



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria Junio



**Modalidad:** Revisión bibliográfica

**Título:** Tratamientos Psicológicos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada en población infantojuvenil: Una revisión

**Autora:** Marta Hernanz Mateos

**Tutora:** José Pedro Espada

Elche a 4 de junio de 2021

## Índice

Resumen .....	3
Introducción.....	4
Método .....	7
Resultados.....	8
Discusión.....	17
Limitaciones.....	20
Conclusiones .....	20
Referencias.....	22



## Resumen

El presente trabajo pretende analizar la situación actual de las intervenciones psicológicas dirigidas a tratar el trastorno de ansiedad generalizada en la niñez y la adolescencia. Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica de las investigaciones realizadas al respecto entre los años 2000 y 2020. Se seleccionaron 10 investigaciones sobre TCC, TMC y un tratamiento específico para el TAG y posteriormente se analizaron sus resultados y su calidad. Los resultados concuerdan con revisiones y metaanálisis anteriores que posicionan a la TCC como tratamiento bien establecido, el programa específico *No Worries* se considera probablemente eficaz y no se han obtenido resultados concluyentes sobre TMC.

*Palabras clave:* trastorno de ansiedad generalizada, niñez, adolescencia, infantojuvenil, tratamiento, eficacia



## Introducción.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) puede desarrollarse a lo largo de todo el ciclo vital. Aunque es más común que su inicio se de a partir de la adolescencia, es posible que sus primeros síntomas comiencen en la infancia (American Psychiatric Association, 2013). La American Psychiatric Association estima que en los Estados Unidos su prevalencia en población adolescente es de tan solo un 0,9%, frente al 2,9% de la población adulta. Según Quintero-Navarro (2016) la mitad de las personas diagnosticadas con TAG cuentan que su trastorno comenzó en la infancia o en la adolescencia, estando la edad media entre los 11 y los 13 años. También afirma que es posible que las preocupaciones excesivas comiencen temprano, pero que no alcance la categoría de diagnóstico clínico hasta edades más avanzadas al darse acontecimientos vitales estresantes.

Sus criterios diagnósticos según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) son los siguientes:

“A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante)”

Según el DSM-V, su principal característica es “una ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades.”. Las preocupaciones son similares en contenido a las de la población general, pero se experimentan de manera más catastrofista. El contenido de las preocupaciones de los niños con TAG se centra en su desempeño y se muestra insatisfechos con sus resultados debido a su perfeccionismo (Jablonka et al., 2012; Quintero-Navarro, 2016).

Para Borza (2017), además de la preocupación excesiva, se caracteriza también por la búsqueda de reafirmación. En niños esto se expresaría a través de preguntas del estilo “¿Y si...?”, conductas evitativas, búsqueda de consuelo y búsqueda de aprobación.

El trastorno de ansiedad generalizada puede explicarse a través de dos modelos: el modelo de Barlow, que se centra en la vulnerabilidad biológica y psicológica a los sucesos percibidos como negativos, y el modelo de intolerancia a la incertidumbre, a través del cual se explican las preocupaciones como un mecanismo para prever las posibles consecuencias negativas (Borza, 2017). Según Quintero-Navarro (2016), esta intolerancia a la incertidumbre no sería suficiente, pero sí necesaria para generar el trastorno. Bajo estos modelos se podrían interpretar las conductas de comprobación y de búsqueda de aprobación como mecanismos de mantenimiento del trastorno. Estas conductas funcionarían como un refuerzo negativo al reducir la incertidumbre del mismo modo que las conductas de evitación y escape eliminan los estímulos desagradables.

En cuanto a la conducta manifiesta, suelen presentar quejas somáticas y comportamientos nerviosos como frotarse las manos (Cuevas, 2010). Las quejas refieren a dolores de cabeza, de estómago y musculares causados por el estrés.

Existen factores de riesgo genéticos, temperamentales y ambientales (DSM-V), siendo estos dos últimos en los que más se puede influir y prevenir desde la psicología. Entre los factores ambientales, destacan las relaciones familiares y la conducta parental. La inhibición conductual, el apego inseguro, el exceso de control parental, los sesgos cognitivos negativos y las críticas de los padres hacia los hijos, la relación marital y la relación entre hermanos son algunos de ellos (Drake & Ginsburg, 2012).

El tratamiento psicológico de primera elección para el TAG en la infancia actualmente es la terapia cognitivo conductual (TCC) y se considera que en adolescentes puede ser tan eficaz como en niños (Banneyer et al., 2018). Se compone de un análisis funcional, psicoeducación, un abordaje conductual y emocional (relajación, exposición, modelado) y un abordaje cognitivo (autoobservación y modificación de pensamientos), siendo la exposición la parte más importante (Banneyer et al., 2018; Borza 2017).

El programa más usado para tratar el TAG en la infancia es Coping Cat (Jablonka et al., 2012). Este programa en su formato individual fue adaptado a población española por Santesteban-Echarri et al. en 2018 con resultados satisfactorios.

Este trabajo continúa con la labor realizada y toma como ejemplo, entre otros, el monográfico *Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos* (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001) que tenía como objetivo conocer el estado de los tratamientos psicológicos para diversas patologías en población adulta. Como se explica en el monográfico, realizar revisiones de estas características es de vital importancia para el avance de la terapia psicológica, pues permiten poner en perspectiva y contrastar los resultados de los estudios individuales. Se trata también de una necesidad ética y deontológica, pues tanto desde la práctica clínica como desde la investigación es el deber de los psicólogos ofrecer tratamientos efectivos, eficientes y de calidad que realmente ayuden a quienes los solicitan y necesitan. Para ello es un requisito indispensable la continua revisión y actualización de la literatura científica.

Sin embargo, a la hora de realizar revisiones y metaanálisis, no se deben de olvidar los sesgos de publicación. Estos sesgos, propuestos por Sterling, pueden clasificarse en tres tipos: de prepublicación, cuando los autores escogen no publicar un estudio por presentar resultados negativos; de publicación, cuando son los editores los que lo rechazan por dichos resultados;

y el de pospublicación, que se da al no incluir el estudio en revisiones y metaanálisis (Silva Hernández et al., 2007). A consecuencia de esto sobreestiman los resultados, en este caso, de eficacia de una terapia al excluir los que son negativos o no presentan diferencias significativas. Supone a su vez un freno al avance científico en sí mismo y una peor atención psicológica a los pacientes.

El objetivo del presente trabajo es conocer el estado actual de la investigación para el tratamiento del TAG en población infanto-juvenil, qué técnicas se estudian y su eficacia. Para ello se hará una revisión de las investigaciones publicadas en los últimos años. Su importancia reside en la necesidad de ayudar a los menores que conviven con esta patología, reducir el impacto negativo que tiene en su día a día y evitar su cronificación. Aunque se sabe que la TCC es un tratamiento eficaz para el TAG en adultos (Capafons, A., 2001) y en niños (Banneyer et al., 2018), es necesario evaluar la evidencia sobre su eficacia de la en población adolescente y su eficacia al aplicarse a través de internet, las diferencias entre los formatos individual y grupal y conocer qué programas se emplean. También se requiere la revisión de otras técnicas más novedosas que se presentan como alternativa o complemento a ella.

## **Método**

La búsqueda se realizó en bases de datos y buscadores académicos (Pubmed, Science Direct, Google Scholar). Se han seleccionado estudios que miden la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas al tratamiento del TAG en poblaciones de entre 7 y 18 años realizados entre el 2000 y el 2020 publicados en inglés y español.

Las palabras clave utilizadas fueron: “trastorno de ansiedad generalizada” AND “terapia” AND “eficacia” AND “menores” OR “niñez” OR “adolescencia” en español, “generalized anxiety disorder” AND “therapy” AND “efficacy” AND “children” OR “childhood” OR “adolescence” en inglés.

En la búsqueda inicial se obtuvieron 30 resultados. De ellos se excluyeron los artículos que se centraban en terapias no psicológicas (terapia ocupacional, fármacos), los que se salían del rango de edad propuesto, los que no incluían datos de eficacia, los estudios de caso y las revisiones bibliográficas previas. Sí se incluyeron aquellos en los que se media la eficacia de la terapia psicológica en múltiples trastornos y aquellos cuya población presentaba trastornos comórbidos. En total, se seleccionaron 10 artículos.

Para analizar y comparar los estudios, se ha recogido la información más relevante en una tabla resumen. Dicha tabla incluye el rango de edad de los participantes, el tipo de intervención, los instrumentos de medida y sus puntuaciones en las tres fases (pre, post, seguimiento) y los datos de remisión o respuesta al tratamiento.

## Resultados

Los estudios han sido realizados principalmente en Europa: 3 en Dinamarca (Esbjörn et al., 2018; Jónsson et al., 2015; Walczak et al., 2018), 1 en Suecia (Jolstedt et al., 2018), 2 en Noruega (Kodal et al., 2018; Villabø et al., 2018) y 1 en Países Bajos (Liber et al., 2008). De los tres restantes, 2 han sido realizados en Australia (Holmes et al., 2014; March et al., 2008) y 1 en Brasil (Salum et al., 2018).

Ocho estudios emplearon la terapia cognitivo conductual en al menos uno de sus grupos experimentales. Cinco de ellos emplearon un formato individual en al menos uno de sus grupos (Jolstedt et al., 2018; Kodal et al., 2018; Liber et al., 2008; March et al., 2008; Villabø et al., 2018), de estos dos median la eficacia de la terapia impartida a través de internet (Jolstedt et al., 2018; March et al., 2008); y cuatro utilizaron un formato grupal en al menos uno de sus (Jónsson et al., 2015; Kodal et al., 2018; Liber et al., 2008; Salum et al., 2018; Villabø et al., 2018).

Los programas utilizados fueron: i. *Cool Kids*, compuesto por 10 sesiones de 2h durante 12 semanas a las que asistían padres e hijos (Jónsson et al., 2015; Walczak et al., 2018); ii. *FRIENDS for Life*, compuestos por 10 sesiones y 2 de refuerzo para los niños, a dos de las cuales asistieron los padres en su totalidad y a ocho solo durante los últimos 15 minutos, y 2 sesiones solo de padres, su duración es de 90 minutos en el formato grupal y 60 en el individual (Kodal et al., 2018; Liber et al., 2008; Salum et al., 2018); y iii. *Coping Cat*; consistente en 12 sesiones para los niños niños y 2 para los padres en 12 semanas (Villabø et al., 2018). El estudio Salum et al. (2018) complementó el programa *FRIENDS for Life* con actividades bien de ABM (*Attention Bias Modification*) o de ACT (*Attention Control Training*).

En el formato aplicado a través de internet, el estudio de Jolstedt et al. (2018) requería la realización de más de 4 sesiones con acompañamiento parental a lo largo de 12 semanas para el grupo experimental y para el grupo de control activo (*internet-delivered child-directed play*), mientras que el de March et al., (2008) estaba formado por 10 sesiones semanales para los niños, 6 para los padres y 2 de refuerzo, con una duración de 60 minutos.

Dos de los estudios aplicaron Terapia Meta Cognitiva (TMC) (Esbjørn et al., 2018; Walczak et al., 2018). Esta terapia de formato grupal está formada por 8 sesiones de 2 horas para los menores y 2 talleres de 2 horas para los padres además de 1 sesión voluntaria para ambos durante el postratamiento.

Por último, en el estudio de Holmes et al., (2014) propusieron un programa grupal específico para TAG compuesto de 9 sesiones para los menores, 6 para los adultos y 1 conjunta.

Los instrumentos de medición utilizados han sido variados, tanto en cantidad utilizada como en cuestionarios escogidos:

- Esbjørn et al., 2018: RCADS, PSWQ-C y MCQ-C;
- Holmes et al., 2014: CBCL-Int, SCAS, QoL, PSWQ-C, IUS-C, MCQ-C, SPSI-R-SF, WBSI, CAPS y un cuestionario de satisfacción propio;
- Jolstedt et al., 2018: ADIS, CGAS, RCADS, EWSAS y KIDSCREEN;
- Jónsson et al., 2015: CSR, SCAS, BYI, CALIS, y DASS;
- Kodal et al., 2018: SCAS y SMFQ-P;
- Liber et al., 2008: MASK, CDI y CBCL-Int;
- March et al., 2008: SCAS, CES-D y CBCL-Int;
- Salum et al., 2018: PARS, SCARED, SCAS, CDI, SNAP-P, SDQ y Threat bias;
- Villabø et al., 2018: MASC y CGAS; y
- Walczak et al., 2018: RCADS-c.

De algunos de estos cuestionarios se utilizaron diferentes escalas y formatos según si los realizaban los padres o los menores, llegando a emplear varias de ellas en el mismo estudio.

Seis de los estudios presentaban un diseño de control aleatorizado: (Holmes et al., 2014; Jolstedt et al., 2018; Kodal et al., 2018; March et al., 2008; Salum et al., 2018; Villabø et al., 2018), uno un diseño aleatorio, pero sin grupo control (Walczak et al., 2018); los tres restantes no tuvieron diseño de control aleatorizado: (Esbjørn et al., 2018; Jónsson et al., 2015; Liber et al., 2008). De estos tres últimos, uno de ellos presenta un diseño de *benchmarking* (Jónsson et al., 2015).

La duración del seguimiento fue de 3 meses en 3 estudios (Holmes et al., 2014; Jolstedt et al., 2018; Jónsson et al., 2015), de 6 meses en 2 (Esbjørn et al., 2018; March et al., 2008), 1 año en 1 (Kodal et al., 2018) y 2 años en 1 (Villabø et al., 2018). No tuvieron seguimiento el

estudio de Liber et al., (2008) por formar parte de un estudio mayor; el de Salum et al., (2018) pese a tenerlo programado para los 6 meses por problemas logísticos y (Walczak et al., 2018).

Para evaluar su calidad, se han tenido en cuenta los criterios propuestos por Southam-Gerow y Prinstein (2013), indicados en las Tablas 1 y 4.

Tabla 1. Criterios metodológicos para evaluar la evidencia de una terapia (Southam-Gerow y Prinstein, 2013)

---

***Criterios metodológicos***

**M. 1. Diseño de grupo:** Estudios con un diseño controlado aleatoriamente.

**M. 2. Variable Independiente definida:** Tener manuales de tratamiento o una lógica equivalente ha sido usada para el tratamiento.

**M. 3. Población definida:** Estudio realizado con una población con unos problemas específicos, con unos criterios de inclusión claramente descritos.

**M. 4. Evaluación de los resultados:** Evaluación de los resultados fiable y válida. Utilizando (como mínimo) herramientas que midan los problemas específicos.

**M. 5. Análisis adecuados:** Usar un análisis apropiado de datos y un tamaño de la muestra suficiente para detectar los efectos esperados.

---

Como puede verse en la tabla 2, seis de los diez estudios cumplen los 5 criterios establecidos y cuatro de ellos tan solo 4. El criterio más incumplido es el M.1. (“Diseño de grupo: Estudios con un diseño controlado aleatoriamente”). En el caso del estudio de Esbjørn et al. (2018) solo hubo un grupo en el diseño, en el de Jónsson et al. (2015) se utilizó un diseño de benchmarking en el que se compararon sus resultados con los de estudios previos, y en el de Liber et al. (2008) se compararon dos grupos experimentales, sin grupo control, y la participación en uno u otro sí fue escogida aleatoriamente.

El estudio de Walczak et al. (2018) incumple el criterio M.5. (“Análisis adecuados: Usar un análisis apropiado de datos y un tamaño de la muestra suficiente para detectar los efectos esperados”) ya que su muestra no fue suficiente para evaluar los factores moderadores de los resultados que investigaban: edad, severidad de los síntomas y presencia de un trastorno de ansiedad social comórbido al TAG.

Tabla 2. Análisis de los criterios metodológicos de los estudios encontrados

Estudio	M. 1.	M. 2.	M. 3.	M. 4.	M. 5.	¿Cuántos criterios cumple?
Esbjørn et al., 2018	No	Sí	Sí	Sí	Sí	4/5
Holmes et al., 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Jolstedt et al., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Jónsson et al., 2015	No	Sí	Sí	Sí	Sí	4/5
Kodal et al., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Liber et al., 2008	No	Sí	Sí	Sí	Sí	4/5
March et al., 2008	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Salum et al., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Villabø et al., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	5/5
Walczak et al., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	No	4/5

El rango de edad varió entre los estudios, pero en ningún caso sobrepasó los 16 (Tabla 3). Pese a que la propuesta inicial incluía a menores de 7 a 18 años, no hay representación de 17 y 18 años en las muestras.

En cuanto a la paridad de género, el porcentaje mínimo de niñas y chicas adolescentes ha sido de 44.9% (Liber et al., 2008) y el máximo 66,67% (Holmes et al., 2014). En el artículo publicado por Salum et al. (2018) no constaban estos datos.

Las muestras de todos los estudios presentaban trastornos comórbidos. El estudio de Holmes et al. (2014) excluyó a personas con discapacidad intelectual o problemas de aprendizaje. El de Salum et al. (2018) a personas que hubieran recibido tratamientos de salud mental con anterioridad.

Como puede verse en la Tabla 1, todos los resultados (expresados como “remisión”, “libre de diagnóstico” o “respuesta al tratamiento”) de los grupos experimentales fueron positivos. Esto puede deberse, como se comentará más adelante, a sesgos de publicación.

Los resultados más bajos fueron en la medición del postratamiento del estudio de March et al. (2008). En el grupo de TCC a través de internet, el 30% estaba libre de su diagnóstico principal y el 16% de todos los diagnósticos, frente al 10.3 y al 3.4% del grupo control. Sin embargo, fue el estudio de Kodal et al. (2018) el que mostró menor diferencia entre los grupos experimentales y control en esta fase: en el grupo de TCC individual, 42.9% estaba libre de su diagnóstico principal y un 31.4% de todos, en el de TCC grupal 65.7 y 23.3% y en el control 46.7 y 26.7%, respectivamente. En ambos estudios los datos mejoraron de cara al seguimiento a largo plazo, sin embargo, por motivos éticos, el grupo control solo se mantuvo hasta la fase de postratamiento.

Los datos más altos fueron los del tratamiento específico para GAD (*No Worries!*) que propusieron Holmes et al. (2014), cuya remisión alcanzó el 52.9% en la medición postratamiento y el 100% en la fase de seguimiento, frente al 0% del grupo control en el postratamiento.

Los estudios que comparaban la TCC en formato grupal e individual no encontraron diferencias significativas entre ellos (Kodal et al., 2018; Liber et al., 2008; Villabø et al., 2018).

De los estudios sobre TMC, el de Walczak et al. (2018) presenta datos similares en el postratamiento para el grupo de TMC (79.2%) y el de TCC (71.1%), pero no constan datos a largo plazo; y en el de Esbjørn et al. (2018) el 86.4% estaba libre del diagnóstico de TAG en el postratamiento y el 75% en el seguimiento a largo plazo. Esta disminución puede deberse a recaídas.

Tabla 3. Resultados de los estudios.

Estudio	Edad	Intervención	Instrumentos	Medición			Resultados (%)		
				Pre	Post	Seg	Post	Seg	
Esbjörn et al., 2018	7-13	TMCG	RCADS <sup>-child</sup>	41.56	24.61	20.33	Libre del diagnóstico principal	Principal: 75	
			PSWQ-C	24.73	16.57	14.44			
			MCQ-C <sub>30</sub>	58.59	46.94	45.28	Libre de todos: 72.7	Todos: 65.9	
			RCADS <sup>-mother</sup>	45.64	27.10	24.70			
			RCADS <sup>-father</sup>	41.31	25.91	24.47			
Holmes et al., 2014	7-12	G1: Program <i>No Worries!</i>	CBCL-Int	72.28	64.44	57.25	Libre de diagnóstico:	100	
			SCAS	40.29	34.88	22.56			
			SCAS-P	41.22	29.94	21.81	52.9		
			QoL-Child	67.87	76.09	80.84			
			QoL-Parent	67.87	79.17	67.87			
			PSWQ-C	20.39	13.00	9.81			
			IUS-C	78.83	58.83	50.56			
			MCQ-C <sub>PBW</sub>	9.28	8.28	7.63			
			MCQ-C <sub>NBW</sub>	16.22	13.00	12.13			
			SPSI-R-SF	11.61	6.89	7.19			
		WBSI	56.94	48.06	40.50				
		CAPS	61.65	50.82	46.88				
					<i>Satisfaction questionnaire children</i>	—	—	2.88	
					<i>Satisfaction questionnaire parents</i>	—	—	2.87	
			G2: Control	CBCL-Int	67.58	62.95	—	0	-
		SCAS		35.90	40.84	—			
		SCAS-P		35.90	31.47	—			
		QoL-Child		69.96	66.88	—			
		QoL-Parent		69.97	75.34	—			
		PSWQ-C		20.21	17.90	—			
IUS-C	81.32	73.05		—					
MCQ-C <sub>PBW</sub>	9.11	8.84		—					
MCQ-C <sub>NBW</sub>	17.79	15.95		—					
SPSI-R-SF	12.37	9.90		—					
WBSI	57.05	54.53	—						
CAPS	61.53	56.47	—						
Jolstedt et al., 2018*	8-12	G1: TCC Internet	ADIS	4.73	3.55	—	Libres de diagnóstico principal: 48	70	
			CGAS	57.18	63.14	—			
			RCADS-C	34.67	26.41	—			
			RCADS-P	39.46	26.25	—			
			EWSAS-C	12.70	8.30	—			
			EWSAS-P	17.00	11.41	—			
			KIDSCREEN-C	39.47	39.98	—			
	KIDSCREEN-P	36.45	37.68	—					
		G2: Control activo <i>ICDP</i>	ADIS	4.92	4.31	—	15	—	
	CGAS		55.97	58.97	—				
	RCADS-C		35.00	27.50	—				
	RCADS-P		37.65	30.98	—				
	EWSAS-C		12.67	10.25	—				
	EWSAS-P		17.68	14.32	—				
KIDSCREEN-C	37.80		39.67	—					
KIDSCREEN-P	35.18	36.41	—						

Nota: Los estudios marcados con un \* estudian la eficacia del tratamiento en múltiples trastornos de ansiedad, entre los que se incluye el TAG. Abreviaturas: ABM: *Attention Bias Modification*, ACT: *Attention Control Training*, CT: *Control Therapy*, ICDP: *Internet-delivered Child-Directed Play*, TCC: *Terapia Cognitivo Conductual*, TCC-G: *Terapia Cognitivo Conductual Grupal*, TMC: *Terapia Metacognitiva*, TMCG: *Terapia Metacognitiva Grupal*

Estudio	Edad	Intervención	Instrumentos	Medición			Resultados (%)	
				Pre	Post	Seg.	Post	Seg.
Jónsson et al., 2015*	7-16G1: TCC Grupal Programa <i>Cool Kids</i> "Community sample"	CSR principal	6.40	3.31	2.23	—	Libre del diagnóstico principal: 59.8	
		CSR anxiety disorders	11.92	6.63	4.18			
		SCAS Youth	31.56	24.88	19.93			
		SCAS Mother	34.32	23.89	20.22			
		SCAS Father	32.48	24.13	21.60			
		BYI—Youth BD	12.81	9.27	7.02			
		CALIS Youth report	10.12	8.44	8.08			
		CALIS Mother report Youth	17.55	12.24	9.68			
		CALIS Mother report Own	15.26	10.70	8.67			
		CALIS Father report Youth	16.00	12.51	10.77			
		CALIS Father report Own	11.16	9.10	7.59			
		DASS-Mother Depression	3.91	2.82	2.93			
		DASS-Mother Anxiety	1.86	1.60	1.39			
		DASS-Mother Stress	7.62	5.91	5.18			
		DASS-Father Depression	3.99	3.05	2.62			
		DASS-Father Anxiety	1.28	1.42	0.98			
		DASS-Father Stress	6.54	5.62	4.85			
		G2: TCC	CSR principal	6.00	2.33	1.67	—	76.8
		Grupal	CSR anxiety disorders	11.49	5.39	3.84		
	Programa	SCAS Youth	38.32	21.13	15.70			
	<i>Cool Kids</i>	SCAS Mother	38.90	21.44	18.39			
	"University sample"	SCAS Father	35.80	22.54	18.09			
		BYI—Youth BD	13.33	7.16	5.09			
		CALIS Youth report	11.45	6.88	4.76			
		CALIS Mother report Youth	17.67	10.32	7.98			
		CALIS Mother report Own	13.75	8.31	6.57			
		CALIS Father report Youth	16.04	10.87	9.11			
		CALIS Father report Own	10.30	7.10	5.50			
		DASS-Mother Depression	2.82	1.57	2.02			
		DASS-Mother Anxiety	1.26	0.70	0.67			
		DASS-Mother Stress	6.35	4.32	3.78			
		DASS-Father Depression	3.44	2.84	3.03			
		DASS-Father Anxiety	1.00	0.95	1.18			
	DASS-Father Stress	5.41	4.53	4.57				
Kodal et al., 2018	8-15 G1: TCC Individual Protocolo <i>FRIENDS for Life</i>	SCAS-C	36.1	27.23	24.90	Libre de todo diagnóstico: 31.4	Todos:55.7	
		SCAS-P	34.78	28.15	22.32			
		SMFQ-C	7.33	5.90	5.76			
	G2: TCC Grupal Protocolo <i>FRIENDS for Life</i>	SMFQ-P	7.43	5.95	4.57	Principal: 42.9	Principal:65.7	
		SCAS-C	37.73	28.07	23.39	Todos: 23.3	Todos: 37.7	
		SCAS-P	35.83	27.02	20.93	Principal:65.7	Principal:65.7	
	G3: Control	SMFQ-C	7.54	6.04	5.57			
		SMFQ-P	7.57	5.03	4.13			
		SCAS-C	34.61	23.42	—	Todos: 26.7	—	
		SCAS-P	33.42	23.83	—	Principal:46.7		
		SMFQ-C	7.61	3.17	—			
		SMFQ-P	7.83	5.17	—			
Liber et al., 2008	8-12 G1: TCC Grupal	MASK	52.24	36.70	—	Todos: 41	—	
		CDI	8.87	4.76	—	Principal: 54		
		CBCL-Int Mother	21.21	16.16	—			
		CBCL-Int Father	15.80	13.24	—			
	G1: TCC Individual	MASK	50.93	37.16	—	Todos: 48	—	
		CDI	10.33	5.50	—	Principal: 62		
		CBCL-Int Mother	19.13	14.68	—			
		CBCL-Int Father	16.26	14.04	—			
		7-12 G1: TCC Internet	SCAS-C	40.00	27.36	20.77	Libre del diagnóstico principal: 30	Principal: 75
			CES-D	19.68	17.24	16.77		
SCAS-P	38.29		25.79	18.52				
CBCL-Int	72.29		60.17	55.22	Todos: 16	Todos: 60.7		
SCAS-C	38.56		29.72	—	Principal: 10.3	—		
CES-D	17.64		17.88	—				
G2: Control	SCAS-P	32.93	29.42	—	Todos: 3.4			

Estudio	Edad	Intervención	Instrumentos	Medición			Resultados (%)			
				Pre	Post	Seg.	Post	Seg.		
Salum et al., 2018	7-11	G1: TCC-G+ ABM	PARS	20.77	16.83	—	Respuesta: 45.54	—		
			PARS-S	19.78	10.37	—				
			SCARED-P	37.79	31.11	—				
			SCARED-C	30.94	27.14	—				
			SCAS-P	37.73	27.81	—				
			SCAS-C	42.69	36.58	—				
			CDI	7.94	5.99	—				
			SNAP-P	27.20	24.00	—				
			SDQ total	17.09	15.63	—				
			SDQ impact	3.92	3.65	—				
			Threat bias	-	-	—				
				12.70	23.10	—				
				21.47	15.86	—			52.99	—
				22.27	14.43	—				
		42.26	37.31	—						
		33.28	28.18	—						
		47.95	40.79	—						
		43.68	39.60	—						
		8.57	6.35	—						
		29.18	29.70	—						
		17.38	16.99	—						
		4.04	3.48	—						
		1.46	21.78	—						
		21.60	16.78	—	53.33	—				
		20.57	14.62	—						
		36.83	32.16	—						
		34.10	24.58	—						
		41.37	32.17	—						
		48.24	37.21	—						
		6.82	5.16	—						
		24.20	24.02	—						
		17.91	15.63	—						
		4.26	3.13	—						
		9.50	1.73	—						
		19.94	19.10	—	46.22	—				
		19.89	15.07	—						
		41.19	37.61	—						
		33.26	23.01	—						
		41.09	39.1	—						
		45.81	39.79	—						
		6.95	4.65	—						
		30.42	30.13	—						
		16.88	14.69	—						
		3.30	3.99	—						
		13.61	9.25	—						
	Villabø et al., 2018	7-13	G1: TCC Individual Programa Coping Cat	Child MASC	57.3	48.61	47.12	Respuesta TAG: 74	Respuesta TAG: 95 Remisión TAG: 71 Recaída TAG: 3	
				Parent MASC	55.04	47.25	42.30			
CGAS				51.46	62.52	69.66				
Child MASC				57.63	48.80	45.71	Respuesta TAG: 58			Respuesta TAG: 95 Remisión TAG: 55 Recaída TAG: 4
Parent MASC				59.82	49.72	40.67				
CGAS				52.44	62.81	72.91				
		57.97	51.95	—	—	—				
		55.46	50.86	—						
		51.20	53.05	—						
7-14		G1: TCC Programa Cool kids	RCADS-c	40.28	18.47	—	Respuesta (libre de ansiedad): 79.2	—		

En cuanto a las limitaciones de los estudios, nos encontramos con algunas comunes entre ellas y otras específicas de cada uno. Por norma general, los participantes en esta clase de estudios son familias con interés previo en recibir ayuda profesional y dispuestas a participar en investigaciones científicas, lo que puede suponer diferencias en cuanto a las expectativas y adherencia al tratamiento con respecto a las del resto de la población.

En relación a lo anterior, las situaciones experimentales tienen un mayor control de los distintos factores y sesgos del que hay práctica clínica, por los resultados pueden tener mayor variabilidad en el segundo contexto.

En uno de los estudios (Salum et al. 2018) no se pudo realizar el seguimiento a largo plazo propuesto en su diseño original debido a problemas logísticos. En el estudio de Liber et al. (2018) no lo incluyeron porque forma parte de un estudio mayor investigando los efectos de un tratamiento escalonado y su publicación podría sesgar los resultados finales. Un tercer estudio (Walczak et al., 2018) no incluye seguimiento en su diseño. La falta de un seguimiento impide obtener información sobre recaídas y mantenimiento de los cambios a largo plazo.

El estudio de Esbjørn et al. (2018) enumera entre sus propias limitaciones que se tratase de un estudio abierto, con un tamaño muestral pequeño, no aleatorizado y sin grupo control. Por su parte, el estudio de Holmes et al., (2014), considera su tamaño muestral pequeño, la poca diversidad étnica de su muestra, mayormente clase socioeconómica alta y con estudios superiores. Para el estudio Jolstedt et al. (2018) sus limitaciones fueron que la mayoría de las familias eran autoreferidas y con estudios superiores y que los participantes con un diagnóstico más grave y peor calidad de vida en la línea base no enviaron todos los datos en la fase de seguimiento, pudiendo sesgar los datos finales. En el de Jónsson et al. (2015) señalan que su diseño no era de control aleatorizado y que sus asesores y supervisores no tuvieron ciego al realizar las evaluaciones. En el de Kodal et al. (2018) no se pudieron medir el desarrollo de trastornos comórbidos ni los resultados a largo plazo del grupo control, tampoco tomaron datos sobre recaídas. Las limitaciones de Liber et al. (2008) fueron de carácter ético, pues no incluyeron un grupo control porque consideraron que la superioridad de la TCC frente al paso del tiempo está suficientemente demostrada y no sería ético tener a participantes en lista de espera sin recibir ningún tipo de ayuda. En el estudio de March et al. (2008) señalan la falta de seguimiento del grupo control, también por motivos éticos, la carencia de un grupo de tratamiento presencial para comparar con la intervención a través de internet y que su población tenía estudios superiores y era de clase media-alta. En el estudio de Salum et al. (2018) indican falta de seguimiento como su principal limitación. Para

el estudio de Villabø et al., (2018) las limitaciones fueron, una vez más, la falta de seguimiento al grupo control por motivos éticos y, además, a imposibilidad de controlar otros servicios que sus participantes recibieran durante el periodo de seguimiento. Por último, en el de Walczak et al. (2018) señalan la falta de seguimiento y tamaño muestral demasiado pequeño para obtener los resultados buscados.

## **Discusión.**

El objetivo del trabajo era conocer el estado actual de las terapias psicológicas para tratar el TAG en población infantojuvenil y hemos encontrado que, en general, el tratamiento más estudiado es la terapia cognitivo conductual en muestras que presentaban diversos trastornos de ansiedad, no solo TAG. Es decir, se trataban de estudios transdiagnóstico y no específicos.

Ocho de los diez estudios incluidos en la revisión emplearon la terapia cognitivo conductual en al menos uno de sus grupos experimentales. De ellos, dos median la eficacia de la terapia impartida a través de internet (Jolstedt et al., 2018; March et al., 2008), tres comparaban la eficacia de la terapia individual y la grupal (Kodal et al., 2018; Liber et al., 2008; Villabø et al., 2018), uno la de TCC grupal en dos muestras distintas (Jónsson et al., 2015), otro compara los efectos de la TCC combinada con otras técnicas (Salum et al., 2018) y el último comparaba sus resultados con los de la Terapia Metacognitiva (TMC) (Walczak et al., 2018). De los dos restantes, el primero estudia los efectos de la TMC grupal (Esbjørn et al., 2018) y el segundo, los de una terapia específica para el tratamiento del TAG (Holmes et al., 2014). Para evaluar el nivel de evidencia de cada terapia, se seguirán los criterios propuestos por Southam-Gerow y Prinstein (2013) (Tabla 4). Seis de los estudios fueron publicados en 2018, uno en 2015, uno en 2014 y dos en 2008.

Tabla 4. Niveles de evidencia de una terapia (Southam-Gerow y Prinstein, 2013)

---

### **Nivel 1: Tratamientos bien establecidos. Criterios de evidencia:**

1.1 Mostrar la eficacia del tratamiento frente a otros:

---

---

1.1.a Ser estadísticamente significativo superior a otro tratamiento activo, o al tratamiento farmacológico, o placebo psicológico. O

1.1.b Ser equivalente (o no significativamente diferente) al tratamiento bien establecido en experimentos. Y

1.1.c Demostrar la eficacia en al menos dos situaciones de investigación independientes y por dos equipos de investigación independientes. Y

1.2 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5).

**Nivel 2: Tratamientos probablemente eficaces. Criterios de evidencia:**

2.1 Debe haber al menos dos buenos experimentos que muestren que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera. O

2.2 Uno (o más) experimentos que cumplan con los criterios del nivel de tratamientos bien establecidos, excepto el criterio 1.1.c. (no involucrará equipos de investigación independientes). Y

2.3 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5).

**Nivel 3: Tratamientos posiblemente eficaces. Criterios de evidencia:**

3.1 Al menos un buen ensayo controlado aleatoriamente que muestre que el tratamiento es superior a una lista de espera o grupo de control sin tratamiento. Y

3.2 Cumplir todos los criterios metodológicos (los 5). O

3.3 Dos o más estudios clínicos que demuestren que el tratamiento es eficaz, cumpliendo los últimos cuatro (de cinco) criterios metodológicos, pero ninguno siendo ensayos controlados aleatorios.

---

---

**Nivel 4: Tratamientos Experimentales. Criterios de evidencia:**

4.1 Aún no se ha probado en un ensayo controlado aleatoriamente. O

4.2 Se ha probado en uno o más estudios clínicos, pero no es suficiente para alcanzar los criterios del Nivel 3.

**Nivel 5: Tratamientos de eficacia cuestionable. Criterios de evidencia:**

5.1 Se ha probado en buenos experimentos de diseño de grupo y resultó ser inferior a otro grupo de tratamiento o igual a un grupo de control de lista de espera. La evidencia disponible de estudios experimentales sugiere el tratamiento no produce ningún efecto beneficioso.

---

Los estudios que aplicaban TCC demostraron que es un tratamiento superior al paso del tiempo. Ninguno de los estudios muestra diferencias significativas entre el formato individual y el grupal ni entre el formato presencial y online. Esto concuerda con las conclusiones de revisiones y metaanálisis previos que definen la TCC como una terapia bien establecida (Nivel 1) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia (Banneyer et al., 2018; Kreuze et al., 2018; Rooksby et al., 2015).

En cuanto a los estudios sobre TMC, nos encontramos también con resultados muy positivos, pero sus diseños carecían bien de grupo control o bien de una medición a largo plazo. Es por esto que sus datos son insuficientes para analizar su eficacia, especialmente si atendemos al sesgo de publicación.

Finalmente, el tratamiento específico para TAG de Holmes et al. (2014) puede considerarse como posiblemente eficaz (Nivel 2) ya que cumple con todos los criterios metodológicos y presenta resultados superiores a los del grupo control. Tener tratamientos específicos para el diagnóstico puede ayudar a suplir las carencias de las terapias transdiagnósticas, por lo que supone un aporte muy importante a esta área.

## **Limitaciones**

En la realización del presente trabajo han surgido tres limitaciones principales. En primer lugar, los estudios seleccionados para esta revisión tienen variaciones en tamaño muestral, instrumentos y técnicas empleadas. Esto supone una ventaja para analizar la diversidad de las terapias, pero dificulta la comparación de sus resultados.

En segundo lugar, pese a que el rango propuesto era de 7 a 18 años, no se han obtenido estudios que incluyan a participantes de 17 a 18 años. Por su desarrollo evolutivo, tienen necesidades distintas a las del grupo de edad más representado (8-12 años) y es posible que no respondan de la misma manera a los programas dirigidos a población infantojuvenil. Sin embargo, tampoco deberían agruparse junto a las personas mayores de edad al no tratarse de adultos. Por tanto, no se puede asegurar las conclusiones sean aplicables a este grupo de edad.

En tercer lugar, solo se han obtenido estudios realizados en Europa, Australia y Brasil. La cultura y el contexto socioeconómico pueden influir tanto en la expresión de síntomas de la persona como en su respuesta al tratamiento, sin olvidarnos de los medios disponibles para ponerlos en marcha. Por tanto, los resultados no son generalizables y extrapolables a otras regiones y entornos culturales.

## **Conclusiones**

El objetivo principal de este trabajo era analizar el estado actual de los tratamientos psicológicos dirigidos a población infantojuvenil con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. La terapia más estudiada y eficaz es la cognitivo conductual, que presenta diversos formatos: individual o grupal y presencial o a distancia (a través de internet en los estudios de esta revisión). Esta perspectiva permite un tratamiento efectivo del TAG y de los trastornos de ansiedad en su conjunto.

Entre los aspectos de mejorar o a desarrollar de cara a futuros trabajos, cabe destacar la necesidad de una selección mayor de artículos, especialmente centrados en la adolescencia tardía. ¿Son suficientes los programas actuales en los que se trabaja con niños y adolescentes o, por el contrario, son necesitan programas más específicos en edad?

Incluir más idiomas en la búsqueda podría ayudar a diversificar y ampliar la selección de artículos. Solo así se podrán generalizar las técnicas empleadas y los principios en los que se basan.

También será relevante evitar los sesgos de publicación o medir su influencia para así obtener resultados más fiables y precisos. De lo contrario, nos encontraremos con resultados inflados y la calidad de su aplicación se verá mermada.



## Referencias.

Con \* los estudios que han formado parte de esta revisión:

American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub

Banneyer, K. N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances. *Current Psychiatry Reports*, 20(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0924-9>

Borza, L. (2017). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 203–208. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza>

Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.

Cuevas, M. C. (2010). Evaluación y tratamiento de la ansiedad infantil. In G. Buela-Casal (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil*. (pp. 163–218). Biblioteca Nueva.

Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family Factors in the Development, Treatment, and Prevention of Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144–162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>

\*Esbjörn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53(January 2018), 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002>

Fernández Hermida, José Ramón, & Pérez Álvarez, Marino (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-44. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72713301>

- \*Holmes, M. C., Donovan, C. L., Farrell, L. J., & March, S. (2014). The efficacy of a group-based, disorder-specific treatment program for childhood GAD – A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 61(October 2014), 122–135. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.002>
- Jablonka, O., Sarubbi, A., Rapp, A. M., & Albano, A. M. (2012). Cognitive Behavior Therapy for the Anxiety Triad. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 541–553. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.011>
- \* Jolstedt, M., Wahlund, T., Lenhard, F., Ljótsson, B., Mataix-Cols, D., Nord, M., Öst, L.-G., Högstöm, J., Serlachius, E., & Vigerland, S. (2018). Efficacy and cost-effectiveness of therapist-guided internet cognitive behavioural therapy for paediatric anxiety disorders: a single-centre, single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(11), 792–801. [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30275-x](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30275-x)
- \*Jónsson, H., Thastum, M., Arendt, K., & Juul-Sørensen, M. (2015). Group cognitive behavioural treatment of youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.009>
- \*Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.-G., Bjaastad, J. F., Haugland, B. S. M., Havik, O. E., Heiervang, E., & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 58–67. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.003>
- Kreuze, L. J., Pijnenborg, G. H. M., de Jonge, Y. B., & Nauta, M. H. (2018). Cognitive-behavior therapy for children and adolescents with anxiety disorders: A meta-analysis of secondary outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 60(December 2018), 43–57. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.10.005>
- \*Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J. M., Gastel, W. V., & Treffers, P. D. A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a

randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 886–893. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x>

\*March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2008). The Efficacy of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy Intervention for Child Anxiety Disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(5), 474–487. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn099>

Quintero-Navarro, C. (2016). Variables cognitivas en trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada infantojuvenil [Tesis doctoral]. In *riuma.uma.es*. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/12152>

Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 29, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.11.006>

\*Salum, G. A., Petersen, C. S., Jarros, R. B., Toazza, R., DeSousa, D., Borba, L. N., Castro, S., Gallegos, J., Barrett, P., Abend, R., Bar-Haim, Y., Pine, D. S., Koller, S. H., & Manfro, G. G. (2018). Group Cognitive Behavioral Therapy and Attention Bias Modification for Childhood Anxiety Disorders: A Factorial Randomized Trial of Efficacy. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(9), 620–630. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0022>

Santesteban-Echarri, O., Hernández-Arroyo, L., Rice, S. M., Güerre-Lobera, M. J., Serrano-Villar, M., Espín-Jaime, J. C., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2018). Adapting the Brief Coping Cat for Children with Anxiety to a Group Setting in the Spanish Public Mental Health System: a Hybrid Effectiveness-Implementation Pilot Study. *Journal of Child and Family Studies*, 27(10), 3300–3315. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1154-9>

Silva Hernández, D., Llanes Cuevas, R., & Rodríguez Silva, A. (2007). Manifestaciones impropias en la publicación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4). <https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000400009>

Southam-Gerow, M. A., & Prinstein, M. J. (2013). Evidence Base Updates: The Evolution of the Evaluation of Psychological Treatments for Children and

Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(1), 1–6.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.855128>

\*Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S.-P. (2018). Cognitive–behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 751–764. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>

\*Walczak, M., Breinholst, S., Ollendick, T., & Esbjørn, B. H. (2018). Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 449–458. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0853-1>

