad generalizada o depresión (posible diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o trastorno afectivo).

Ni el rechazo escolar ni la fobia escolar corresponden a categorías diagnósticas aceptadas en el DSM-IV o en la CIE-10.

Se llevó a cabo una investigación donde los problemas de asistencia a la escuela fueron clasificados de absentismo, rechazo escolar o ninguno de los dos. Se mostró que la mitad de los jóvenes con problemas de absentismo no presentaba un trastorno psiquiátrico, un tercio presentaba un trastorno de conducta disruptivo y un quinto presentaba un trastorno de ansiedad o del humor. En contraste, una décima parte de un grupo de jóvenes control sin problemas de asistencia a la escuela, sufrían trastornos psiquiátricos. Así los autores determinaron que existía una conexión bien establecida entre el absentismo y la conducta antisocial y, entre el rechazo escolar y los síntomas de ansiedad.

Respecto al rechazo escolar basado en la ansiedad, los diagnósticos principales más comunes incluyen el trastorno por ansiedad de separación (38%), la fobia social (30%) y la fobia simple (22%). Entre los menos frecuentes se incluyen los trastornos de pánico y TEP. La mayoría de niños tiene múltiples diagnósticos, siendo el diagnóstico más frecuente el trastorno de ansiedad.

El diagnóstico psiquiátrico, a menudo, según el CIE-10 (la Organización de Salud Mundial, 1992) es:

- Trastorno de Ansiedad de Separación de Niñez (F93.0).
- Trastorno de Ansiedad fóbico de Niñez (F93. 1).
- Trastorno de Ansiedad social de Niñez (F93.2).
- Categorías no limitadas a los niños son útiles en algunos casos: Agorafobia Sin el Trastorno de Pánico (F40.00).
- Trastorno de Ansiedad.
- Reacciones por estrés agudo y el Trastorno de adaptación (F43).
- Trastorno somatoforme (F45).
- Episodios de Depresión Apacibles (F32.0)

En DSM-IV (la Asociación Psiquiátrica Americana, 1994), usa de la categoría de Otros Desórdenes de Infancia, Niñez o Adolescencia:

- Trastorno de Ansiedad de Separación (309.2 1).
- Fobia Específica (300.29).
- Fobia Social (300.23).
- Agorafobia Con Trastorno de Pánico (300.22).
- Trastorno de Ansiedad Generalizada (300.02).
- Trastorno de Personalidad Evitativa (301.82).
- Trastorno Nervioso Post-traumático (309.8 1).
- Trastorno somatoforme (300.81, 300.11)
- Trastorno Depresivo (296 etc.)

¿Cuál es la repercusión del rechazo escolar?

Desde el punto de vista legal, la asistencia a la escuela es obligatoria por ley. El rechazo escolar debe considerarse un problema serio, porque normalmente conlleva consecuencias significativas y adversas. Se asocia a pobre rendimiento escolar, dificultades familiares y problemas de relación con los coetáneos. Mas o menos la mitad de los que rechazan la escuela suelen fracasar académicamente. El rechazo escolar interfiere con el desarrollo social y educativo del niño. Las consecuencias a largo plazo incluyen: menores oportunidades de acceso a una educación superior, problemas laborales, dificultades sociales y mayor riesgo de enfermedades mentales en el futuro.

¿Cuál es la epidemiología del rechazo escolar?

Los miedos escolares intensos pueden llegar a afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años, pero el rechazo escolar se da aproximadamente en el 3% de los niños en edad escolar, aunque los grados de absentismo escolar son mucho mayores en algunas áreas urbanas.

Es posible que los criterios de rechazo escolar incidan en las prevalencias observadas en diferentes estudios. Algún estudio la prevalencia marca un 0,4% cuando se utilizó como criterio el acuerdo de todos los informantes (niños, padres, maestros) y del 5,4% cuando sólo se precisaba que uno de los informante atribuyera al miedo las ausencias escolares.

Tiende a suceder igualmente en chicas que en chicos. Si bien se ha observado más frecuente en uno u otro sexo según los estudios; probablemente debido a diferencias en el diagnóstico de las muestras estudiadas (la ansiedad por separación tienden a ser más frecuente en niñas y la mayoría de aquellos con rechazo escolar de tipo fóbico son predominantemente niños).

Al examinar la prevalencia se necesita información sobre qué esta sucediendo en la escuela relacionado con la identificación temprana, manejo y remisión.

¿Cuál es la edad de inicio?

Puede suceder a lo largo de todos los cursos escolares, pero puede ser un problema mayor a determinadas edades y en ciertos puntos de transición en la vida de un niño. Es más probable que ocurra entre los 5-7 años y entre los 11-13 años de edad.

Los datos sobre la edad de comienzo revelan que la ansiedad por separación ocurre a una edad mucho más temprana (media = 8.7 años) que cualquier fobia social o fobia simple (medias = 12.4 y 12.9, respectivamente).

¿Cómo es su inicio y su curso?

Normalmente su inicio es gradual y se va incrementando el disgusto, por las mañanas, antes de ir a la escuela. Una ocurrencia súbita y aguda es poco frecuente.

Se consideran algunos factores precipitantes y/o mantenedores del rechazo escolar :

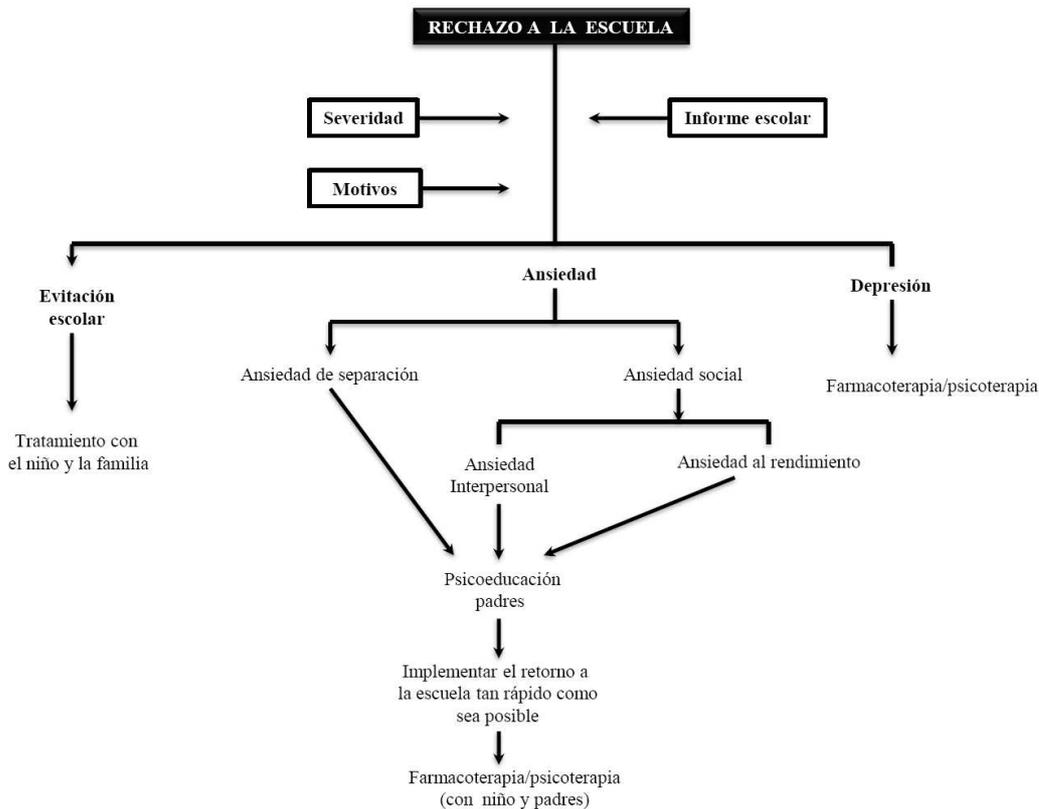
- *Acontecimientos vitales negativos*: muerte, enfermedad o separación de los padres (normalmente la madre), amigo íntimo o mascota; padecer una enfermedad, tener un accidente o sufrir una operación que obliga al niño a permanecer en casa o en el hospital largo tiempo.

- *Factores relacionados con la escuela:* cambio de colegio, de clase o de nivel académico; experiencias de ridículo, críticas, amenazas, daño físico o peleas con otros niños; profesor demasiado estricto, sarcástico o punitivo; trabajo escolar muy difícil (incluidas aquí las actividades de educación física); tener que participar en reuniones escolares e intervenir en público; hacer exámenes; estar con muchos niños o en una escuela muy grande; tener que hacer un largo y desagradable viaje hasta la escuela; experiencias traumáticas en la escuela (acoso sexual). Estas experiencias suelen generar cierto miedo en los niños, aun-que algunos llegan a reaccionar con un nivel de miedo excesivo.
- *Factores relacionados con el niño.* Aparte de los miedos citados arriba, pueden influir el miedo a la separación de los padres; una mayor dependencia de estos; problemas de asertividad y de relaciones sociales; niveles excesivos de aspiración académica; estar acomplejado por algún aspecto de la apariencia física que puede ponerse de manifiesto en las clases o al desnudarse; celos exagerados de un hermano; angustia por la menstruación o la masturbación. Puede haber un bajo rendimiento escolar (en ciertas materias o en general) y/o un miedo al mismo debido a una serie de factores (niño, escuela, medio cultural). *Algunos niños no quieren volver a la escuela porque no pueden explicar su ausencia a sus compañeros de un modo aceptable.* Así mismo, los esfuerzos por parte del niño para superar el problema varían enormemente: en un extremo, el niño se prepara para ir a la escuela y dejar su casa, pero no puede progresar y salir de esta; al otro, hay renuncia total, incluso para contemplar el retorno a la escuela, negativa para prepararse, quedándose en la cama, y amenazas de autoagredirse.
- *Factores relacionados con la familia.* Sobreprotección del niño por parte de uno o ambos padres; relación muy estrecha de la madre con el niño y relación distante con el padre; expectativas poco realistas sobre el rendimiento escolar del hijo; falta de recursos de los padres para conseguir llevarlo a la escuela (p.ej., no poder manejar física o psicológicamente las rabietas del niño, no sentirse capaz de manejar a la vez tanto al niño como a sus hermanos más pequeños); conflictos entre los padres y la escuela; padres que valoran poco la educación escolar o que tienen actitudes negativas hacia la escuela. En un estudio, donde se utilizó la escala FES (Family Environment Scale) (Moos and Moos, 1986) se identifican varios tipos de familias: la familiar dentro de una red, la conflictiva, la aislada, la separada y la saludable. Las familias aisladas se describen como familias no participativas fuera del entorno familiar y no proclives a buscar o seguir un tratamiento de rechazo escolar. Al utilizar la escala FAM (Family Assessment Measure) (Skinner et al, 1983) se aprecian dificultades en el cumplimiento de las reglas, problemas de adaptación e inconsistencia de las reglas.
- *Reforzamiento negativo* (prevención de la ansiedad o de posibles consecuencias negativas anticipadas, reducción de responsabilidades escolares) y *positivo* (atención, mimos, posibilidad de realizar en casa más actividades agradables como ver TV y levantarse tarde) de las conductas de evitación y de queja. También puede haber un reforzamiento por parte de los padres de las conductas de dependencia del niño.

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

Al mismo tiempo señalar que su afectación les limita y dificulta los contactos sociales y esto, a su vez, les hace aumentar su estado de ansiedad y depresión. El problema puede continuar indefinidamente si no se les ayuda. Los esfuerzos de apoyo han de ser combinados entre la familia, escuela, y los profesionales involucrados con el problema. El éxito es particularmente seguro con niños más jóvenes de 11 años, resolviendo las dificultades de asistencia escolares, eliminando las circunstancias facilitadoras. Mejora en general la parte neurótica y las perturbaciones afectivas.

Figura : Árbol de decisión para el Rechazo a la Escuela.



¿Cómo se evalúa el rechazo escolar?

Los niños y adolescentes con rechazo escolar varían ampliamente según sus presentaciones clínicas, dinámica familiar y situación escolar. Además de una revisión médica y una entrevista clínica, la evaluación comprensiva debe incluir:

- una entrevista de diagnóstico semiestructurada;
- los factores de mantenimiento del comportamiento de rechazo escolar;
- grado de severidad de la ansiedad y depresión a través de auto-informes,
- perspectivas de los padres, clínico y profesor;
- evaluación de la dinámica familiar;
- evaluación psicoeducativa y del lenguaje;
- y revisión de la asistencia a la escuela.

Los diferentes instrumentos que están disponibles son:

- Entrevista de diagnóstico semiestructurada Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version (ADIS para DSM-IV: C). Consta de entrevistas separadas al niño y a los padres, tomando el último año como referencia temporal.
- School Refusal Assessment Scale (SRAS) (Kearney and Silverman, 1990, 1993), proporciona información útil sobre cuatro variables perpetuantes: rechazo de estímulos que provocan afectividad negativa; evitación de las situaciones sociales aversivas o en las que se sienten evaluados; llamadas de atención o ansiedad por separación; obtención de recompensas positivas tangibles. Es completada por el niño y tiene versiones para padres y profesores. En las técnicas de terapia cognitivo-conductual, los síntomas objetivos se relacionan a cada una de las cuatro variables perpetuantes asociadas al rechazo escolar. Por ejemplo, la desensibilización sistemática o la exposición.
- El Self-Efficacy Questionnaire for Schools Situations (SEQ-SS) es un instrumento para evaluar las expectativas de eficacia en los niños con fracaso escolar. Proporciona una evaluación estandarizada de las percepciones del niño respecto a su capacidad para afrontar situaciones potencialmente ansiógenas. El análisis factorial distingue: la ansiedad académico/ social y la ansiedad por separación/ disciplina. El instrumento tiene buena consistencia interna y una alta fiabilidad en niños con rechazo escolar,
- El Visual Analogue Scale for Anxiety-Revised (VAA-R)(Bernstein and Garfinkel, 1992), es un instrumento de auto-informe diseñado para la evaluación de la ansiedad en los niños con rechazo escolar. Con una buena fiabilidad y validez, los análisis factoriales de los ítems del VAA-R identifican 3 factores clínicamente significativos: ansiedad anticipatoria /por separación, ansiedad de desempeño y la respuesta afectiva para la ansiedad. El VAA-R puede ser útil para identificar situaciones específicas productoras de ansiedad.
- Entre los nuevos instrumentos para la evaluación psicométrica de la ansiedad en niños y adolescentes se incluyen (1) Auto-informes – el Multidimensional Anxiety Scale for Children (March et al, 1997), el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Birmaher et al, 1997); y (2) una escala gradual clínica – la Pediatric Anxiety Rating Scale (Riddle, comunicación personal, 2000).

¿En qué consiste el tratamiento del rechazo escolar?

Se recomienda un plan de tratamiento multimodal para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad que incluya: pautas educativas y asesoramiento, estrategias conductuales (exposición / vuelta a la escuela) o cognitivo-conductuales, intervención familiar e intervención farmacológica cuando la severidad de los síntomas lo requiera.

Este tipo de terapia se ha mostrado muy eficaz en el tratamiento del rechazo escolar. Consiste en exposiciones in vivo (gradual o no), reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones y control de contingencias tanto en casa como en el colegio.

La evidencia disponible hasta el momento es de tipo no experimental o cuasi-experimental, salvo un par de estudios controlados. La mayoría de estudios son casos únicos.

Técnicas de exposición

Para eliminar la reacción de ansiedad se han empleado diversas técnicas de exposición, gradual o no.

Lo más frecuente ha sido emplear exposición en vivo sola o precedida por exposición en imaginación en niños mayores de 8 años (aunque para que funcione bien puede ser necesario que el niño tenga al menos 10 años). Revisiones recientes del tema han sido realizadas por King y Bernstein (2001), King, Ollendick y Tonge (1995) y King y cols. (2000).

En general, el enfoque gradual es el preferido y la elección debe depender del análisis de cada caso. La exposición gradual puede hacerse a lo largo de varias dimensiones: tiempo que se tarda en volver a la escuela, tiempo de permanencia en la misma, implicación en las actividades escolares.

Como ejemplo de exposición graduada en vivo, la siguiente jerarquía fue utilizada en el estudio de Garvey y Hegrenes (1966, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988):

1. sentarse en un coche con el terapeuta delante de la escuela;
2. salir del coche y acercarse al muro de la escuela;
3. ir hasta la acera;
4. ir hasta la parte de abajo de las escaleras de la escuela;
5. ir hasta la parte de arriba de las escaleras;
6. ir hasta la puerta de la escuela;
7. entrar en la escuela;
8. acercarse al aula con el maestro presente;
9. entrar en el aula;
10. sentarse en el aula con el maestro presente;
11. sentarse en el aula con el maestro y uno o dos compañeros;
12. sentarse en el aula con toda la clase presente.

Este procedimiento se siguió durante 20 días consecutivos a razón de 20-40 minutos diarios.

En otro estudio (Tahmisian y McReynolds, 1971, citado en Ollendick y Mayer, 1984) colaboraron los padres de la niña de 13 años y se llevaron a cabo 15 pasos a razón de cinco por semana:

1. caminar alrededor de la escuela después del final de las clases durante 15 minutos acompañada por progenitor;
2. igual que el paso 1, pero sola;
3. igual que el paso 1, pero 30 minutos;
4. igual que el paso 1, pero sola y 30 minutos;
5. igual que el paso 4, pero 60 minutos;
6. caminar alrededor de la escuela mientras se desarrollan las clases durante 30 minutos acompañada por progenitor;
7. igual que el paso 6, pero sola;
8. igual que el paso 6, pero sola y 60 minutos;

9. asistir a la primera clase (60 minutos) con progenitor en el recibidor;
10. igual que el paso 9, pero con progenitor en el coche;
11. asistir a la primera clase, progenitor se ha ido;
12. asistir a dos clases (120 minutos) sola;
13. asistir a tres clases (180 minutos) sola;
14. asistir a todas las clases de la mañana, sola;
15. asistir a las clases de todo el día sola.

Terapia implosiva

Exposición a las peores consecuencias temidas.

Smith y Sharpe (1970, citado en King, Hamilton y Ollendick, 1988) lo aplicaron con éxito en el caso de un chico de 13 años cuya fobia escolar parecía basada en la extrema ansiedad producida por las clases de matemáticas y literatura; en particular, temía que se le pidiera intervenir en clase, temía ser incapaz de contestar correctamente las preguntas del maestro y anticipaba ser ridiculizado por compañeros y maestro.

Se elaboraron nueve escenas que fueron presentadas hasta que se observó una reducción de la ansiedad.

La séptima escena fue así: "El paciente es enviado a la clase de literatura por el director. La habitación esté oscura y extraña y las sillas han sido colocadas en los lados de la habitación. Los estudiantes comienzan a llenar en silencio la habitación. Está demasiado oscuro como para identificarlos. La tensión crece a medida que Billy (nombre del chico) se pregunta qué sucederá. Los estudiantes le rodean, se acercan cada vez más y comienzan a murmurar: 'loco Billy' y 'estúpido, estúpido, estúpido'. Luego, empiezan a empujarle y a pegarle". (Curiosamente, la escena está redactada en tercera, en vez de en segunda persona.) Otras técnicas empleadas fueron la vuelta gradual a la escuela en cuatro fases y la retirada de las ganancias secundarias en casa por no ir a la escuela (ver TV e irse tarde a la cama).

Técnicas operantes

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

La aproximación operante puede apreciarse claramente en el estudio de Ayllon, Smith y Rogers (1970, citado en Blagg, 1987, y Ross, 1981/1987) con una niña de 8 años. Se emplearon secuencialmente cuatro procedimientos distintos en función de la respuesta de la niña al tratamiento:

1. Bajo la hipótesis de que la conducta de no ir a la escuela era fuertemente reforzada (poderse quedar más con la madre y luego con una vecina), se empezó con moldeamiento: la niña fue llevada a su clase por un asistente hacia el final de la jornada escolar y progresivamente se fue adelantando la hora de llegada, de modo que la niña permanecía más tiempo en la escuela; el tiempo que el asistente permanecía en clase fue también disminuyendo paulatinamente. Además, se utilizaron dulces como reforzadores.
2. A pesar de haber sido capaz de permanecer en la escuela sin el asistente, cuando terminó el procedimiento anterior, la niña siguió negándose a vestirse por la mañana y a ir a la escuela con sus tres hermanos; esto le permitía quedarse una hora con su madre después de que sus hermanos hubieran ido a la escuela y hasta que aquella salía para trabajar. Por ello, se le dijo a la madre que saliera a trabajar a la misma hora que los niños salían para el colegio. A pesar de esto, la niña siguió quedándose en casa de la vecina.
3. El tercer procedimiento consistió en que la madre llevara a la niña a la escuela (si esta no salía voluntariamente) y en establecer un sistema motivacional en el hogar. La madre recibió un cuadro con los nombres de sus cuatro hijos y los días laborables de la semana. Cada día que un niño iba a la escuela voluntariamente, recibía una estrella en el cuadro. Una estrella podía canjearse al final del día por tres caramelos; la asistencia no voluntaria era reforzada con un caramelo. Cinco estrellas en una semana fueron canjeadas por un regalo (viaje de fin de semana, trato especial, visitas). La asistencia mejoró, pero sin que la niña saliera para la escuela voluntariamente.
4. El procedimiento final persiguió la asistencia voluntaria a la escuela e implicó consecuencias aversivas para la madre si la niña no llegaba a la escuela. La madre salió para la escuela 10 minutos antes que los niños. Si estos llegaban a la escuela no más de 15 minutos más tarde que la madre, recibían una estrella (se mantuvo el sistema motivacional de la fase anterior). Si la niña no llegaba, la madre tenía que caminar 1,6 kilómetros hasta casa para buscarla y traerla. Esto fue necesario en dos ocasiones; en la segunda la madre estaba tan enfadada que pegó a la niña, la arrastró a la escuela y no le dio la oportunidad de discutir o dar explicaciones. La madre dejó de ir antes a la escuela al cabo de una semana y el sistema motivacional se retiró después de un mes. La niña siguió yendo a la escuela sin problemas y con buen rendimiento académico, incluidos los seguimientos realizados a los 6 y 9 meses.

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

Entrenamiento en habilidades sociales

De cara a manejar interacciones problemáticas con compañeros y/o maestros.

Este enfoque fue seguido por Esveldt-Dawson y cols. (1982, citado en Blagg, 1987) con una niña de 12 años que presentaba un extremo miedo y evitación de los varones no conocidos. El entrenamiento incluyó aspectos tales como:

1. postura corporal (especialmente la rigidez e inmovilidad de tronco y extremidades),
2. signos de ansiedad (risa tonta, muecas faciales, tono de voz),
3. mirada,
4. afecto apropiado en las interacciones

5. y contenido verbal de sus mensajes y respuestas.

Méndez y Macià (1990) también emplearon el entrenamiento en habilidades sociales con un fóbico escolar de 15 años que se sentía intimidado por varios compañeros y mostraba déficit de conducta asertiva. Las situaciones trabajadas fueron formular quejas, rechazar peticiones, manejar críticas y defender los propios derechos. El entrenamiento asertivo incluyó presentación de la situación a trabajar, discusión de las ventajas e inconvenientes de las diversas formas de comportarse (asertiva, sumisa, agresiva) en dicha situación, instrucciones y modelado sobre la forma de comportarse en dicha situación, ensayo de conducta, retroalimentación, reforzamiento y tareas entre sesiones (primero con la familia en casa y luego con compañeros en la escuela).

Terapia cognitivo-conductual

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

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

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

apoyo por pares para superar el aislamiento social o el rechazo por parte de compañeros. Hubo además un contacto telefónico regular para controlar el progreso del niño y resolver posibles dificultades.

El programa de Blagg

El **programa de Blagg (1987)** tiene en cuenta los distintos factores que pueden estar implicados en el rechazo escolar y se describe a continuación.

Este programa asume que

1. se han descartado los problemas médicos,
2. que la escuela actual es apropiada para el niño (si este problema o el anterior están presentes, habrá que ponerles solución),
3. que el terapeuta ha establecido buenas relaciones con el niño, padres y personal de la escuela y se ha ganado su confianza,
4. y que la evaluación inicial ha sido completada.

El programa tiene siete componentes; si es posible, los seis primeros, junto con la evaluación inicial, se llevan a cabo a lo largo de la mañana en la escuela del niño.

1) Preparar a las partes

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

2) Confirmar la participación de las partes

El terapeuta se reúne conjuntamente con los padres y maestros para implicarlos activamente en la planificación del tratamiento; el niño no está presente en esta fase.

3) Negociar las áreas que requieren cambio en la escuela

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

Con los niños más problemáticos y que muestran ansiedad en muchas clases, puede emplearse una reintroducción gradual al horario escolar. La asistencia a la escuela es completa desde el primer día, pero el niño no asiste a todas las clases desde el principio, sino, a lo mejor, a un par de ellas el primer día, a tres el segundo, etc. En los periodos libres el niño debe tener su tiempo ocupado de forma constructiva.

Es importante que el niño sepa gozar de los incentivos del día escolar y que se refuerce la asistencia a la escuela y el comportamiento no ansioso. Además, los

maestros deben ignorar sus protestas y evitar el enviarle a casa cuando se queje de malestar físico.

4) Negociar las áreas que requieren cambio en casa

Áreas realistas de preocupación. Una vez que las medidas a adoptar en la escuela han sido abordadas, los padres están mejor dispuestos para tratar los cambios requeridos por su parte, los cuales dependerán de cada caso.

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

Debe reforzarse al niño por volver a la escuela, por permanecer en ella y por los progresos que va realizando. Aunque la alabanza suele ser suficiente, en algunos casos, pueden negociarse pequeños premios por asistir una o dos semanas a la escuela.

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

Como se trata de que el niño regrese al colegio lo más pronto posible mediante una exposición rápida, prolongada y, si es preciso, forzada, a la escuela (inundación en vivo), es necesario que una persona adecuadamente preparada le acompañe durante las primeras etapas de este proceso. Se aconseja que este papel lo hagan los padres; si estos no pueden o no se ven con fuerzas, algún familiar cercano (hermano mayor, abuelo) o amigo; si esto tampoco es posible, un trabajador social, un profesor o un psicólogo. El acompañante debe saber reforzar la conducta cooperadora (p.ej., mediante alabanzas o golosinas en niños pequeños) y manejar las protestas y rabiets del niño

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

6) Discutir el plan de tratamiento con el niño

Terminado el trabajo anterior, se mantiene una reunión conjunta con los padres, maestros y niño para hacer un resumen del plan de tratamiento. Se le explica detalladamente al niño cómo funcionará el sistema de acompañante. Si solicita ir a la escuela solo o con un amigo, se le concede al tiempo que se estipula un tiempo límite para salir de casa y se acuerda el empleo del acompañante caso de que el niño no se haya sabido valer.

7) Apoyo y seguimiento

Todas las partes deben saber que el psicólogo seguirá de cerca el caso hasta que el problema se haya resuelto. Se planifica una entrevista 1-2 semanas después de comenzado el tratamiento y se mantienen contactos telefónicos frecuentes con la

familia y la escuela durante la fase inicial de afrontamiento; posteriormente, puede haber contactos más espaciados a lo largo de varios meses.

Tratamiento farmacológico

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) son los fármacos de elección en el tratamiento de los síntomas del rechazo escolar en niños fóbicos, con ansiedad de separación o ansioso / depresivos.

Las benzodiazepinas pueden ser consideradas sobre una base a largo plazo, solas o en combinación con un ISRS o antidepresivos tricíclicos, para niños con rechazo escolar severo. Ya que puede tardar varias semanas en apreciarse los beneficios del antidepresivo, una benzodiazepina puede tomarse simultáneamente para aliviar los síntomas de ansiedad severos hasta que los efectos del antidepresivo aparezcan. Debido a la posibilidad teórica de dependencia, las benzodiazepinas se deberían utilizar durante un periodo de varias semanas en lugar de varios meses.

¿Existen estudios de seguimiento?

Los niños y adolescentes con rechazo escolar normalmente presentan trastornos de ansiedad y/o depresión. La evidencia sugiere que estos niños tienen un riesgo aumentado de continuar con problemas psiquiátricos en la vida adulta.

Un estudio, de un año de seguimiento, ha investigado el curso de los trastornos de ansiedad / depresión en adolescentes con rechazo escolar que siguieron tratamiento con imipramina 3mg/kg al día y terapia cognitivo-conductual.

En los resultados se observa que aproximadamente dos tercios de los sujetos cumplen criterios para un trastorno de ansiedad y un tercio lo hacen para un trastorno del humor (depresión mayor y/o distimia). Estos datos demuestran que algunos trastornos de ansiedad son más persistentes que los trastornos depresivos. Los episodios de depresión mayor en niños y adolescentes tienen una duración media de 7 a 9 meses, así, mientras que la depresión remite, muchos adolescentes continúan presentando ansiedad. Los niños con trastorno de ansiedad presentan síntomas, en promedio, durante 4 años después del diagnóstico.

Los síntomas físicos son una manifestación común de la ansiedad / depresión subyacente en los adolescentes con rechazo escolar. También, los niños que presentan rechazo escolar con un trastorno ansioso o depresivo comórbido tienen síntomas más severos que aquellos con otros trastornos comórbidos.