

Terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents

Un resumen SUPPORT de una revisión sistemática Cochrane. Agosto 2023

Los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad, son más propensos que sus compañeros a presentar dificultades con las amistades, la vida familiar, la escuela, y a que desarrollen problemas de salud mental más adelante en la vida. Terapias tales como la terapia cognitiva conductual (TCC) puede ayudar a superar las dificultades relacionadas con la ansiedad mediante el uso de nuevas formas de pensar y enfrentar sus miedos.

Revisiones Cochrane anteriores han demostrado que la TCC es eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil. Sin embargo, quedan preguntas con respecto a lo siguiente: evidencia actualizada de la eficacia relativa y aceptabilidad de la TCC en comparación con listas de espera/pacientes sin tratamiento, tratamiento habitual, controles de atención y tratamientos alternativos, considerando sus beneficios a través de una variedad de resultados y finalmente, su eficacia a largo plazo.

Mensajes claves:

- La terapia cognitivo conductual, es probable que logre remisión del diagnóstico de ansiedad primaria postratamiento (evidencia de certeza moderada).
- Hay un grupo de participantes que podrían perderse a la evaluación posterior a la terapia cognitivo conductual (evidencia de certeza baja).
- La terapia cognitivo conductual, es probable que logre una remisión de todos los diagnósticos de Trastornos ansiosos postratamiento (evidencia de certeza moderada).
- La terapia cognitivo conductual, podría reducir los síntomas ansiosos postratamiento, según reporte de los mismos usuarios (evidencia de certeza baja).
- La terapia cognitivo conductual, podría reducir los síntomas ansiosos postratamiento, según reporte de los padres de los usuarios, (evidencia de certeza baja).
- La terapia cognitivo conductual, es probable que reduzca los síntomas de depresión post tratamiento (evidencia de certeza moderada).
- La terapia cognitivo conductual, podría mejorar la funcionalidad global post tratamiento, (evidencia de certeza baja).
- No hubo reportes de eventos adversos en relación a la terapia cognitivo conductual.

¿Para quién es este resumen?

Todo público - UPSIE, MINSAL Chile

Este resumen incluye:

-Hallazgos clave de la investigación basada en una revisión sistemática
-Consideraciones sobre la relevancia de esta investigación para los países de bajos/medianos ingresos.

No incluido:

-Recomendaciones
-Evidencia adicional no incluida en la revisión sistemática
-Descripciones detalladas de las intervenciones o su implementación.

Este resumen se basa en la siguiente revisión sistemática

James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2020

¿Qué es una revisión sistemática?

Un resumen de los estudios que abordan una pregunta claramente formulada que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y evaluar críticamente la investigación relevante, y para recopilar y analizar los datos de los estudios incluidos

SUPPORT fue un proyecto internacional para apoyar el uso de revisiones y estudios de políticas relevantes para informar las decisiones sobre salud materno-infantil en países de ingresos bajos y medianos, financiado por la Comisión Europea (FP6) y los Institutos Canadienses de Investigación en Salud. De este proyecto se deriva la metodología para desarrollar estos resúmenes.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, presentándose en un 6.5% de todos los niños y adolescentes (1). Uno de los desafíos diagnósticos, implica en distinguir lo considerado normal, como las preocupaciones adecuadas según el desarrollo, los miedos y la timidez, de los trastornos ansiosos. Por ejemplo, niños escolares que asisten a primaria, comúnmente tienen preocupaciones acerca de lesiones y eventos naturales, mientras que niños mayores y adolescentes, típicamente presentan preocupaciones y miedos relacionados al rendimiento escolar, competencias sociales y asuntos de salud (2). Por otro lado, en cuanto a las características distintivas de la ansiedad patológica, se incluye la severidad, persistencia y asociación con deterioro funcional.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (3) y el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5) (4), mediante sistemas diagnósticos distinguen varios tipos de trastornos de ansiedad, incluyendo trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, fobias específicas y mutismo selectivo. Estos trastornos de ansiedad están frecuentemente asociados, con deterioro funcional significativo a nivel personal, social y académico (5). Por otro lado, las comorbilidades son comunes, en particular con otros trastornos ansiosos en niños y adolescentes (6) y con depresión en adolescentes (7).

La presentación de trastornos de ansiedad varía según la edad. Los trastornos por ansiedad de separación son más frecuentes en niños pequeños que en adolescentes, mientras que las dificultades con la ansiedad social son típicamente asociados con mayor perturbación en la adolescencia (8).

Por otro lado, tenemos que los trastornos de ansiedad que inician en la infancia, frecuentemente persisten en la adolescencia y adultez temprana (9), además de asociarse a dificultades en áreas académicas, salud y funcionamiento social en la adultez (9, 10). Actualmente todavía existe un importante infradiagnóstico, permaneciendo pacientes sin tratamiento, con un promedio de retraso de 9 a 23 años hasta que son por primera vez tratados (11). Por todo esto, es bastante claro que actualmente los trastornos de ansiedad en este grupo etéreo presentan graves problemas de salud, lo que hace imperiosa la necesidad de tratamientos efectivos y de fácil acceso.

En cuanto a opciones de tratamiento, tenemos que las intervenciones farmacológicas generalmente no se recomiendan como un tratamiento de primera línea, debido a las preferencias del paciente (12), índices relativamente altos de deserción y preocupaciones sobre los potenciales efectos adversos (13). Sin embargo, sabemos muy poco acerca de la eficacia comparativa de las intervenciones farmacológicas y la TCC (terapia cognitivo conductual), con evidencia todavía limitada a un estudio multicéntrico, aunque grande (14). Claramente se necesita más trabajo para guiar la práctica, sobre las circunstancias en que los enfoques farmacológicos podrían ser más aceptables y eficaces para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Un desafío importante en la práctica clínica actual, es el limitado acceso que presentan los niños con trastornos de ansiedad, a recibir intervenciones psicológicas con evidencia, como la terapia cognitivo conductual. Un reciente estudio demostró que solo el 2% de los niños con trastorno de ansiedad en Inglaterra, recibieron TCC (15). Siendo este resultado consistente con estudios previos realizados en Reino Unido, Australia y EEUU (16,17,18)

Por lo que, es de necesidad mantener evidencia científica actualizada sobre el beneficio a corto y largo plazo de la TCC usada en estos pacientes, tanto por las implicancias éticas de necesidad de terapia por resultados a futuro adversos en pacientes sin tratamiento y considerando además los problemas de adherencia y eventuales efectos adversos que presenta la terapia farmacológica en estos pacientes. Convirtiéndose la TCC, en una alternativa probablemente más favorable, pero con necesidad continua de evidencia científica actualizada que la respalde y permita abrir nuevos horizontes de estudio.

Acerca de la revisión sobre la cual trata este resumen

Objetivo de la revisión: Examinar el efecto de la terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes en comparación a lista de espera/sin tratamiento, tratamiento habitual, control de atención, tratamiento alternativo y medicación.

Tipo de	Lo que buscaron los autores de la revisión	Qué encontraron los autores
Diseños de estudios	Ensayos controlados aleatorios de TCC que incluyeron contacto directo con el niño, los padres o ambos, e incluyeron comparadores que no son TCC (lista de espera/ningún tratamiento, tratamiento habitual, control de atención, tratamiento alternativo, medicación) Se incluyeron ensayos controlados aleatorios, ensayos cruzados y ensayos aleatorios por grupos.	Se incluyeron 87 estudios y 5964 participantes en análisis cuantitativos.
Intervenciones	Intervención experimental: La intervención tenía que ser TCC manualizada, o TCC modular, sola o en combinación con medicación, siguiendo un protocolo escrito y documentado y proporcionada por terapeutas capacitados. Intervenciones de comparación: Donde la TCC se administró sola: <ul style="list-style-type: none"> • Lista de espera y ningún tratamiento para la ansiedad durante ese período, • Tratamiento habitual (tratamiento o atención habitual; cuando la atención habitual incluye terapia, no incluye elementos de TCC), • Control de atención (solo atención, por ejemplo, apoyo o educación, pero sin elementos de TCC), • Tratamiento alternativo (una intervención no farmacológica específica para el tratamiento de la ansiedad que siguió un protocolo documentado y no incluyó elementos de la TCC), • Medicamentos para el tratamiento de la ansiedad 	Los manuales de tratamiento más utilizados o adaptados fueron Coping Cat y Cool Kids. Los estudios dirigidos a trastornos de ansiedad específicos utilizaron intervenciones específicas del trastorno (p. ej. (tratamiento de una sesión) para fobias específicas, IAFS (intervención en adolescentes con fobia social) para el trastorno de ansiedad social) y los estudios dirigidos a niños con TEA (u otra comorbilidad) utilizaron intervenciones adaptadas desarrolladas específicamente para la población diana (p. ej. BIACA, Intervenciones conductuales para la ansiedad en niños con autismo; y TAPS, Tratamiento de la ansiedad y los síntomas físicos). Los formatos de administración variaron entre los estudios incluidos, incluidas las intervenciones centradas en los niños (45 estudios), las intervenciones administradas tanto a los niños como a los padres (40 estudios) y las intervenciones administradas sólo a los padres (10 estudios). Aproximadamente la mitad de las intervenciones de TCC incluyeron un formato de grupo, incluidas intervenciones centradas en los niños, intervenciones dirigidas a niños y padres, intervenciones solo para padres. La cantidad de tiempo de contacto con el terapeuta también varió considerablemente en los estudios incluidos, desde menos de diez horas (intervenciones en 16 estudios) hasta más de 20 horas (intervenciones en 23 estudios). Las intervenciones restantes involucraron entre 10 y 20 horas de tiempo de contacto con el terapeuta.
Participantes	Niños y adolescentes menores de 19 años	5964 participantes que cumplan criterio DSM para trastorno de ansiedad. Se excluyeron pacientes con trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo.

Ámbitos	Hospitalario y ambulatorio	Se incluyeron todos los entornos de investigación, como clínicas universitarias para pacientes ambulatorios, servicios para pacientes hospitalizados, centros comunitarios clínicos y escuelas, tanto ámbito público como privado.
Desenlaces	Los resultados primarios fueron la remisión del diagnóstico de ansiedad primaria posterior al tratamiento y la aceptabilidad (número de participantes perdidos en la evaluación posterior al tratamiento), y los resultados secundarios incluyeron la remisión de todos los diagnósticos de ansiedad, la reducción de los síntomas de ansiedad, la reducción de los síntomas depresivos y la mejora del funcionamiento global. , efectos adversos y efectos a más largo plazo.	<p>Desenlaces principales: Remisión: la ausencia del diagnóstico primario de un trastorno de ansiedad posterior al tratamiento, realizado mediante entrevistas estructuradas confiables y válidas para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes DSM o ICD.</p> <p>Desenlaces secundarios: Remisión: definida como la ausencia de todos los diagnósticos de un trastorno de ansiedad después del tratamiento, realizados mediante entrevistas estructuradas confiables y válidas para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes del DSM o ICD.</p> <p>Reducción de los síntomas de ansiedad después del tratamiento: medida mediante medidas psicométricamente sólidas de los síntomas de ansiedad que producen puntuaciones de los síntomas en escalas continuas (Myers 2002)</p>
Fecha de la búsqueda más reciente: 14 octubre 2019 en base a búsqueda de literatura gris en portales web. (para más detalles ver RS)		
Limitaciones: La revisión no tiene limitaciones, proporciona un resumen exacto y completo de los resultados de los estudios disponibles, de acuerdo a mediciones realizadas con la herramienta AMSTAR 2.		
James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Nov 16;11(11):CD013162. doi: 10.1002/14651858.CD013162.pub2. PMID: 33196111; PMCID: PMC8092480. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8092480/		

RESUMEN DE LOS HALLAZGOS

Esta Revisión sistemática, tiene como uno de sus objetivos evaluar la respuesta de la terapia cognitiva conductual (CBT, por sus siglas en inglés) como tratamiento para el trastorno de ansiedad en niños y adolescentes, dentro de clínicas ambulatorias y ámbito escolar, comparado con aquellos pacientes sin tratamiento o en listas de espera.

La comparación proporcionó datos previo al tratamiento y posterior a él. Incluyó la percepción del niño, de los padres y el mejoramiento en el funcionamiento global del niño posteriormente, obteniéndose los siguientes hallazgos:

- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento remisión de diagnóstico de ansiedad primaria en 541 por 1000 individuos, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento donde fue de 178 por 1000 individuos, con un OR de 5.45. Estos resultados se obtuvieron considerando 39 estudios, con un total de 2697 pacientes. Por tanto, la terapia cognitiva conductual es probable que logre remisión del diagnóstico de ansiedad primaria postratamiento, con un nivel de evidencia de certeza moderada.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo en cuanto a aceptabilidad (número de participantes perdidos a la evaluación post tratamiento) un total de 112 por 1000 individuos, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento donde fue de 104 por 1000 individuos, con un OR de 1.09. Estos resultados se obtuvieron considerando 45 estudios, con un total de 3158 pacientes. Por tanto, hay un grupo de participantes que podrían perderse a la evaluación posterior a la terapia cognitiva conductual, con un nivel de evidencia de certeza baja.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento remisión de todos los diagnósticos de Trastornos ansiosos en 512 por 1000 individuos, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento donde fue de 191 por 1000 individuos, con un OR de 4.43. Estos resultados se obtuvieron considerando 28 estudios, con un total de 2075 pacientes. Por tanto, la terapia cognitiva conductual es probable que logre una remisión de todos los diagnósticos de trastornos ansiosos postratamiento, con un nivel de evidencia de certeza moderada.

Sobre la certeza de la evidencia (GRADE) *

Alta: esta investigación proporciona una muy buena indicación del posible efecto. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente † es baja.

Moderada: esta investigación proporciona una buena indicación del posible efecto. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente † es moderada.

Baja: esta investigación proporciona alguna indicación del posible efecto. Sin embargo, la probabilidad de que sea sustancialmente diferente † es alta.

Muy baja: esta investigación no proporciona una indicación confiable del efecto probable. La probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente † es muy alta.

* Esto a veces se denomina "calidad de evidencia" o "confianza en el estimador de efecto".
† Sustancialmente diferente = una diferencia lo suficientemente grande como para que pueda afectar una decisión.

Ver la última página para más información.

- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento reducción de síntomas ansiosos por reporte de los mismos usuarios, con una media de 0.67 desviaciones estándar más bajas (0.88 a 0.47 lo más bajo), obteniendo un moderado efecto, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento. Estos resultados se obtuvieron considerando 45 estudios, con un total de 2831 pacientes. Por tanto, la terapia cognitivo conductual podría reducir los síntomas ansiosos postratamiento, según reporte de los mismos usuarios, con un nivel de evidencia de certeza baja.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento reducción de síntomas ansiosos por reporte de los padres de los usuarios, con una media de 0.7 desviaciones estándar más bajas (0.9 a 0.51 lo más bajo), obteniendo un moderado efecto, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento. Estos resultados se obtuvieron considerando 35 estudios, con un total de 2137 pacientes. Por tanto, la terapia cognitivo conductual podría reducir los síntomas ansiosos postratamiento, según reporte de los padres de los usuarios, con un nivel de evidencia de certeza baja.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento reducción de síntomas depresivos, con una media de 0.34 desviaciones estándar más bajas (0.51 a 0.17 lo más bajo), obteniendo un pequeño efecto, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento. Estos resultados se obtuvieron considerando 17 estudios, con un total de 1157 pacientes. Por tanto, la terapia cognitivo conductual es probable que reduzca los síntomas de depresión post tratamiento, con un nivel de evidencia de certeza moderada.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, produjo post tratamiento mejoría en la funcionalidad global, con una media de 1.03 desviaciones estándar más altas (0.68 a 1.38 lo más alto), obteniendo un largo efecto, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento. Estos resultados se obtuvieron considerando 11 estudios, con un total de 557 pacientes. Por tanto, la terapia cognitivo conductual podría mejorar la funcionalidad global post tratamiento, con un nivel de evidencia de certeza baja.
- La terapia cognitiva conductual en niños y adolescentes atendidos en clínicas ambulatorias y ámbito escolar, en cuanto a eventos adversos desde la randomización hasta posterior al tratamiento, en comparación a usuarios en lista de espera o sin tratamiento, no fue estimable, porque ningún estudio reportó eventos adversos en ambos grupos. Por tanto, no hubo reportes de eventos adversos en relación a la terapia cognitivo conductual.

Terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes

Población: Niños y adolescentes con trastorno de ansiedad

Ámbitos: Clínicas ambulatorias/escuelas

Intervención: Terapia cognitivo conductual (TCC)

Comparación: Lista de espera - sin tratamiento

Desenlace	Efectos absolutos previstos (IC 95%)		Efecto Relativo (95% IC)	Número de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	Riesgo en Lista de Espera *	Riesgo con CBT			
Remisión del diagnóstico de ansiedad primaria post tratamiento	178 por 1000	541 por 1000 (458 a 622)	OR 5.45 (3.90 a 7.60)	2697 (39 estudios)	⊕⊕⊕ ¹ Moderada
Aceptabilidad (número de participantes perdidos en la evaluación posterior al tratamiento)	104 por 1000	112 por 1000 (90 a 141)	OR 1.09 (0.85 a 1.41)	3158 (45 estudios)	⊕⊕⊕ ² Baja
Remisión de todos los diagnósticos de ansiedad postratamiento	191 por 1000	512 por 1000 (406 a 616)	OR 4.43 (2.89 a 6.78)	2075 (28 estudios)	⊕⊕⊕ ¹ Moderada
Reducción de los síntomas de ansiedad (informe del niño) post tratamiento	La media de los síntomas de ansiedad (informe del niño) en los grupos de TCC fue 0,67 DE inferior (0,88 a 0,47 inferior)		Tamaño de efecto moderado	2831 (45 estudios)	⊕⊕⊕ ³ Baja
Reducción de los síntomas de ansiedad (informe de los padres) post tratamiento	La media de los síntomas de ansiedad (informe de los padres) en los grupo de TCC fue de 0,70 DE inferior (0,90 a 0,51 inferior)		Tamaño de efecto moderado	2137 (35 estudios)	⊕⊕⊕ ³ Baja
Reducción de los síntomas depresivos post tratamiento	La media de los síntomas depresivos en los grupos con TCC fue 0,34 DE inferior (0,51 a 0,17 inferior)		Tamaño de efecto pequeño	1157 (17 estudios)	⊕⊕⊕ ¹ Moderada
Mejora en el funcionamiento global después del tratamiento	El funcionamiento global medio en los grupos con TCC fue 1,03 de DE más alto (0,68 a 1,38 más alto)		Tamaño de efecto grande	557 (11 estudios)	⊕⊕⊕ ⁴ Baja
Efectos adversos (al post tratamiento)	El desenlace de efectos adversos en los grupos de TCC y lista de espera/ningún tratamiento, no fue medido o reportado.				

* Las estimaciones de riesgo del grupo de control provienen de estimaciones agrupadas de grupos en lista de espera

1 Rebajado un nivel debido a heterogeneidad moderada (inconsistencia)

2 Se rebajó dos niveles debido a la gran variación en los efectos del tratamiento entre los estudios (inconsistencia) y los amplios intervalos de confianza (imprecisión).

3 Rebajó dos niveles debido a la heterogeneidad sustancial (inconsistencia)

4 Rebajó dos niveles debido a la heterogeneidad significativa (inconsistencia) y evaluado e informado en una pequeña cantidad de estudios elegibles (limitaciones del estudio).

RELEVANCIA DE ESTA REVISIÓN

Aplicabilidad

Hallazgos	Interpretación
<p>Como en revisiones Cochrane previas, la mayoría de los estudios considerados en esta RS, incluyeron participantes de ambos sexos, sin embargo, los estudios provienen casi exclusivamente de países de altos ingresos, siendo dos tercios de ellos, realizados en EEUU o Australia.</p> <p>En cuanto a la edad incluida, en general varió entre los 2 a 18 años, pero menos del 30% de los estudios se enfocaron en adolescentes hasta los 12 años y menos del 20% en adolescentes específicamente.</p> <p>Se incluyeron participantes con comorbilidades como depresión, otros Trastornos de ansiedad, TDAH y T. de conducta, sin embargo, la mayoría fueron de pacientes en ámbito ambulatorio, con 41 estudios en bases universitarias y otros en atención primaria y escuelas. Los estudios en pacientes graves hospitalizados fueron escasos. Además, se presentaron pocos estudios adicionales dirigidos a niños con TEA o discapacidad intelectual y T. ansioso comórbido.</p>	<p>En cuanto a la aplicabilidad debemos contextualizarnos en nuestra población de América Latina, y específicamente en nuestro país Chile, el cual aún se encuentra en vías de desarrollo y con una gran desigualdad psicosocial, económica y cultural, lo cual cambia totalmente el escenario de aplicabilidad en comparación a los estudios incluidos en esta RS, donde la mayoría fueron realizados en EEUU y Australia, siendo ambos países desarrollados.</p> <p>En cuanto a la edad, no podemos obtener conclusiones generalizadas aplicables a la práctica clínica, por la falta de estudios, con cantidad suficiente de pacientes en grupos de edades específicas, como lo son los menores de 12 años, sobre todo en población infante y preescolar. Esto es de suma importancia, por las grandes diferencias en el desarrollo, físico, cognitivo y psicosocial, que los niños y adolescentes presentan según la etapa del ciclo vital en el que se encuentren, así también como los desafíos normativos y eventuales factores ambientales de riesgo, a los que pueden estar expuestos, que condicionan y/o gatillen patología de formas diferente, y a la vez, pueden determinar una respuesta diferente a la aplicación de ciertas terapias.</p> <p>Los estudios aplicaron TCC a participantes con comorbilidades frecuentes de ver la práctica clínica, como lo son la depresión, otros T. ansioso y T. del comportamiento como TDAH y T. de conducta, por lo que podría plantearnos un escenario de aplicabilidad cercano a nuestra realidad, pero con la condicionante de darse mayoritariamente en ámbito ambulatorio, lo cual le resta aplicabilidad a aquellos pacientes graves, en entornos hospitalizados o de atención de especialidad intensiva ambulatoria, como aquellos pacientes en UHCIP (unidad hospitalaria de cuidados intensivos en psiquiatría y hospitales de día respectivamente).</p>

Equidad

Hallazgos	Interpretación
<p>Los estudios incluidos no presentaron análisis específicos relacionados con grupos vulnerables.</p>	<p>Si bien la cantidad de ensayos que evalúan la TCC para los trastornos de ansiedad infantil ha aumentado sustancialmente, estos no se han extendido mayormente a niños y adolescentes en países de ingresos bajos o medios, con discapacidades intelectuales, con trastorno del espectro autista (TEA), condiciones de salud física, aquellos más gravemente afectados en entornos hospitalarios, y todavía hay muy pocos estudios que se hayan centrado específicamente en niños pequeños, sobre todo en infantes y preescolares.</p>

	<p>En futuros estudios, con una mayor población, sería relevante poner énfasis y realizar un adecuado análisis de estos u otros grupos vulnerables que incluyan variables económicas, sociodemográficas, comorbilidades frecuentes en la actualidad, entre otras. Ya que debemos considerar por ejemplo, el aumento sostenido en el tiempo de los pacientes con diagnóstico de TEA, con su alta comorbilidad con trastornos ansiosos o sintomatología ansiosa, y su consecuente repercusión en la funcionalidad global a futuro, por lo que mayores estudios en esta población, permitiría realizar una elección de terapia acorde, basado en la evidencia, que permita una aplicabilidad segura y consistente, que permita un pronóstico más favorable propio de las intervenciones a temprana edad.</p>
--	---

Consideraciones económicas

Hallazgos	Interpretación
<p>Los estudios incluidos no informaron los costos económicos directos ni indirectos de la intervención.</p>	<p>Aunque la terapia cognitivo conductual podría tener buena respuesta para el manejo de ansiedad en niños y adolescentes, sería relevante conocer los costos económicos asociados a esta intervención respecto a recurso humano, material y cantidad de terapias necesarias, para poder evaluar a futuro la costo-efectividad de su implementación.</p>

Monitoreo y evaluación

Hallazgos	Interpretación
<p>Hay pruebas suficientes para concluir que la TCC es un tratamiento eficaz para los trastornos de ansiedad en niños y jóvenes en comparación con las listas de espera o ningún tratamiento.</p> <p>Varias revisiones han concluido que, en general, alrededor del 50 % de los niños y jóvenes se recuperan de su trastorno de ansiedad primario después de un curso de TCC, pero aún se sabe muy poco sobre cómo se pueden mejorar estos resultados y qué necesita el otro 50 % de los pacientes.</p>	<p>Los resultados señalan que la terapia cognitivo conductual podría tener efectos positivos por sobre las listas de esperas o ningún tratamiento. Sin embargo se requiere de estudios adicionales que evalúen efectividad a largo plazo y en mayor cantidad de pacientes, lo que hace difícil concluir sobre efectos a mediano y largo plazo sobre el beneficio de la TCC y su consiguiente monitorización a nivel clínico por una razón no sólo de investigación y de evaluación constante de recursos aplicados a la práctica en este ámbito, sino también por implicancias éticas con los pacientes.</p>

INFORMACIÓN ADICIONAL

Literatura relacionada

1.- Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 5;(3):CD011565. doi: 10.1002/14651858.CD011565. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2016;3:CD011565. PMID: 25742186. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>

2.- Van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 1;(11):CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2. PMID: 25362239. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

Este resumen fue preparado por

Equipo satellite Cochrane EPOC- Chile.

Conflictos de interés

No declarados.

La revisión puede ser citada como:

James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Nov 16;11(11):CD013162. doi: 10.1002/14651858.CD013162.pub2. PMID: 33196111; PMCID: PMC8092480. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8092480/>

Este resumen puede ser citado como:

Hechenleitner G, Morales-Ruiz POA, Cortes-Jofre M, Ortiz-Muñoz LE. Terapia cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Resumen SUPPORT de una revisión sistemática Cochrane 2023. DOI: Link:

Palabras claves:

Trastornos de ansiedad, niños, adolescentes, niño, preescolar, terapia cognitivo conductual, ensayos clínicos aleatorizados. Anxiety Disorder, Children, Adolescent, Child, Preschool, Cognitive-behavioral therapy, randomized controlled Trials.

Este resumen fue desarrollado con el apoyo de: Centro Cochrane de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Centro Cochrane de la UCSC.

Sobre la certeza de la evidencia (GRADE)

La "certeza de la evidencia" es una evaluación de qué tan buena indicación proporciona la investigación del posible efecto; es decir, la probabilidad de que el efecto sea sustancialmente diferente de lo que encontró la investigación. Por "sustancialmente diferente" queremos decir una diferencia lo suficientemente grande como para que pueda afectar una decisión. Estos juicios se realizan utilizando el sistema GRADE y se proporcionan para cada resultado. Los juicios se basan en el diseño del estudio (estudios aleatorizados versus estudios observacionales), factores que reducen la certeza (riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación) y factores que aumentan la certeza (un gran efecto, una respuesta a la dosis relación y posible confusión). Para cada resultado, la certeza de la evidencia se califica como alta, moderada, baja o muy baja

Para más información sobre GRADE: www.supportsummaries.org/grade

Bibliografía

- 1.- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2015;56(3):345-65. Ver en el siguiente link: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12381>
- 2.- Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics* 2009;32(3):483-524. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3018839/>
- 3.- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. Ver en el siguiente link: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
- 4.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. ver en el siguiente link: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- 5.- Pine DS, Helfinstein SM, Bar-Haim Y, Nelson E, Fox NA. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology* 2009;34(1):213-28. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794358/>
- 6.- Leyfer_O, Gallo_K, Cooper-Vince_C, Pincus_DB. Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 2013;27(3):306-11. Ver en el siguiente link: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618513000248?via%3Dihub>
- 7.- Essau CA. Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depression and Anxiety* 2003;18(1):1-6. [DOI: 10.1002/da.10107]. Ver en el siguiente link: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10107>
- 8.- Waite_P, Creswell_C. Children and adolescents referred for treatment of anxiety disorders: differences in clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders* 2014;167:326-32. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147961/>
- 9.- Copeland_WE, Angold_A, Shanahan_L, Costello_EJ. Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2014;53(1):21-33. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939681/>
- 10.- Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Seeley JR. Anxiety disorders in adolescents and psychosocial outcomes at age 30. *Journal of Affective Disorders* 2014;163:125-32. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028371/>
- 11.- Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(6):603-13. Ver en el siguiente link: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208684>

- 12.- Brown AM, Deacon BJ, Abramowitz JS, Dammann J, Whiteside SP. Parents' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for childhood anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy 2007;45(4):819-28. Ver en el siguiente link: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579670600101X?via%3Dihub>
- 13.- WangZ, WhitesideS, SimL, FarahW, MorrowAS, AlsawasM, et al. Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics 2017;171(11):1049-56. [DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.3036]. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710373/>
- 14.- Albano AM, Comer JS, Compton SN, Piacentini J, Kendall PC, Birmaher B, et al. Secondary outcomes from the Child/ Adolescent Anxiety Multimodal Study: implications for clinical practice. Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health 2018;3(1):30-41. [DOI: 10.1080/23794925.2017.1399485]. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6425733/>
- 15.- Reardon T, Harvey K, Creswell C. Seeking and accessing professional support for child anxiety in a community sample. European Child and Adolescent Psychiatry 2020;29:649-64. [DOI: 10.1007/s00787-019-01388-4]. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7250799/>
- 16.- MCGINNITY, Áine, et al. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave macmillan, 2005. Ver en el siguiente: [LINK](#)
- 17.- Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, deHaan KB, Sawyer M, Ainley J, et al. The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Ver en el siguiente link: https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/11/the-mental-health-of-children-and-adolescents_0.pdf
- 18.- Merikangas KR, HeJP, Burstein M, Swendsen J, Avenevoli S, Case B, et al. Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: results of the National Comorbidity Survey- Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2011;50(1):32-45. Ver en el siguiente link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4408275/>
- 19.- BarlowDH. Negative effects from psychological treatments:a perspective. American Psychologist 2010;65(1):13-20. [DOI:10.1037/a0015643]. Ver en el siguiente link: <https://psycnet.apa.org/record/2009-24989-002>