

## **ANSIEDAD GENERALIZADA, ANSIEDAD POR SEPARACIÓN Y FOBIA ESCOLAR: EL PREDOMINIO DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Isabel Santacruz<sup>1</sup>, Mireia Orgilés, Ana I. Rosa, Julio Sánchez-Meca,  
Xavier Méndez y José Olivares  
*Universidad de Murcia (España)*

### **Resumen**

Se presentan los resultados de un meta-análisis sobre la eficacia del tratamiento para la ansiedad generalizada, ansiedad por separación, y fobia/rechazo escolar, de niños y adolescentes. Se analizaron 10 informes científicos, del período 1980-2002, que cumplieron los criterios de selección, originando 25 estudios independientes. Participaron 743 niños y adolescentes, de 5 a 17 años, con edad media de 11 años, y una proporción de género de 3 chicas por 2 chicos. El tratamiento, de diez semanas de duración media, alcanzó una eficacia global media-alta en el postest ( $d_+ = 0,78$ ) y alta en un seguimiento medio de diez meses ( $d_+ = 1,06$ ). Excepto un estudio, se aplicó siempre terapia cognitivo-conductual, sola o en combinación con intervención familiar o imipramina, resultando altamente eficaz ( $d_+ = 0,87$ ). Los componentes de los programas se mostraron muy eficaces, destacando el manejo de contingencias ( $d_+ = 1,53$ ), la relajación ( $d_+ = 1,29$ ), la exposición ( $d_+ = 1,27$ ), y las autoinstrucciones ( $d_+ = 1,07$ ). Se discuten las implicaciones clínicas de estos hallazgos.

**PALABRAS CLAVE:** Ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia escolar, meta-análisis.

### **Abstract**

The results of a meta-analysis of the effectiveness of the treatment for generalized anxiety, separation anxiety and school phobia/refusal in children and adolescents are presented. Ten scientific reports appeared between 1980 and 2002, which fulfilled the selection criteria, were identified leading to 25 independent studies. Seven hundred and forty three children and adolescents, between the ages of 5 and 17 years, with a mean age of 11 and a gender

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Isabel Santacruz, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Edificio Luis Vives, Campus Universitario de Espinardo, Universidad de Murcia, Apdo. 4021, 30080 Espinardo, Murcia (España). E-mail: morgiles@um.es

*Este estudio ha sido financiado por el Proyecto BSO2001-0491 del Ministerio de Ciencia y Tecnología.*

proportion of 3 girls to 2 boys, took part. The 10-week treatment reached an overall medium-high effectiveness in the pos-test ( $d+ = 0.78$ ) and a high effectiveness in an average ten-month follow-up ( $d+ = 1.06$ ). With the exception of one study, the cognitive-behavioral therapy was applied, either on its own or together with family intervention or imipramine, and proved to be highly effective ( $d+ = 0.87$ ). The components of the program proved to be highly effective, especially contingency management ( $d+ = 1.53$ ), relaxation ( $d+ = 1.29$ ), exposure ( $d+ = 1.27$ ), and self-instruction ( $d+ = 1.07$ ). The clinical implications of these findings are discussed.

KEY WORDS: Generalized anxiety, meta-analysis, school phobia, separation anxiety.

### Introducción

Los trastornos de ansiedad son muy comunes en la infancia y adolescencia (Albano, Chorpita y Barlow, 1996). Sandín (1997) define la ansiedad como la respuesta anticipatoria de una amenaza, que se caracteriza por sensaciones afectivas de nerviosismo, tensión, aprensión y alarma, acompañadas de manifestaciones conductuales visibles y de cambios fisiológicos asociados a hiperactivación del sistema nervioso autónomo.

La ansiedad al separarse de las personas con las que el niño se halla afectivamente ligado constituye un mecanismo de protección ante los peligros del entorno (Campbell, 1986). En la primera infancia la ansiedad se manifiesta en forma de miedo a estímulos específicos reales (ruidos fuertes, animales, etc.), o imaginarios (fantasmas, monstruos, etc.), y de miedo a la separación de las figuras de apego (Bowlby, 1973). Según Ollendick y King (1994), la ansiedad por separación es más frecuente en edades tempranas. González (2002) identificó tres componentes de la ansiedad por separación en población preescolar: 1) *pérdida o daño de un ser querido*, que se relaciona con separaciones traumáticas y con la preocupación excesiva por la salud de los padres u otros familiares, por ejemplo enfermedades, accidentes, muerte, etc.; 2) *situaciones relacionadas con el dormir*, que se circunscriben a la separación durante la noche, por ejemplo señales de miedo al despedirse hasta mañana; 3) *acontecimientos cotidianos*, que se refieren a separaciones propias de la vida diaria, como ir al colegio o asistir los padres a una reunión. De acuerdo con los informes de los progenitores, en la mitad de las ocasiones los niños de 3 a 5 años solicitan telefonar cuando los padres están fuera de casa o les llaman insistentemente si se despiertan por la noche.

Sin embargo, en algunos casos la ansiedad por separación es desproporcionada y causa desadaptación, por ejemplo su elevada intensidad supera lo esperado para el nivel del desarrollo del niño y repercute negativamente en el área escolar, constituyendo una alteración psicopatológica. El trastorno de ansiedad por separación (TAS) es el único trastorno de ansiedad incluido en el apartado de inicio en la infancia, niñez y adolescencia del DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000). Se caracteriza por la ansiedad excesiva ante la separación de

las figuras de apego o del hogar, o ante la anticipación de estas situaciones, y se acompaña de una serie de síntomas como malestar excesivo, quejas somáticas, preocupación persistente, negativa a ir al colegio, a permanecer o dormir solo, etc. Para diagnosticar el trastorno sus características deben persistir al menos durante 4 semanas, iniciarse antes de los 18 años y repercutir de forma negativa en la vida y en el desarrollo del niño.

La prevalencia del TAS se estima en torno al 4% de niños y adolescentes jóvenes. Echeburúa (1993) señala que la edad media de los niños que padecen este trastorno es 9 años, con ligero predominio del género femenino y de niveles socioeconómicos bajos. La comorbilidad entre los trastornos de ansiedad es frecuente en la infancia. El TAS se asocia frecuentemente con fobias específicas, siendo ambos trastornos de ansiedad los de mayor prevalencia en los niños de corta edad (Ollendick y King, 1994). Estos trastornos implican ansiedad excesiva y conductas de evitación, pero en la fobia específica el miedo viene provocado por una situación, objeto o suceso particular, distinto a estar solo o lejos del hogar, característico de la ansiedad por separación.

Uno de los problemas que más se relaciona con el TAS es la fobia escolar. Bastantes escolares manifiestan algún grado de temor o resistencia a ir al colegio, sin embargo, existe una pequeña proporción de niños que experimenta niveles de ansiedad tan elevados que se niegan a acudir a la escuela y a asistir a clase (King, Ollendick y Tonge, 1995). El DSM-IV-TR no considera la negativa o el rechazo escolar como trastorno psicológico, sino como síntoma para el diagnóstico de otros trastornos. En la infancia suele asociarse al TAS, al TAG y a las fobias específicas, mientras que en la adolescencia además de con ansiedad se relaciona con depresión (Elliot, 1999). La fobia escolar se manifiesta como la negativa o el rechazo recurrente a asistir al colegio, acompañado por síntomas físicos, como cefalea, dolor de estómago, náuseas, etc. (Bernstein *et al.*, 1997). Las tasas de prevalencia oscilan entre 1% y 5% (Burke y Silverman, 1987; Elliott, 1999; King *et al.*, 1995), y sus repercusiones no sólo incluyen déficit a nivel personal, social y académico en el presente, sino también serias repercusiones a largo plazo (McShane, Walter y Rey, 2001).

La ansiedad generalizada se puede considerar un estado persistente de ansiedad, de naturaleza predominantemente cognitiva, de difícil control, cuyo diagnóstico en la infancia requiere que el niño manifieste ansiedad y preocupación excesiva al menos durante 6 meses con referencia a una gran diversidad de situaciones o momentos. Impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño y tensión muscular son síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Anderson, Williams, McGee y Silva (1987) señalan que, al margen de las fobias específicas, el trastorno de ansiedad excesiva (o generalizada) es el más frecuente en la infancia después del TAS, afectando al 2,9% de la población infantil, siendo el de mayor prevalencia en niños mayores y adolescentes (Ollendick y King, 1994). Echeburúa (1993) indica una edad media de 13 años para el TAG, con una prevalencia similar en ambos géneros y un cierto predominio en niveles socioeconómicos medios y altos.

Puesto que los trastornos de ansiedad repercuten negativamente en la vida del niño y su familia, conviene intervenir tan pronto como se detecten. En la actualidad, la terapia cognitivo-conductual constituye una alternativa terapéutica que ha probado su eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Barrett, 2000; Ollendick y King, 1994).

Con respecto al TAS y al TAG los programas que incluyen componentes conductuales y cognitivos han conseguido mejoras terapéuticas significativas. Si se añade intervención familiar la eficacia tiende a aumentar (Barrett 1998; Barrett, Dadds y Rapee, 1996; Mendlowitz *et al.*, 1999). Varios estudios han probado su superioridad sobre el no tratamiento (Kendall, 1994; Kendall, Brady y Verduin, 2001; Kendall *et al.*, 1997; Muris *et al.* 2001; Shortt, Barret y Fox, 2001), considerándose una terapia probablemente eficaz, según los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995) de la División 12 «Psicología Clínica», de la Asociación Americana de Psicología.

El tratamiento de elección en los problemas de fobia y rechazo escolar se ha compuesto de exposición y manejo de contingencias, al que recientemente se ha sumado el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. De nuevo estos programas multicomponentes han probado su eficacia frente a la ausencia de tratamiento (King *et al.*, 1998). El objetivo prioritario de esta aproximación terapéutica es restablecer la asistencia escolar mediante un plan de reincorporación a la escuela, basado en la exposición y la reestructuración de contingencias en el hogar y en el colegio. Puesto que la situación escolar se ha convertido estresante para el niño, un objetivo adicional es dotarle de habilidades, como relajación y autoinstrucciones, que le ayuden a afrontar el estrés escolar. A la espera de nuevas investigaciones que apoyen su eficacia, se considera la terapia cognitivo-conductual como un tratamiento experimental de este problema.

Chambless y Gillis (1993) realizaron una revisión cualitativa sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual con adultos concluyendo que disminuye considerablemente la ansiedad a corto y largo plazo. Existen también revisiones que integran cuantitativamente los resultados de intervenciones conductuales sobre el TAG. Hunt y Singh (1991) analizaron los resultados de 42 estudios que aplicaron intervenciones cognitivo-conductuales y/o farmacológicas, destacando por su eficacia la combinación de reestructuración cognitiva y relajación. Borkovec y Whisman (1996) estimaron el tamaño del efecto de 8 estudios pretest-postest, que utilizaron alguna combinación de terapia cognitiva o cognitivo-conductual, llegando a conclusiones similares.

Sin embargo, con población infantil y adolescente no se han llevado a cabo estudios meta-analíticos sobre TAG, TAS o fobia y rechazo escolar. Así pues, es útil efectuar un análisis cuantitativo de la eficacia del tratamiento psicológico de estos trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. El meta-análisis exige las mismas normas de rigor científico que se requieren en las investigaciones primarias, desde la especificación de los criterios de selección de los estudios hasta la definición de los resultados, pasando por la sistemática codificación de las características de los estudios que pueden modular y explicar la heterogeneidad de los resultados (Glass, McGaw y Smith, 1981).

## Método

### *Objetivos del estudio*

En este estudio se aplica la metodología del meta-análisis para estudiar la eficacia del tratamiento psicológico en varios problemas de ansiedad en la infancia y adolescencia: TAG, TAS y fobia escolar.

Los objetivos específicos son: 1) integrar cuantitativamente los resultados de las intervenciones cognitivo-conductuales y familiares, 2) analizar las características de los estudios que influyen en los resultados, y 3) plantear líneas de acción y perspectivas de futuro basándose en los resultados obtenidos.

### *Búsqueda de la bibliografía*

El proceso de búsqueda de información se basó en las siguientes fuentes: a) consultas con soporte informático (CSIC -ISOC-, MEDLINE y ERIC), con las palabras clave «fobia escolar», «rechazo escolar», «ansiedad generalizada» «ansiedad por separación», «infan\*», «adolescenc\*», «tratamiento», «terapia», «*school phobia*», «*school refusal*», «*generalized anxiety*», «*separation anxiety*», «infan\*», «child\*», «adolescenc\*», «*treatment*», «*therapy*», en el título y en el resumen; b) revisión directa de revistas especializadas, libros, monografías o resúmenes (*Psychological Abstracts* y *Current Contents: Social and Behavioral Sciences*); c) consulta a investigadores expertos en el área, y d) revisión de referencias de los estudios recuperados.

Detectada la base de estudios, se seleccionaron para el meta-análisis los que cumplieran los siguientes *criterios de selección*: a) referirse al tratamiento de fobia escolar, ansiedad por separación o ansiedad generalizada en población infantil y adolescente; b) ser diseños de grupo que compararan un grupo de tratamiento frente a uno de control u otro tratamiento alternativo, descartándose los diseños N = 1; c) incluir medidas pretest y postest, y algún seguimiento opcionalmente; d) presentar datos estadísticos suficientes para el cálculo del tamaño del efecto, e) estar escrito en inglés o castellano, f) haberse elaborado el informe científico entre 1980 y junio de 2002.

El proceso de búsqueda supuso la consulta de unas 500 referencias, que permitió identificar y reunir 10 informes científicos, todos publicados como artículos, que cumplieron los criterios de selección, generando 25 estudios empíricos independientes, 17 de tratamiento y 8 de control lista de espera. Los artículos seleccionados, escritos en inglés, procedían de 4 países, Australia (40%), Estados Unidos (36%), Canadá (16%) y Holanda (8%).

### *Codificación de los estudios*

Las características de los estudios se codificaron con el fin de analizar las comparaciones a corto y largo plazo, agrupándolas en variables sustantivas, metodológicas y extrínsecas (Lipsey, 1994). Del tratamiento se analizaron las variables terapia aplicada, componentes del programa, uniformidad, tareas para casa, características formales. De

los participantes se codificó edad, género, trastorno o problema psicológico, persistencia del trastorno o problema, tratamientos anteriores, comorbilidad. También se codificó la formación y experiencia del terapeuta. Se valoró la calidad del diseño mediante una escala de 0 = calidad mínima, a 9 = calidad máxima (tabla 1). Por último, se registraron como variables extrínsecas la fecha y la fuente del informe científico<sup>1</sup>.

**Tabla 1**

Escala para valorar la calidad metodológica de los estudios empíricos independientes

Ítems	Categorías	Valor
1. Asignación aleatoria de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No, y sin control de variables confundentes</li> <li>• No, pero con control de variables confundentes</li> <li>• Sí</li> </ul>	0 0,5 1
2. Tipo de diseño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuasi-experimental</li> <li>• Experimental</li> </ul>	0,5 1
3. Tamaño muestral del grupo tratado en el postest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>n &lt; 6</math></li> <li>• <math>6 \leq n \leq 9</math></li> <li>• <math>n \geq 10</math></li> </ul>	0 0,5 1
4. Mortalidad experimental del grupo tratado en el postest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual o mayor del 30%</li> <li>• Menor del 30%</li> <li>• No hubo mortalidad</li> </ul>	0 0,5 1
5. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor de 6 meses</li> <li>• Entre 6 y 11 meses</li> <li>• 12 ó más meses</li> </ul>	0 0,5 1
6. Medición de las mismas variables dependientes en el pretest y en el postest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No se presentan todas</li> <li>• Sí, excepto una de ellas</li> <li>• Sí se presentan todas</li> </ul>	0 0,5 1
7. Calidad de los instrumentos de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizan pruebas sin garantías psicométricas</li> <li>• Se utilizan pruebas con garantías psicométricas</li> <li>• Como el anterior, pero se utiliza al menos un instrumento objetivo</li> </ul>	0 0,5 1
8. Uniformidad del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los sujetos no reciben el tratamiento en las mismas condiciones</li> <li>• Los sujetos reciben el tratamiento en las mismas condiciones</li> </ul>	0 1
9. Ceguera de los evaluadores y participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe ciego</li> <li>• Simple ciego</li> <li>• Doble ciego</li> </ul>	0 0,5 1

1 Dado que en nuestra investigación no contamos con estudios inéditos, y siendo el sesgo de publicación una de las fuentes de invalidez que pueden afectar a un estudio meta-analítico, calculamos el «índice de tolerancia a los resultados nulos» (Orwin, 1983), para determinar cuántos estudios no publicados (y no recuperados por nuestro meta-análisis) deberían encontrarse archivados en las editoriales de las revistas para que los resultados quedasen anulados. El resultado hallado fue que tenían que estar almacenados en las editoriales de las revistas 145 estudios. Consideramos que es muy improbable que puedan existir tantos trabajos no publicados y no recuperados sobre este tema. Por tanto, podemos concluir que el sesgo de publicación no es una amenaza contra la validez de nuestros resultados (Rosenthal, 1991).

Características de los estudios

Las tablas 2 y 3 presentan las características descriptivas de las variables codificadas en los estudios. Se reclutaron 743 niños y adolescentes, de 5 a 17 años, con 11 años de edad media, y una proporción de 3 chicas por 2 chicos. La mayoría no presentaba otro trastorno asociado. Los participantes se redujeron a 550 en el postest y a 98 en el seguimiento más largo de un año.

Los principales inventarios y escalas utilizados fueron «Inventario de Miedos para Niños» (*Fear Survey Schedule for Children, FSS-FC*; Scherer y Nakamura, 1968), adap-

**Tabla 2**  
Principales variables cualitativas

Variable	Categorías	Frec.	Porc.
Tipo de grupo (k = 25)	1. Tratamiento 2. Control lista de espera	17 8	68% 32%
Tratamiento (k = 17)	1. Terapia cognitivo-conductual 2. Terapia cognitivo-conductual + Intervención Familiar 3. Terapia cognitivo-conductual + Imipramina 4. Intervención Familiar	11 4 1 1	65% 23% 6% 6%
Aplicación del tratamiento (k = 25)	1. Grupal 2. Individual 3. Sin especificar	7 7 11	28% 28% 44%
Tipo de problema (k = 25)	1. TAG, TAS, FS 2. Fobia escolar	21 4	84% 16%
Lugar del tratamiento (k = 25)	1. Universidad 2. Clínica 3. Escuela 4. Sin especificar	10 2 2 11	40% 8% 8% 44%
Modo de reclutamiento (k = 25)	1. A instancias de terceros 2. A instancias del experimentador 3. Mixto	10 4 11	40% 16% 44%
Lugar de reclutamiento (k = 25)	1. Centro de salud u hospital 2. Colegio o Instituto 3. Mixto	4 2 19	16% 8% 76%
Fecha del estudio (k = 25)	1994 1996 1997 1998 1999 2000 2001	2 3 2 5 4 2 7	8% 12% 8% 20% 16% 8% 28%

k: número de estudios, TAG: trastorno de ansiedad generalizada, TAS: trastorno de ansiedad por separación, FS: fobia social.

tado y simplificado por Ryall y Dietiker (1979) y Ollendick (1983), «Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños» (*State-Trait Anxiety Inventory for Children, STAIC*; Spielberger, 1973), «Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños» (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale, R-CMAS*; Reynolds y Richmond, 1978), «Inventario de Depresión Infantil» (*Children's Depresión Inventory, CDI*; Kovacs, 1981), «Listado de Conductas Problemáticas Infantiles» (*Child Behavior Checklist, CBCL*; Achenback y Edelbrock, 1983), «Listado de Conductas Problemáticas Infantiles – Versión Maestros» (*Child Behavior Checklist – Teacher's Report Form, CBCL-TRF*; Achenback y Edelbrock, 1983).

El tratamiento se aplicó en 10 semanas por psicólogos clínicos con gran experiencia en este tipo de trastornos. La calidad metodológica de los estudios fue media-alta, destacando el uso de diseños experimentales con asignación aleatoria, el reclutamiento de muestras clínicas con 30 participantes por grupo, y el seguimiento de 10 meses de promedio. Los informes científicos fueron siempre artículos cuya fecha pone de relieve que los ensayos clínicos controlados en este campo son recientes.

**Tabla 3**  
Principales variables cuantitativas

VARIABLE	k	Mín.	Máx.	Media	DE
Duración del tratamiento en semanas	18	4,0	18,0	10,40	3,57
Cantidad de tratamiento en horas	17	5,0	24,0	14,58	6,12
Distribución del tratamiento en horas semanales	18	1,0	5,2	1,40	0,64
Edad media de los participantes en años	25	8,0	14,0	10,73	1,32
Género de los participantes en % de varones	25	25,0	80,0	40,87	12,2
Número medio de participantes por grupo	25	15,0	60,0	25,00	11,34
Calidad del estudio de 0 a 9	25	5,0	8,0	6,48	0,78
Seguimiento más largo en meses	11	3,0	12,0	10,20	3,79

DE: desviación estándar.

#### *Cálculo y análisis de los tamaños del efecto*

Se utilizó como índice del tamaño del efecto la diferencia media tipificada (Hedges y Olkin, 1985). Debido a que algunos estudios comparaban entre sí tratamientos diferentes, se decidió definir como unidad de análisis el grupo y se calculó la diferencia media tipificada entre las medias del pretest y del posttest, dividida por la desviación típica del pretest (véase en este número el artículo de Orgilés et al). Valores positivos indican mejora del grupo, mientras que valores negativos significan empeoramiento de los participantes. Cuando el estudio aportó alguna medida de seguimiento también se calculó el índice  $d_+$  comparando la media del pretest y la media del seguimiento más largo.



Los estudios presentaron múltiples variables de resultado. Para cada una de ellas se calculó el índice  $d_+$  y, a continuación, se promediaron en función de los siguientes criterios: a) trastorno o problema psicológico, b) procedimiento de evaluación especificando los principales inventarios y escalas, c) momento de la evaluación de los resultados, d) grupo de asignación de los participantes. En consecuencia, de cada estudio se planeó el cálculo de 32 y 16 índices  $d_+$  en el posttest y en el seguimiento respectivamente, que se analizaron por separado. También se obtuvieron los intervalos de confianza, las pruebas de homogeneidad globales, y el efecto de las principales variables moduladoras mediante análisis de varianza y análisis de regresión por mínimos cuadrados ponderados. Los análisis se realizaron con los programas SPSS 11.0 (2001) y MetaWin 2.0 (Rosenberg, Adams y Gurevitch, 2000).

## Resultados

### *Eficacia del tratamiento psicológico*

La medida fundamental de eficacia del tratamiento fue el tamaño del efecto global, definido como diferencia media tipificada, pretest-posttest y pretest-seguimiento, de los grupos de tratamiento y control. No obstante, también se calcularon tamaños del efecto para valorar la mejora en las variables fobia, ansiedad y depresión. Las Tablas 4 y 5 presentan los resultados obtenidos por los grupos de tratamiento y lista de espera en las diferentes variables dependientes y según los distintos procedimientos de evaluación. Los resultados de los grupos de control en el seguimiento no se presentan debido a la ausencia de datos.

La magnitud del efecto global logrado con la aplicación del tratamiento fue media-alta al concluir la terapia y alta en el seguimiento, de acuerdo con la clasificación propuesta por Cohen (1988). Al finalizar el tratamiento la mejora fue mayor en la variable fobia que en ansiedad o depresión, aunque en el seguimiento la terapia también se mostró muy eficaz para la ansiedad. Los padres valoraron más positivamente los cambios producidos por el tratamiento, *CBCL* interno, observación e informes, que los profesionales (profesores y clínicos). Se produjo una ligera remisión espontánea en las fobias de los controles, pero no se detectó ningún cambio global, ni en ansiedad o depresión. En cualquier caso, el análisis de varianza reveló que los grupos tratados habían mejorado significativamente en comparación con los no tratados en lista de espera ( $Q_{B(1)} = 32,91; p = 0,00$ ).

### *Variabes que influyen en los resultados del tratamiento*

La heterogeneidad encontrada entre los tamaños del efecto global ( $Q_{W(17)} = 119,61; p = 0,00$ ) se explica porque los estudios son diferentes entre sí en una serie de características que pueden influir en el nivel de eficacia alcanzado. Para comprobar si los distintos tratamientos obtenían diferentes resultados se realizó un análisis de varianza ponderado cuyos resultados se muestran en la tabla 6.

**Tabla 4**  
Eficacia del tratamiento para la ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia escolar

	TRATAMIENTO					
	k	d.	Li	Ls	Q	p
<b>Postest</b>						
Global	18	0,78	0,66	0,89	119,61	0,00
Fobia	17	0,94	0,74	1,14	18,24	0,02
Ansiedad	15	0,73	0,62	0,85	103,02	0,00
Depresión	13	0,70	0,56	0,84	10,79	0,5
Informes de los padres	14	0,85	0,72	0,98	115,75	0,00
Informes de profesionales	6	0,44	0,27	0,61	10,93	0,05
Observación	5	1,28	0,89	1,67	83,67	0,00
Inventarios y cuestionarios	18	0,75	0,64	0,86	92,38	0,00
FSS-FC	7	0,76	0,54	0,98	16,12	0,01
STAIC	7	0,74	0,57	0,92	24,74	0,00
R-CMAS	14	0,87	0,74	0,99	94,51	0,00
CDI	11	0,66	0,53	0,80	0,42	0,59
CBCL interno (padres)	11	1,19	1,03	1,35	108,61	0,00
CBCL externo (padres)	9	0,63	0,47	0,78	8,87	0,35
CBCL interno (maestros)	6	0,48	0,31	0,65	10,14	0,07
CBCL externo (maestros)	5	0,35	0,15	0,56	6,41	0,17
<b>Seguimiento</b>						
Global	11	1,06	0,90	1,21	87,66	0,00
Fobia	7	1,22	0,97	1,48	18,47	0,00
Ansiedad	9	1,05	0,89	1,22	42,67	0,00
Depresión	8	0,79	0,63	0,94	14,16	0,0
Informes de los padres	11	1,18	1,01	1,34	90,52	0,00
Informes de profesionales	6	0,51	0,33	0,68	17,40	0,00
Observación	3	1,18	0,56	1,81	43,19	0,00
Inventarios y cuestionario	11	0,96	0,81	1,11	58,41	0,00
FSS-FC	6	1,22	0,94	1,50	18,46	0,00
STAIC	5	0,83	0,62	1,04	23,42	0,00
R-CMAS	9	1,20	1,03	1,37	34,07	0,00
CDI	8	0,72	0,57	0,87	7,26	0,40
CBCL interno (padres)	11	1,17	1,48	1,86	64,74	0,00
CBCL externo (padres)	9	0,64	0,48	0,80	40,20	0,00
CBCL interno (maestros)	6	0,54	0,36	0,71	21,71	0,00
CBCL externo (maestros)	5	0,37	0,17	0,57	6,53	0,16

k: Número de estudios, d.: Tamaño del efecto medio, Li y Ls: Límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d., Q: Prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media, p: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q, asumiendo una distribución Chi-cuadrado de Pearson con k-1 grados de libertad.

**Tabla 5**  
Magnitud de la remisión de la sintomatología en la lista de espera

	LISTA DE ESPERA					
	k	d <sub>*</sub>	Li	Ls	Q	p
<b>Postest</b>						
Global	7	0,21	-0,01	0,41	1,68	0,95
Fobia	5	0,30	0,01	0,59	7,29	0,12
Ansiedad	6	0,17	-0,06	0,39	5,05	0,41
Depresión	5	0,13	-0,12	0,39	4,22	0,38
Informes de los padres	7	0,15	-0,05	0,36	6,03	0,42
Informes de profesionales	3	0,49	-0,08	1,07	1,15	0,56
Observación	3	-0,42	-1,01	0,17	11,84	0,00
Inventarios y cuestionarios	7	0,15	-0,05	0,36	6,03	0,42
FSS-FC	5	0,33	0,04	0,63	6,95	0,14
STAIC	2	0,38	-1,49	2,26	0,03	0,87
R-CMAS	6	0,24	0,01	0,47	8,29	0,14
CDI	5	0,15	-0,11	0,40	4,60	0,33
CBCL interno (padres)	6	0,30	0,04	0,55	3,11	0,68
CBCL externo (padres)	4	0,12	-0,27	0,51	1,02	0,80
CBCL interno (maestros)	3	0,56	-0,03	1,15	2,33	0,80
CBCL externo (maestros)	2	0,55	-2,01	3,11	0,09	0,76

k: Número de estudios, d<sub>\*</sub>: Tamaño del efecto medio, Li y Ls: Límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d<sub>\*</sub>, Q: Prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media, p: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q, asumiendo una distribución Chi-cuadrado de Pearson con k-1 grados de libertad.

**Tabla 6**  
Eficacia de los diferentes tratamientos para la ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia escolar

Tratamiento	k	d <sub>*</sub>	Li	Ls	Q <sub>wj</sub>	p
Terapia cognitivo-conductual	11	0,84	0,69	0,98	24,98	0,01
Terapia cognitivo-conductual + Intervención familiar	4	1,02	0,53	1,52	77,97	0,00
Terapia cognitivo-conductual + Imipramina	1	0,91	—	—	—	—
Intervención familiar	1	0,05	—	—	—	—

k: Número de estudios, d<sub>\*</sub>: Tamaño del efecto medio, Li y Ls: Límites confidenciales inferior y superior del intervalo de confianza al 95% en torno al índice d<sub>\*</sub>, Q<sub>wj</sub>: Prueba de homogeneidad de los tamaños del efecto en torno a su media, p: Nivel crítico de probabilidad asociado a la prueba Q.

Excepto un estudio, siempre se aplicó terapia cognitivo-conductual, sola o combinada con intervención familiar o imipramina. La terapia cognitivo-conductual resultó muy eficaz para tratar el TAG, el TAS, y las fobias escolar y social. El nivel de eficacia promedio de los 16 estudios que la aplicaron fue elevado ( $d_+ = 0,87$ ), especialmente en combinación con la intervención familiar. Aunque solo existe un estudio, el empleo aislado de la intervención familiar parece ineficaz. El análisis de los programas de orientación cognitivo-conductual reveló que sus componentes eran sumamente eficaces, sobre todo el manejo de contingencias ( $d_+ = 1,53$ ), la relajación progresiva ( $d_+ = 1,29$ ), la exposición ( $d_+ = 1,27$ ), y las autoinstrucciones ( $d_+ = 1,07$ ).

En la tabla 7 se presentan los tamaños del efecto de los veinticinco estudios empíricos independientes al finalizar el tratamiento. La mayoría de niños y adoles-

**Tabla 7**  
Estudios empíricos independientes incluidos en el meta-análisis

Autor	Año	Edad	N	Muestra	Problema/trastorno	Estudios empíricos	$d_+$ post.	$d_+$ seg.
Kendall	1994	9-13	47	Clínica	Ansiedad generalizada, evitación y separación	1. TCC 2. Lista de espera	1,22 0,25	1,36 —
Barrett <i>et al.</i>	1996	7-14	79	Clínica	Ansiedad generalizada y separación, fobia social	3. TCC 4. TCC + IF 5. Lista de espera	0,72 0,83 0,20	1,33 1,79 —
Kendall <i>et al.</i>	1997	9-13	94	Clínica	Ansiedad generalizada, evitación y separación	6. TCC 7. Lista de espera	1,33 0,25	1,51 —
Barrett	1998	7-14	60	Clínica	Ansiedad generalizada y separación, fobia social	8. TCC 9. TCC + IF 10. Lista de espera	1,69 2,30 0,13	2,72 3,78 —
King <i>et al.</i>	1998	5-15	34	Clínica	Fobia escolar	11. TCC 12. Lista de espera	1,15 0,36	1,76 —
Mendlowitz <i>et al.</i>	1999	5-12	102	Clínica	Ansiedad generalizada, ansiedad social	13. TCC 14. IF 15. TCC + IF 16. Lista de espera	0,37 0,05 0,35 0,07	— — — —
Bernstein <i>et al.</i>	2000	10-17	47	Clínica	Fobia escolar	17. TCC + Imipramina 18. TCC + Placebo farmacológico	0,91 0,41	— —
Kendall <i>et al.</i>	2001	7-14	173	Clínica	Ansiedad generalizada, evitación y separación	19. TCC (sin comorbilidad) 20. TCC (con comorbilidad) 21. Lista de espera	0,64 0,66 0,48	0,54 0,75 —
Muris <i>et al.</i>	2001	7-14	36	Clínica	Ansiedad generalizada y separación, fobia social	22. TCC individual 23. TCC grupal	0,89 1,22	— —
Shortt <i>et al.</i>	2001	6-10	71	Clínica	Ansiedad generalizada y separación, fobia social	24. TCC + IF 25. Lista de espera	6,12 0,44	8,34 —

TCC: terapia cognitivo-conductual, IF: intervención familiar.

centes en lista de espera experimentaron una ligera remisión de sus síntomas. Los participantes tratados mejoraron excepto los del estudio 14 donde el tratamiento se limitó a intervención familiar. La terapia cognitivo-conductual, sola o combinada con intervención familiar o imipramina, fue altamente eficaz aproximadamente en dos tercios de los estudios y moderada o levemente eficaz en el tercio restante. Destaca el estudio 24, donde la combinación de terapia cognitivo-conductual con intervención familiar consiguió una drástica mejora ( $d_+ > 5$ ). Salvo los estudios 1, 6, 19 y 20, del grupo de investigación de Kendall, en los que se mantiene la ganancia terapéutica, en los demás aumenta significativamente en el seguimiento.

Se efectuaron análisis de varianza y de regresión por mínimos cuadrados ponderados para determinar el papel de otras variables moduladoras. Ni la cantidad ni la distribución influyeron en el nivel de eficacia, aunque se encontró una relación positiva entre la duración y el resultado del tratamiento, es decir, a mayor número de semanas (rango: 4-18), mayor ganancia terapéutica. La eficacia también fue mayor cuando el tratamiento mostró cierto grado de flexibilidad permitiendo la adaptación a los participantes. Los estudios con diseños de mayor calidad obtuvieron mejores resultados.

Por el contrario, no se apreciaron diferencias significativas en función de la edad o el género de los participantes, el problema o trastorno presentado, la existencia de comorbilidad, o la mortalidad experimental. Otras variables, como la persistencia del problema o las tareas para casa, no pudieron ser analizadas por falta de datos.

## Discusión

La evidencia que se desprende de esta revisión meta-analítica es clara. El tratamiento de elección para el TAG, TAS y la fobia escolar, es la terapia cognitivo-conductual, aplicada al 94% de los niños y adolescentes tratados en ensayos clínicos controlados. Su eficacia es alta tanto al terminar el tratamiento como en el seguimiento. Los ensayos del equipo de investigación de Barrett (1998; Shortt *et al.*, 2001) sugieren que la intervención familiar potencia los efectos de la terapia cognitivo-conductual. Así pues, es extrapolable al ámbito infantil y adolescente la afirmación de Nathan, Gorman y Salkind (2002) referida a los adultos: «en la actualidad la mejor manera de tratar el trastorno de ansiedad generalizada es la terapia cognitivo-conductual» (p. 164).

El programa «El gato que se las arregla» (*Coping cat workbook*), de Kendall (1990), es el más utilizado para tratar el TAG y el TAS. Consta de 16 sesiones divididas en dos bloques. Las ocho primeras sesiones se dedican a la adquisición de habilidades de afrontamiento y las ocho siguientes a la exposición gradual a situaciones que provocan ansiedad para que el niño o el adolescente practique las habilidades aprendidas. Durante la primera parte se enseña el plan «TEMOR» (*FEAR*) dirigido a dominar la ansiedad (tabla 8). En esta fase se entrena a los padres en el manejo de contingencias, enseñándoles a reforzar positivamente el afrontamiento de la ansiedad, incluso recurriendo a contratos de contingencias, y a extinguir las quejas del hijo.

**Tabla 8**  
Plan «TEMOR» (*FEAR*) para dominar la ansiedad, del programa cognitivo-conductual de Kendall

Pasos terapéuticos	Objetivos terapéuticos	Procedimientos terapéuticos
<b>T</b> ¿Tengo miedo, estoy asustado? <i>F Feeling frightened?</i>	Reconocer los signos de ansiedad (componente psicofisiológico); por ejemplo tensión muscular	Relajación muscular
<b>E</b> ¿Espero que pase algo malo? <i>E Expecting bad things to happen?</i>	Reconocer las preocupaciones (componente cognitivo), por ejemplo expectativas catastrofistas	Reestructuración cognitiva Autoinstrucciones
<b>M</b> Medidas o acciones que ayudan <i>A Actions and attitudes than help</i>	Elaborar un plan para afrontar la ansiedad (componente conductual)	Resolución de problemas
<b>O</b> Observación y valoración	Observar y valorar los resultados del afrontamiento de la ansiedad	Autoobservación Autovaloración
<b>R</b> Recompensa <i>R Rate and reward</i>	Aprender a autoevaluarse	Autoreforzo

En la segunda mitad del tratamiento el niño o adolescente se expone gradualmente a estímulos provocadores de ansiedad. Inicialmente la exposición es en imaginación a situaciones de baja intensidad y posteriormente se realiza exposición en vivo a situaciones de intensidad media y alta. El terapeuta supervisa la exposición modelando y reforzando la puesta en práctica de las habilidades de afrontamiento.

Para facilitar el aprendizaje el programa incluye recursos audiovisuales, materiales didácticos y tareas para casa. Así, el niño recibe un casete con indicaciones para relajarse e inducir imágenes mentales relajantes y una videocinta en la que él mismo graba un anuncio describiendo el plan «TEMOR» (*FEAR*) y su aplicación en una situación provocadora de ansiedad que superó con éxito a lo largo del tratamiento. También se le entrega el cuaderno «El gato que se las apaña» para que dibuje, escriba relatos personales de afrontamiento y complete diálogos de los personajes de las viñetas que representan escenas cotidianas, por ejemplo, ante la imagen de un niño asando una salchicha en una barbacoa anota '¿y si arde, se incendia y se quema todo?' El cumplimiento de las tareas para casa se refuerza con pegatinas, barajas infantiles, trucos de magia, etc.

Por último el programa incorpora un componente de prevención de recaídas, que reinterpreta positivamente la ansiedad, el tratamiento y su resultado. Los conceptos básicos en los que se insiste son: 1) el tratamiento es un primer paso en el proceso de aprender a dominar la ansiedad, 2) la ansiedad infantil ofrece la oportunidad de aprender habilidades de afrontamiento que resultarán muy útiles, ya que la vida planteará inevitablemente desafíos que generarán estados de ansiedad, 3) es normal

que durante el proceso de aprendizaje se produzcan fallos, de modo que cualquier esfuerzo de afrontamiento debe reforzarse, aunque el éxito sea solo parcial, 4) 'caída' no significa 'recaída», los fracasos parciales se valoran constructivamente como oportunidades para aprender de los errores cometidos y prevenirlos en el futuro.

Barrett (1995) desarrolló con población australiana el programa «El koala que se las arregla» (*Coping koala workbook*), que añade intervención familiar. El tratamiento consta de 12 sesiones, agrupadas en tres bloques de cuatro, dividiendo el tiempo de terapia entre el hijo y los padres. Los niños y adolescentes reciben un tratamiento similar al de Kendall. Con los padres se llevan a cabo tres entrenamientos básicos, manejo de contingencias, afrontamiento de la ansiedad, y comunicación y resolución de problemas, mediante instrucciones y modelado del terapeuta, representación de papeles (*role-playing*) de los padres, retroalimentación y reforzamiento positivos del terapeuta.

En primer lugar, se enseña a los padres a reforzar positivamente el afrontamiento de la ansiedad y a extinguir las quejas del hijo. Como reforzadores emplean alabanza, privilegios y recompensas. Como extinción utilizan la retirada de atención. Se les instruye para que escuchen las quejas del niño la primera vez. En sucesivas ocasiones deben animarle a practicar las habilidades de afrontamiento adquiridas por el niño, relajación y autoinstrucciones, e ignorar sus quejas.

En segundo lugar, los padres son entrenados en habilidades de afrontamiento. El objetivo de este componente es doble. Por un lado, aprender a dominar la propia ansiedad, una meta relevante, sobre todo en la ansiedad por separación. Last *et al.* (1987) hallaron una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad en madres de niños con diagnóstico de TAS. Por otro, comprender mejor y ayudar más eficazmente al hijo cuando se esfuerza en afrontar la ansiedad infantil.

En tercer lugar, los padres son entrenados en habilidades de comunicación y resolución de conflictos. Este elemento del tratamiento se dirige a reducir el desacuerdo de los padres, por ejemplo madre sobreprotectora y padre autoritario, y a aumentar la consistencia de las reacciones de los progenitores ante la ansiedad del hijo. También pretende disminuir las discusiones de los padres, mediante la enseñanza y práctica de habilidades de escucha activa y negociación. Por último, las habilidades generales de resolución de problemas se orientan a mantener los logros terapéuticos y prevenir la recaída.

Aunque solo existe un estudio de tratamiento combinado, la terapia cognitivo-conductual para la fobia escolar parece más eficaz combinada con imipramina que con medicación placebo (Bernstein *et al.*, 2000). Los datos sobre eficacia de los antidepressivos tricíclicos en la fobia escolar son contradictorios (Rodríguez de Kissack y Martínez, 2001). Por tanto, considerando los importantes efectos secundarios de la imipramina especialmente con niños pequeños, es conveniente investigar si estos fármacos incrementan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual hasta el punto de justificar su incorporación al programa terapéutico.

Los tres componentes básicos de la terapia de cognitivo-conductual para el TAG, TAS y fobia escolar, son la *exposición* gradual del niño a situaciones provocadoras de ansiedad, el entrenamiento a los padres, y a los maestros en casos de fobia escolar,

en *manejo de contingencias* relacionado con la ansiedad, y una amplia gama de procedimientos cognitivos, especialmente el *entrenamiento en habilidades de afrontamiento*, relajación y autoinstrucciones. Estos componentes de los programas han probado ser muy eficaces. La investigación futura deberá aclarar en qué medida contribuye cada uno de ellos al éxito terapéutico utilizando la estrategia de desmantelar el tratamiento.

A diferencia de las fobias específicas, donde las intervenciones más breves fueron tan eficaces como las más largas, la eficacia del tratamiento del TAG, TAS y fobia escolar, aumenta con los meses de tratamiento, siempre dentro de un período de tiempo relativamente corto, de 4 a 18 semanas. Este hallazgo corrobora la naturaleza más compleja de estos trastornos de ansiedad cuyo tratamiento no se limita a la aplicación de una sola técnica como sucede con las fobias específicas. Como se aprecia en la tabla 4, el nivel de eficacia del tratamiento a corto plazo es mayor para la variable fobia (eficacia alta), que para ansiedad y depresión (eficacia media-alta), aunque con el tiempo la mejora en ansiedad alcanza también un nivel elevado. La tendencia a mejorar en el seguimiento apoya la hipótesis del «efecto durmiente» de la terapia cognitivo-conductual (Kendall, 1991; véase en este número Méndez *et al.*).

Los padres valoraron más positivamente el cambio terapéutico. Los estudios epidemiológicos y de validación de instrumentos de evaluación revelan que los padres tienden a subestimar la ansiedad infantil. Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé (1996) encontraron que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia era un 4% menor cuando la estimación la realizaban los padres y no los hijos.

Los ensayos clínicos controlados sobre tratamiento del TAG y del TAS empezaron a realizarse a mediados de los noventa. La terapia cognitivo-conductual es la única que hasta el presente ha probado su eficacia en estos trastornos de ansiedad, constituyendo el tratamiento de elección. De acuerdo con los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1993), de la División 12 «Psicología Clínica», de la Asociación Americana de Psicología, la terapia cognitivo-conductual se considera un tratamiento «probablemente eficaz» para el TAG y el TAS. Aunque existen más de dos ensayos clínicos controlados, realizados por equipos de investigación independientes de Estados Unidos y Australia, no alcanza el estatus de tratamiento «bien establecido» porque ha demostrado su superioridad sobre la lista de espera, pero no sobre otros tratamientos alternativos. Por tanto, es deseable comparar la terapia cognitivo-conductual con otros tratamientos psicológicos y/o farmacológicos.

La confusión sobre el concepto de fobia/rechazo escolar dificulta la interpretación de los resultados del tratamiento de este problema. Al no existir acuerdo sobre su naturaleza, existe el riesgo de que las muestras reclutadas no sean equivalentes. Una posible solución es considerar la fobia escolar como una fobia situacional aplicando los criterios diagnósticos de las fobias específicas (Sandín, 1997). En cualquier caso los ensayos controlados de King *et al.* (1998) y de Bernstein *et al.* (2000) apoyan la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, sola o combinada con imipramina, en este problema con serias repercusiones para el escolar.



Finalmente deseamos resaltar la importancia de elaborar programas preventivos para niños vulnerables, que promuevan el desarrollo de habilidades infantiles de afrontamiento y modifiquen factores ambientales de riesgo, como el estilo educativo sobreprotector (Méndez, Olivares y Bermejo, 2001).

## Referencias

- (Los estudios precedidos con un asterisco fueron incluidos en el meta-análisis.)
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (dirs.), *Child psychopathology* (pp. 196-241). Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)* (4ª edición revisada). Washington, DC: Autor.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. y Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 69-76.
- Barret, P. M. (1995). *Group coping Koala workbook*. Manuscrito no publicado, School of Applied Psychology, Griffith University, Australia.
- \*Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioural group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 459-468.
- Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: Developmental aspects. *Clinical Psychology Review*, *20*, 479-494.
- \*Barrett, P. M., Dadds, M. y Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 333-342.
- \*Bernstein, G. A., Borchardt, M. D., Perwien, A. R., Crosby, R. D., Kushner, M. G., Thuras, P. D. y Last, C. G. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, *39*, 276-283.
- Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M. y Crosby, R. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 661-668.
- Borkovec, T. D. y Whisman, M. A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. En M. Mavissakalian y R. Prien (dirs.), *Long-term treatment of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol 2. Separation*. Nueva York: Basic Books.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L. y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, *2*, 97-112.
- Burke, A. E. y Silverman, W. K. (1987). The prescriptive treatment of school refusal. *Clinical Psychology Review*, *7*, 353-362.
- Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. En R. Gittelman (dir.), *Anxiety disorders of childhood* (pp. 24-57). Nueva York: Guilford.
- Chambles, D. y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 248-260.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª edición.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Elliot, J. G. (1999). School refusal: Issues of conceptualization, assessment and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 1001-1012.

- Glass, G. V., McGaw, B. y Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- González, M. (2002). *Elaboración y validación del Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASIT)*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Hedges, L. V. y Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hunt, C. y Singh, M. (1991). Generalized anxiety disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 215-229.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (1991). Guiding theory. En P. C. Kendall (dir.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 1-22). Nueva York: Guilford.
- \*Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- \*Kendall, P. C., Brady, E. U. y Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academic Adolescent Psychiatry*, 40, 787-794.
- \*Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- King, N. J., Ollendick, T. H. y Tonge, N. J. (1995). *School refusal: Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- \*King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. y Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-behavioral treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 395-403.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school aged children. *Acta Paedopsychiatry*, 46, 305-315.
- Last, C. G., Francis, G., Hersen, M., Kazdin, A. E. y Strauss, C. C. (1987). Separation anxiety and school phobia: A comparison using *DSM-III* criteria. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Lipsey, M. W. (1994). Identifying potentially interesting variables and analysis opportunities. En H.M. Cooper y L.V. Hedges (dirs.), *The handbook of research synthesis* (pp. 111-123). Nueva York: Sage.
- 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., Olivares, J. y Bermejo, R. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos generales* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- \*Mendlowitz, S., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Miezitis, S. y Shaw, B. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1223-1229.
- \*Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S. y Bogie, N. (2001). The revised versión of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 323-336.
- Nathan, P. E., Gorman, J. M. y Salkind, N. J. (2002). *Tratamiento de trastornos mentales: Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza. (Orig. 1999).
- Ollendick, T. H. (1983). Reability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy*, 21, 685-692.

- Ollendick, T. H. y King, N. J. (1994). Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 918-927.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe *N* for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics, 8*, 157-159.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). What I think and feel? A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
- Rodríguez de Kissack, M. y Martínez, N. D. (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos generales* (pp. 93-120). Madrid: Pirámide.
- Rosenberg, M. S., Adams, D. C. y Gurevitch, J. (2000). *MetaWin 2.0: Statistical software for meta-analysis*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research* (edición revisada). Newbury Park, CA: Sage.
- Ryall, M. R. y Dietiker, K. E. (1979). Reliability and clinical validity of the Children's Fear Survey Schedule. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 303-309.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.
- Scherer, M. W. y Nakamura, C. Y. (1968). A Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour Research and Therapy, 6*, 173-182.
- \*Shortt, A. L., Barrett, P. M. y Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioural group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 30*, 525-535.
- Spielberger, C. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- SPSS 11.0 (2001). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist, 48*, 3-23.