



## TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y TERAPIAS PSICOLÓGICAS

### ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: A COMPARISON BETWEEN PHARMACOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL TREATMENTS

**Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera & Julián Sarmiento-López\***

Universidad Manuela Beltrán

#### RESUMEN

Los TA ocurren entre 5-18% de los niños y adolescentes, estando asociados no sólo con disfunciones académicas y sociales; sino también en el caso de ser persistente con depresión, intento de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta. Este artículo compara el riesgo/beneficio del uso de tratamientos psicológicos respecto al uso de tratamientos de tipo farmacológico en niños y adolescentes diagnosticados con TA, con el fin de proveer información práctica para el manejo de los TA infantiles, ayudando a identificar las áreas y trastornos en los cuales los tratamientos han demostrado ser efectivos. La terapia farmacológica más efectiva es aquella que implica el uso de ISRS con resultados asociados a una mejora en el núcleo sintomático inicial de los TA. Entre las terapias psicológicas la psicoterapia cognitivo-conductual (CBT) presenta una efectividad del 50% en procesos de 10 a 20 sesiones. Sin embargo, ante la imposibilidad de encontrar evidencia sobre la efectividad de un solo tipo de tratamiento, se recomienda la combinación de tratamientos farmacológicos para el control de los síntomas y psicológicos para el mantenimiento de los efectos a largo plazo.

**Palabras claves:** *Trastornos de ansiedad, tratamientos, niños, adolescentes. (Consultadas en DecS).*

#### ABSTRACT

Childhood and adolescent anxiety disorders are relatively common, occurring in between 5-18% of all children and adolescents. They are associated with significant morbidity and impairment in social and academic functioning, and when persistent, there is a risk of depression, suicide attempts and substance abuse in adulthood. This paper compares the risk/benefit between the use of pharmacotherapy and psychological therapy in child and adolescents diagnosed with anxiety disorders, with the aim of proving practical information about these kinds of interventions, helping to identify in which areas and disorders some treatments have proved to be effective. The most effective pharmacotherapy is the serotonin reuptake inhibitors (SRIs) associated to a considerable reduction in symptom severity. The CBT (Cognitive Behavioral Therapy) evidences an effectiveness of the 50% in ten to twenty session treatments. Nevertheless, there was no evidence about the therapies 100% effective and therefore is recommended to use combined pharmacotherapy (for symptom control) and psychological therapy (for long term effects).

**Key words:** *Anxiety disorders, treatments, children, adolescents. (Consultadas en Mesh).*

\*Magnolia del Pilar Ballesteros-Cabrera es Magíster en Psicología, candidata a Doctor en salud Pública Universidad Nacional de Colombia y Docente de la Universidad Manuela Beltrán, Facultad de Educación, Ciencias Humanas y Sociales Universidad Manuela Beltrán; Julián Sarmiento López es Magíster en Desarrollo infantil de la Universidad de Manizales, Coordinador Investigaciones y Programa de Psicología Universidad Manuela Beltrán.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto [pilar.ballk@gmail.com](mailto:pilar.ballk@gmail.com) y [julian.sarmiento@umb.edu.co](mailto:julian.sarmiento@umb.edu.co) o a la Avenida Circunvalar #60-00 Bogotá, Colombia. Tel. 57(1)5460600 Ext. 1107

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: febrero 4 de 2013 APROBADO: marzo 11 de 2013

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de Ansiedad (TA) en niños y adolescentes incluyen dos tipos de trastornos: aquellos tradicionalmente asociados con la infancia (Trastorno de Ansiedad por separación, trastornos de evitación en la infancia y trastornos de ansiedad generalizada) y aquellos tradicionalmente clasificados como Trastornos del adulto (Trastorno de angustia con o sin agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobia social (FS), fobia específica, Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno por estrés agudo (TEA) y Trastorno por estrés postraumático (TEP)).

Datos epidemiológicos reportados por Kessler (2007) indican que la prevalencia de los TA en la comunidad pediátrica oscila entre el 4% y el 7% utilizando los criterios del DSM-IV (ajustados por discapacidad), con una incidencia acumulada del 10% hacia los 16 años de edad (Canino, 2004; Ford, 2003).

Según Keller (1992) y Woodward (2001) los TA en la infancia y la adolescencia tienden a convertirse en crónicos si no son tratados a tiempo, convirtiéndose en causa de discapacidad; de modo que a largo plazo inciden directamente sobre la salud física y mental de los jóvenes, su calidad de vida y nivel de satisfacción (Woodward, 2001). Así, la aparición temprana de

estos trastornos puede perjudicar los procesos de desarrollo social y personal del niño, contribuyendo a que los adultos con TA no sólo describan una mala salud física y mental, sino también pobres relaciones sociales e insatisfacción con su desempeño laboral y especialmente con su vida familiar (Olatunji, 2007).

Según James (2005) los TA ocurren entre 5-18% de los niños y adolescentes, estando asociados no sólo con disfunciones académicas y sociales; sino también en el caso de ser persistente, con riesgo de depresión, intento de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta, lo cual evidencia la necesidad de implementar tratamientos efectivos y accesibles; sin embargo, la evidencia sobre tratamientos de TA en niños es bastante limitada.

Un manejo efectivo de los TA en niños y adolescentes puede llegar a ser garantía de buen desarrollo y calidad de vida, siendo necesario para ello tener desde el campo clínico, información de primera mano sobre el tipo de tratamientos existentes.

Afortunadamente de la mano de la psicología basada en la evidencia en los 90's, se facilitó el acceso a resultados de ensayos clínicos controlados que miden la eficacia de las modalidades de tratamiento psicológico (Target, 1994), sugiriendo que técnicas de tipo cognitivo-

conductual en adolescentes con TA son eficaces (Kendall, 1997; Flannery, 2000). Por ejemplo, los resultados de Revisiones sistemáticas de Cochrane sobre terapias cognitivo-conductuales (TCC) para TA pediátricos (James, 2005), así como el uso de Terapia conductual (TC) y TCC para TOC en niños y adolescentes (O'Kearney, 2006) enfatizan el papel de esta modalidad de tratamiento en los TA infantiles.

No obstante, el auge de la publicación de literatura sobre los sustratos neurobiológicos de la ansiedad durante la primera década del siglo XXI y el descubrimiento de tratamientos farmacológicos efectivos para adultos, ha obligado a los investigadores interesados en el tema a explorar sobre la tolerancia y eficacia de la farmacoterapia para TA infantil.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta exploración se propone comparar el riesgo/beneficio del uso de tratamientos psicológicos respecto al uso de tratamientos de tipo farmacológico en niños y adolescentes diagnosticados con TA, con el fin de proveer información práctica para el manejo de los TA infantiles, ayudando a identificar las áreas y trastornos en los cuales los tratamientos han demostrado ser efectivos.

Los primeros antecedentes de reportes del uso de farmacoterapia en TA infantiles se ubican en la década de los 60s (D'Amato, 1962); con una creciente tendencia al uso de medicamentos psicotrópicos en pacientes jóvenes (Olson, 2002), lo cual generó la necesidad de evaluar la eficacia de este tipo de terapias. Para ilustrar lo anterior, Zito (2003) reportó un incremento de 2 a 3 en el uso de medicamentos psicotrópicos entre niños y adolescentes con TA en EEUU entre 1987 y 1996,

dejando en segundo lugar los tratamientos con antidepresivos (Zito, 2003). Sin embargo, el reconocimiento mundial de la existencia de trastornos mentales en la población infantil (Sayal, 2006), y los problemas éticos que rodean el uso de la farmacoterapia en este grupo poblacional, ha dificultado las mediciones sobre eficacia y efectividad de este tipo de tratamientos.

Así, desde la perspectiva psiquiátrica la percepción de los TA infantiles como la manifestación inicial de los mismos trastornos reportados en adultos (APA, 1994; Hawkrigde, 2000; Kessler, 2007) es consistente con el consenso sobre que los Inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) pueden ser considerados agentes de primera línea en el tratamiento de TA en niños/adolescentes y adultos. La Sertralina, Fluoxetina y la Fluvoxamina ya han sido aprobadas por la FDA (U. S. Food and Drug Administration) para el tratamiento de TOC pediátrico (Flament, 2007). Los ISRS también han sido comparados favorablemente con otros medicamentos utilizados para el tratamiento de TA infantiles (Biederman, 2004), ya que estos típicamente han descrito pocos efectos secundarios y un efecto duradero en comparación con los antidepresivos tricíclicos (TCAs por su sigla en inglés).

Ipsier et al. (2009) en una revisión sistemática publicada por el grupo Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis, sobre farmacoterapia para TA en niños y adolescentes; cuyo objetivo fue comparar la eficacia de diferentes clases de medicamentos en el tratamiento de TA en niños/adolescentes en relación al uso del placebo; señalan que los tratamientos farmacológicos pueden ser efectivos

en niños y adolescentes con TA, en la reducción del núcleo sintomático; lo que permite su recomendación como parte del tratamiento de los TA.

Sin embargo, Ipser et al. (2009) afirman que no existe evidencia clara que demuestre cómo algún tipo particular de medicamento es más efectivo o mejor tolerado que otro, pues la mayoría de ensayos clínicos controlados revisados por los autores aportan evidencia sobre la eficacia de los ISRS.

Aspectos como el abandono del tratamiento debido a los efectos adversos del medicamento, la ausencia de evidencia que identifique los predictores clínicos de la respuesta al tratamiento y la falta de evidencia disponible sobre la relación entre dosis y eficacia, indican que la farmacoterapia es prudente únicamente al inicio del tratamiento y que debe incluir la disminución progresiva de la dosis utilizada (Ipser et al., 2009).

Por otra parte Ipser et al. (2009) afirman que el uso de benzodicepinas no es recomendable, pues existe evidencia limitada e inconsistente sobre su eficacia en estos casos y sobre los potenciales efectos secundarios. Así mismo, algunos ensayos clínicos controlados han reportado que el tratamiento con Fluoxetina en niños con TOC puede generar ideación suicida (Riddle, 1992), al igual que los tratamientos con Paroxetina con una duración de 10 a 16 semanas (Geller, 2004; Wagner, 2004) y en pacientes tratados con Venlafaxina durante 8 semanas (Rynn, 2007) sin que casos de intento y suicidio consumado hayan sido reportados.

Utilizar Fluoxetina en dosis de 2-80 mg/d para el tratamiento de TOC puede producir palpitations, pérdida de apetito y de peso (Liebowitz, 2002<sup>a</sup>); aplicada a TAG y Fobia social (FS) en dosis de 10-20 mg/d reporta síntomas de náusea y dolor abdominal (Birmaher, 2003; Beidel, 2007).

Tratamientos con Clomipramina en dosis entre 50-200 mg/d (dependiendo del peso del niño) para TOC, han reportado efectos secundarios como boca seca, somnolencia, mareo, fatiga, estreñimiento y síntomas de anorexia (DeVeugh, 1992). La Fluvoxamina es utilizada para TOC en dosis de 50-300 mg/d con síntomas secundarios de hiperkinesia, insomnio y somnolencia (Riddle, 2001); la Paroxetina en dosis de 10-50 mg/d para el tratamiento de TOC (Geller, 2004), FS (Wagner, 2004) y TAG (Rynn, 2001) con efectos secundarios tales como hostilidad, diarrea, disminución del apetito, insomnio y conjuntivitis; y la Sertralina en dosis de 25-200 mg/d utilizada en casos de TAG y FS (Walkup, 2008) sin reporte de efectos secundarios.

Respecto a los cambios conductuales asociados con el síndrome de activación producido por el uso de antidepresivos, Ipser et al. (2009) identifican irritabilidad, agitación, ataques de pánico, hostilidad, agresividad, insomnio, inquietud, impulsividad, retraimiento social y conducta extraña, como manifestaciones comunes en los ensayos clínicos controlados revisados que utilizaron Sertralina durante 12 semanas (Walkup, 2008), Fluoxetina (Birmaher, 2003), Venlafaxina (March, 2007).

Stein et al. (2009) en su Revisión sistemática sobre Farmacoterapia en Fobias sociales concluyen que este tipo de tratamiento puede ser efectivo, especialmente en la reducción de síntomas y problemas asociados; indicando que los ISRS han demostrado ser los más eficaces y con menos efectos adversos frente a los IMAO.

Depping et al. (2010) evaluaron la tolerancia y eficacia de los antipsicóticos de segunda generación (Olanzapina, Quetiapina y Risperidona) como monoterapia (los pacientes no recibían más de un antipsicótico) o tratamiento coadyuvante para personas con TA (TAG y FS); siete estudios evaluaron los efectos de la Quetiapina utilizada como monoterapia en pacientes con TAG demostrando resultados significativos (4 RCTs, N = 2265, OR = 2.21, 95% CI 1.10 to 4.45). Sin embargo, al comparar el efecto de la Quetiapina con el de los antidepresivos, Depping et al. (2010) no encontraron diferencias significativas en torno a la disminución del síntoma. Respecto al uso de Olanzapina y Risperidona en comparación con el placebo, tampoco se reportan diferencias en la respuesta al tratamiento.

Por su parte sobre el tema de terapias psicológicas James et al. (2005) desarrollan una Revisión sistemática sobre la eficacia de terapias cognitivo-conductuales en el tratamiento de TA en niños y adolescentes.

La Terapia Cognitivo-conductual (CBT por su sigla en inglés) es un modelo psicológico que ha sido adaptado para el tratamiento de TA en niños y adolescentes mayores de seis años. Este tratamiento puede llevarse a cabo a manera de intervención individual, grupal y familiar con una efectividad reportada del 50% para 10-20 sesiones

sin diferencia entre los diversos formatos de aplicación.

El objetivo de la CBT es ayudar a los niños a identificar los posibles déficits y distorsiones cognitivas, confrontarlas y enseñar nuevas habilidades que permitan reemplazar los pensamientos irracionales por racionales (Kendall, 1990); reconocer los sentimientos y reacciones somáticas de ansiedad; clarificar los pensamientos o cogniciones provocadas en situaciones de ansiedad tales como atribuciones y expectativas negativas o poco realistas; desarrollar estrategias de afrontamiento y evaluar los resultados (James et al., 2005).

Las estrategias de entrenamiento conductual incluyen: modelamiento, exposición en vivo, juego de roles y entrenamiento en relajación basados en la premisa de que el miedo o ansiedad son respuestas aprendidas (condicionadas) que pueden ser desaprendidas a través del apareamiento gradual del estímulo ansioso (ya sea en vivo o imaginado) con estímulos relajantes tales como imágenes relajantes y relajación muscular.

James et al. (2005) utilizando el criterio de intención de tratamiento, concluyeron que la tasa de remisión para TA es de 56% utilizando CBT y 28.2% para los grupos control; hallazgos similares a los reportados por Hatton (Cartwright-H, 2004) en su Revisión sistemática.

En cuanto a ensayos clínicos controlados que permitan la comparación y medición de la efectividad de otro tipo de terapias psicológicas es posible citar a King et al. (2000) quienes realizaron una investigación para determinar la efectividad clínica y el coste de tres tipos de tratamientos en depresión y trastorno mixto de

ansiedad y depresión: terapia no-directiva de asesoramiento, terapia cognitivo-conductual y los cuidados generales del profesional.

Los resultados mostraron que después de 8 meses las tres formas de tratamiento psicológico obtuvieron los mismos resultados; en cuanto a los costos de los tratamientos no se obtuvieron diferencias significativas, por lo que el estudio permitió a las instituciones de atención primaria, tener en cuenta la posibilidad de considerar otras formas de tratamiento a parte de los cuidados del profesional, para tratar a sus pacientes y permitirles sentirse más satisfechos.

Andersson et al. (2012), realizaron una investigación enfocada en la comparación entre la Terapia Cognitivo-conductual Guiada, Basada en Internet (ICBT), con el Tratamiento Psicodinámico Basado en Internet (IPDT). Los resultados, no mostraron diferencias significativas entre una y otra forma de terapia, aunque ambos ayudaron a que los pacientes con ansiedad generalizada redujeran sus síntomas.

Hunot et al. (2007) examinan la eficacia y aceptabilidad de las terapias psicológicas, categorizadas como Terapia cognitivo-conductual (CBT), terapia psicodinámica y terapia de Apoyo, comparadas con el tratamiento tradicional en pacientes con TAG, logrando comprobar a partir del uso de 13 estudios (dirigidos a corto plazo) que la CBT fue más efectiva que el tratamiento tradicional en el mantenimiento de la respuesta clínica pos-tratamiento y en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión; sin embargo, al comparar la CBT con la Terapia de Apoyo, Hunot et al. (2007) hallaron 6 estudios

que permitieron concluir que no existen diferencias significativas.

Finalmente, Hetrick et al. (2010) en una revisión sistemática cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la farmacoterapia en combinación con la terapia psicológica en el tratamiento del TEP en comparación con el uso de estas terapias por separado, utilizando ISRS en combinación con terapia cognitivo-conductual; no arrojó evidencia que demostrara diferencias significativas entre el grupo que recibió intervenciones combinadas en comparación con el grupo que recibió únicamente terapia psicológica (mean difference 2.44, 95% CI -2.87, 7.35 one study, n=65) o farmacoterapia (mean difference -4.70, 95% CI -10.84 to 1.44; one study, n = 25), lo cual sigue generando controversia sobre si el uso de antidepresivos en niños y adolescentes es crucial en el tratamiento, o si la psicoterapia debe ser recomendada como primera opción de tratamiento.

### Conclusiones

Al comparar el riesgo/beneficio del uso de tratamientos psicológicos respecto al uso de tratamientos de tipo farmacológico en niños y adolescentes diagnosticados con TA, es posible afirmar que si bien no existen diferencias clínicamente significativas entre el uso de farmacoterapia y terapia psicológica; los tratamientos farmacológicos pueden ser considerados como parte de los tratamientos efectivos en la reducción del núcleo sintomático, al inicio del proceso terapéutico, de los TA, como estrategia a corto plazo, teniendo en cuenta aspectos tales como la dosis, duración, los efectos de la edad sobre la eficacia y la tolerancia al medicamento.

De igual modo, no existe evidencia clara que demuestre cómo algún medicamento es más efectivo que otro, ni sobre la relación dosis-eficacia; sin embargo, los ISRS pueden ser considerados agentes de primera línea ya que estos típicamente han descrito pocos efectos secundarios y un efecto duradero en comparación con los antidepresivos tricíclicos, las benzodiazepinas y los antipsicóticos de segunda generación (utilizados en TAG y FS) pues existe evidencia limitada e inconsistente sobre su eficacia en estos casos y sobre los potenciales efectos secundarios y las dosis adecuadas en niños y adolescentes; aspecto preocupante teniendo en cuenta las implicaciones éticas de llevar a cabo estudios sobre la efectividad de los tratamientos farmacológicos en esta población.

Respecto a las áreas y trastornos en los cuales los tratamientos farmacológicos han demostrado ser efectivos, es posible afirmar que la Sertralina, la Fluoxetina en dosis de 2-80 mg/d, para el tratamiento del TOC y en dosis de 10-20 mg/d para tratamiento de TAG y Fobia social (FS) y la Fluvoxamina dosis de 50-300 mg/d, Clomipramina en dosis entre 50-200 mg/d (dependiendo del peso del niño) y Paroxetina en dosis de 10-50 mg/d para el tratamiento del TOC, han demostrado ser efectivas en el tratamiento de TA en niños y adolescentes; no obstante existe evidencia significativa sobre efectos secundarios que pueden ir desde problemas fisiológicos como la pérdida del apetito, insomnio, conjuntivitis; cambios conductuales asociados con el síndrome de activación producido por el uso de antidepresivos, hasta la presencia de ideación suicida.

Pese a que los antidepresivos tricíclicos y las benzodiazepinas pueden ser tratamientos farmacológicos útiles para los TA, las tasas de resistencia al tratamiento son altas; Bystritsky (2006) reportó que aproximadamente el 40% de las personas con TA no responde al tratamiento.

Los antipsicóticos de segunda generación (en comparación con el Haloperidol) producen pocos efectos extrapiramidales, mejor tolerancia y buenos efectos sobre la depresión y la ansiedad fuera de su uso sobre los síntomas negativos de la esquizofrenia; sin embargo, son sumamente costosos y están asociados con efectos secundarios como aumento de peso (Allison, 1999) y un riesgo elevado de padecer diabetes comparados con los antipsicóticos de primera generación (Newcomer, 2005).

Por otra parte, se evidencia que existe una gran variedad de terapias para tratar la ansiedad que dependen del enfoque del clínico, pueden ser cognitivo-conductuales, psicodinámicas o de autoayuda, entre otras; que permiten al paciente encaminarse hacia la recuperación y la remisión o al menos hacia la disminución de sus síntomas de ansiedad.

Algunos ensayos clínicos controlados demuestran que la terapia cognitivo-conductual (CBT) es efectiva en la reducción de la severidad de los síntomas de ansiedad, con una efectividad reportada del 50% para 10-20 sesiones en la reducción de los síntomas de ansiedad, preocupación y depresión. Sin embargo, comparada con la farmacoterapia, la terapia cognitivo-conductual es igual de efectiva, pero ha demostrado un mejor efecto sostenido a largo plazo, mientras que la farmacoterapia puede tener en efecto más rápido pero menos sostenido en el

tiempo (Fedoroff, 2001). Lo anterior da a conocer la necesidad de realizar intervenciones terapéuticas complementarias, entre la farmacoterapia y la terapia psicológica, en las cuales se procure por la reducción de los síntomas iniciales y fisiológicos mediante el suministro de medicamentos psiquiátricos al niño o adolescente, complementando con terapia psicológica, especialmente CBT, la cual presenta resultados en un tiempo menor, en comparación con otras modalidades terapéuticas. Esta combinación permitiría el control inicial sintomatológico y su mantenimiento en el tiempo a largo plazo mediante los procesos psicoterapéuticos.

En resumen, a pesar de un incremento en el conocimiento sobre tratamientos, todavía existe un vacío en la investigación sobre efectos secundarios, duración del tratamiento, dosis y reincidencia de la sintomatología de los TA postratamiento. Asimismo, se sugiere que lo más efectivo a nivel de tratamiento es la combinación de intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas después de haber realizado una correcta evaluación y diagnóstico del TA específico.

## REFERENCIAS

- Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, et al. (1999). Antipsychotic-induced weight gain: A comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry*, 156(11),1686–1696.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A., Almlöv, J., Georén, L., Breitholtz, E., Dahlin, M., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Silverberg, F. (2012). Internet-Based Psychodynamic versus Cognitive Behavioral Guided Self-Help for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 81(6), 344-355. (DOI:10.1159/000339371) Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22964540>
- Beidel DC, Turner SM, Sallee FR, Ammerman RT, Crosby LA, Pathak S. SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46(12):1622–32.
- Biederman J, Spencer T, Wilens T. Psychopharmacology. In: Wiener JM, Dulcan MK editor(s). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2004:931–74.
- Birmaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, Bridge J, Heo J, Brent DA. (2003). Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4):415–24.
- Bystritsky A. (2006). Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry* 2006;11(9):805–14.



- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry* 2004;61(1): 85-93.
- Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive-behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal Clinical Psychology* 2004; 43:421-36.
- D'Amato G. Chlordiazepoxide in the management of school phobia. *Diseases of the Nervous System* 1962;23:292-5.
- Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. (2010). Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD008120. DOI: 10.1002/14651858.CD008120.pub2.
- DeVaugh-Geiss, J., Moroz, G., Biederman, J., Cantwell, D., Fontaine, R., Greist, J.H., Reichler, R., Katz, R. & Landau, P. (1992). Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder - a multicenter trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 45-49.
- Fedoroff, I.C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 140-149.
- Flament, M.F., Geller, D., Irak, M. & Blier, P. (2007). Specificities of treatment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 12(2 Suppl 3), 43-58.
- Flannery-Schroeder, E.C. & Kendall, P.C. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 251-278.
- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Geller, D.A., Wagner, K.D., Emslie, G., Murphy, T., Carpenter, D.J., Wetherhold, E., Perera, P., Machin, A. & Gardiner, C. (2004). Paroxetine treatment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1387-1396.
- Hawkridge, S.M. & Stein, D.J. (2000). A risk-benefit assessment of pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. In: Palmer KJ editor(s). *Topics in paediatric psychiatry*. Auckland: Adis International, 11-28.
- Hetrick, S.E., Purcell, R., Garner, B. & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy

- and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7(CD007316). DOI:10.1002/14651858
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD001848). DOI: 10.1002/14651858
- Ipsier, J.C., Stein, D.J., Hawkrigde, S. & Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, 3(CD005170). DOI: 10.1002/14651858.CD005170.pub2.
- James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2;CD0 04690.]
- James, A., Soler A. & Weatherall, R.R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, 4(CD004690). DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub2.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beardslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595-599.
- Kendall, P.C., Reber, M., McLeer, S., Epps, J. & Ronan, K.R. (1990). Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 279-297.
- Kendall, P.C. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., DE Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Oakley-Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Adley-Tsang, C.H., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Berglund, P., Gruber, M.J., Petukhova, M., Chatterji, S. & Ustün, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess*, 4(19), 1-83. Recuperado de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086269>

- Kunz, N.R., Khan, A., Lamm, L.W., Nicolacopoulos, E. & Jenkins, L. (2002). Efficacy and safety of venlafaxine extended release in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 12(3), 358-370.
- Liebowitz, M.R., Turner, S.M., Piacentini, J., Beidel, D.C., Clarvit, S.R., Davies, S.O., Graae, F., Jaffer, M., Lin, S., Sallee, F.R., Schmidt, A.B. & Simpson, H.B. (2002). Fluoxetine in children and adolescents with OCD: A placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1431-1438.
- March, J.S., Entusah, R.A., Rynn, M., Albano, A.M. & Tourian, K.A. (2007). A randomized controlled trial of venlafaxine ER versus placebo in pediatric social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 62(10), 1149-1154.
- Newcomer, J.W. (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs*, 19, 1-93.
- O'Kearney, R.T., Anstey, K.J. & VonSanden, C. (2006). Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4. [DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2]
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M. & Tolin, D.F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581.
- Olfson, M., Gameroff, M.J., Marcus, S.C. & Jensen, P.S. (2003). National Trends in the Use of Psychotropic Medications by Children. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1071-1077.
- Riddle, M.A., Scahill, L., King, R.A., Hardin, M.T., Anderson, G.M., Ort, S.I., Smith, J.C., Leckman, J.F. & Cohen, D.J. (1992). Double-blind, crossover trial of fluoxetine and placebo in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1062-1069.
- Rynn, M.A., Riddle, M.A., Yeung, P.P. & Kunz, N.R. (2007). Efficacy and safety of extended-release venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents: Two placebo-controlled trials. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 290-300.
- Rynn, M.A., Siqueland, L. & Rickels, K. (2001). Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of children with generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2008-2014.
- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(7), 649-659.
- Stein, D.J., Ipser, J.C. & Van Balkom, A.J. (2000). Pharmacotherapy for social

- anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD001206). DOI: 10.1002/14651858.CD001206.pub2.
- Target, M. & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), 361-371.
- Wagner, K., Berard, R., Stein, M., Wetherhold, E., Carpenter, D., Perera, P. et al. (2004). A multicenter, randomised, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine in children and adolescents with social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1153-1162.
- Walkup, J.T., Albano, A.M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S.N., Sherrill, J.T., Ginsburg, G.S., Rynn, M.A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J.S. & Kendall, P.C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.
- Woodward, L.J. & Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F. & Riddle, M.A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157(1), 17-25.