

# Avaluació d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència sexual i física en la infància i l'adolescència

**Marta Torres<sup>1,2</sup>, Agnès Mayoral<sup>3</sup>, Carme Gálvez<sup>4</sup>, Mireia Forner-Puntonet<sup>5,6,7,8</sup>, Marta Llorens<sup>3,7</sup>, Maria Giral-López<sup>7,9</sup>, Anna Fàbregas<sup>10,11</sup>, Vicky Serra-Sutton<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Barcelona; <sup>2</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); <sup>3</sup>Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona; <sup>4</sup>Unitat de Pediatria Social. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; <sup>5</sup>Servei de Salut Mental. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; <sup>6</sup>Grup de Psiquiatria, Salut Mental i Addiccions. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona; <sup>7</sup>Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona; <sup>8</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); <sup>9</sup>Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona; <sup>10</sup>Servei de Pediatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona; <sup>11</sup>Universitat Autònoma de Barcelona.

Adaptat de: Serra-Sutton V, Torres M, Mayoral A, Gálvez C, Forner-Puntonet M, Llorens M, Giral M, Fàbregas A. Avaluació d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència sexual i física en la infància i l'adolescència. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022.

## Introducció

La violència física o sexual vers la infància i l'adolescència es considera una violació dels drets humans i un greu problema de salut pública<sup>1-4</sup>. Aquesta violència pot tenir importants conseqüències en el desenvolupament dels nens, nenes i adolescents (NNA) i en la seva salut a curt i llarg termini. Les manifestacions de la violència en la infància i l'adolescència poden ser diverses, des de lesions a deteriorament físic, psicològic, cognitiu i/o social i, fins i tot, en alguns casos la mort. A més, és habitual la polivictimització, ja que sovint es presenta més d'un incident de violència física o sexual, combinat amb altres tipus de violència (emocional/psicològica) i negligència. Cal tenir en compte que tot i que un percentatge d'infants presentaran seqüeles, no tots els NNA que han viscut violència física o sexual acabaran desenvolupant psicopatologia o problemes de salut mental o física. Cal destacar, també, que, a vegades, l'impacte dels episodis de violència no apareix de forma immediata sinó temps després i que els símptomes i trastorns es poden manifestar inclús en l'edat adulta.

Les guies i els protocols d'actuacions existents en l'àmbit europeu, estatal i a Catalunya recomanen que els NNA amb simptomatologia i/o trastorns de la salut mental en el context d'haver patit violència física o sexual rebin suport

psicològic per reduir el seu impacte. Tot i que es comencen a tenir dades sobre l'impacte de la violència en la salut física, psicològica i social tant en NNA com en l'edat adulta, encara hi ha molt marge per conèixer-ne la magnitud, l'impacte sobre la funcionalitat i les necessitats actualment no cobertes al sistema.

Al nostre context i a la xarxa d'utilització pública del sistema sanitari català, s'identifiquen quatre intervencions psicològiques dirigides a població infantojuvenil que ha viscut violència sexual i física que són les que més freqüentment s'estan implementant a la pràctica clínica rutinària. Aquestes s'anomenen de forma resumida com: teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), teràpia de dessensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR), teràpia familiar i psicoteràpia psicodinàmica focal.

La TF-CBT està indicada per a la simptomatologia del trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), trastorns de l'estat d'ànim, ansietat i trastorn del vincle en persones que han viscut una experiència traumàtica, de violència o pèrdua. Té per objectiu donar als NNA suport en la identificació d'emocions, pensaments i conductes i proporcionar les eines per fer-hi front, i reelaborar l'experiència traumàtica, i també té mòduls específics dirigits a les seves famílies o cuidadors/es principals. La TF-CBT l'administren habitualment psicòlegs/psicòlogues durant un període recomanat d'entre 8 i 25 sessions i incorpora les següents fases: psicoeducació, relaxació, identificació i regulació emocional i reestructuració cognitiva, una fase de narració i processament del trauma i una última fase de consolidació i tancament; inclou sessions conjuntes cuidadors/es-NNA per augmentar la seguretat i el desenvolupament futur.

Correspondència: Vicky Serra-Sutton  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) - CIBERESP  
C/ Roc Boronat, 81-95, segona planta  
08005 Barcelona  
Tel. 935 513 900  
Adreça electrònica: vserra@gencat.cat  
Pàgina web: <http://aquas.gencat.cat>

L'EMDR està indicada de forma principal per a població que presenta simptomatologia de TEPT, especialment en el context de pèrdua i dol, i també fòbies, insomni, trastorns d'ansietat i maneig del dolor crònic. Es basa en l'estimulació bilateral dels dos hemisferis cerebrals amb moviments oculars, sons o copets (*taping*) per afavorir el processament de les memòries i records de l'esdeveniment traumàtic, mitjançant la dessensibilització i el reprocessament, desencadenant la remissió de la simptomatologia. El protocol estàndard d'intervenció té una durada recomanada d'entre 8 i 12 sessions on es treballen aquells fragments de memòria o record traumàtic en forma d'imatges, cognicions, emocions i/o sensacions físiques que seran reprocessades. El protocol per a infants i adolescents pot incloure variacions, sobretot pel que fa al component cognitiu i/o verbal.

La teràpia familiar engloba diferents tècniques i abordatges en què intervenen de forma conjunta NNA i les seves famílies cuidadores, combinant sessions conjuntes centrades en l'NNA que ha patit violència amb les seves famílies cuidadores i/o persones cuidadores principals sense incloure l'agressor. Entre els components habituals de la teràpia familiar hi ha la psicoeducació, la revelació i la reparació o restauració de vincles.

Finalment, la psicoteràpia psicodinàmica focal és una intervenció amb l'enfocament de la psicoanàlisi i està indicada per tractar una afectació global (trauma). En aquest tipus d'intervenció psicològica es focalitza o visualitza un problema o conflicte concret (focus), sobre el qual se centra l'atenció del/de la terapeuta i el/la pacient durant les sessions que conformen la teràpia, que té una durada, recomanada a les guies i protocols existents aplicats a la pràctica clínica habitual, d'un any. No està indicada en persones amb un trastorn greu de personalitat, trastorns psicòtics o de l'espectre autista. Els components habituals d'aquesta intervenció són el treball amb la transferència, el vincle, les habilitats relacionals, els mecanismes de defensa i la identificació de l'agressor.

Tot i aplicar abordatges i intervencions recomanades per organismes internacionals com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) o el National Institute of Clinical Excellence (NICE) per reduir les seqüeles de la violència en NNA, no es disposa de prou evidència sobre quines perspectives i teràpies han funcionat millor en el nostre context. Per aquest motiu, la Secretaria de Salut Pública i el Pla director de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut i el Servei Català de la Salut (CatSalut) van encarregar a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) una revisió sistemàtica de l'evidència científica de les quatre intervencions psicològiques esmentades, dirigides tant a NNA com a les seves famílies o persones cuidadores. Aquest encàrrec comissionat es va

desenvolupar en el marc del Protocol d'Actuació Davant de Maltractaments en la Infància i l'Adolescència.

L'objectiu d'aquest estudi va ser dur a terme una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC) per avaluar l'impacte d'aquestes quatre intervencions psicològiques en termes de beneficis mostrats (eficàcia, efectivitat i seguretat clínica), tot descrivint les característiques de les intervencions i poblacions incloses.

## Mètodes

Es van dur a terme quatre cerques bibliogràfiques sistemàtiques independents (una per a cadascuna de les intervencions seleccionades: TF-CBT, EMDR, teràpia familiar i psicoteràpia psicodinàmica focal) per identificar estudis basats en un disseny que inclogués una RSEC narrativa o amb metaanàlisis d'estudis primaris experimentals (assaigs comparatius i aleatoritzats, ACA) o quasiexperimentals (assaigs clínics sense aleatoritzar o sense grup control, estudis d'abans i després), publicades en anglès, castellà i català entre 2011 i 2021 (vegeu més detall a l'informe i els annexos publicats al web de l'AQuAS i al portal Scientia de la Generalitat de Catalunya). Les quatre cerques es van fer a tres fonts bibliogràfiques (PubMed/Medline, Cochrane Library i PROSPERO-International Prospective Register of Systematic Reviews) i dos metacercadors (Trip Database PRO i Epistemonikos). Es van completar aquestes cerques amb estudis primaris amb un disseny metodològic basat en un ACA o estudi quasiexperimental publicats durant els cinc darrers anys.

Els resultats de cada cerca es van analitzar amb el gestor documental Mendeley. Un cop eliminats els duplicats, es va valorar la inclusió de les publicacions primer a partir del títol i resum i després a partir del text complet. Atesa l'heterogeneïtat de les intervencions i poblacions i que sovint es barrejaven intervencions o combinaven mòduls de les quatre valorades, no es van descartar publicacions que aparentment incorporaven els mateixos estudis. Atesa l'heterogeneïtat també dels desenllaços, i esperant menys tradició avaluativa, no es van afegir criteris d'exclusió basats en els estudis primaris de les RSEC incloses. Per avaluar la qualitat dels estudis basats en una RSEC es va aplicar l'escala AMSTAR-2. L'equip d'autores va definir uns criteris *ad hoc* per documentar la robustesa i validesa de les RSEC incloses: descripció dels criteris d'inclusió i exclusió, nombre total d'estudis identificats i nombre final d'inclosos i exclosos, escales utilitzades per avaluar la qualitat metodològica o risc de biaix dels estudis inclosos, els desenllaços i resultats rellevants i que almenys haguessin consultat dues bases bibliogràfiques per a la cerca de literatura.

A més de la robustesa i qualitat general de cada RSEC inclosa, es va extreure la informació de la població, intervenció, comparador i *outcome* o desenllaç (PICO) i altres

variables descriptives i de context. L'equip de treball, alineat amb el coneixement clínic i l'evidència preliminar consultada, va determinar els desenllaços d'interès, relatius als potencials beneficis de les intervencions sobre NNA i les seves famílies cuidadores, per poder classificar l'evidència dels beneficis/resultats mostrats per les intervencions analitzades: reducció de simptomatologia o malestar, millora del benestar psicològic i emocional, del funcionament social i rendiment, de la qualitat de vida, de l'autocontrol i l'autoeficiència o l'apoderament i restabliment de vincles (eficàcia i efectivitat). També es va extreure informació dels resultats associats a possibles riscos o efectes adversos (seguretat clínica), en concret, la potencial victimització secundària a causa de la intervenció i que pot produir un augment de la simptomatologia de salut mental o psicossocial en la població de l'estudi experimental o quasiexperimental identificat.

Tot el procés de selecció i inclusió de publicacions, lectura crítica, extracció d'informació i avaluació de la qualitat metodològica es va fer per parelles d'investigadores amb coneixement metodològic i coneixement clínic de l'equip de coautores.

Donada l'heterogeneïtat de les publicacions pel que fa a intervencions, poblacions i context, així com de desenllaços i escales utilitzades, es va dur a terme una revisió narrativa realitzant una síntesi qualitativa amb anàlisi de

contingut, amb la intenció d'entendre el fenomen complex d'estudi: les intervencions multicomponent, poblacions i, sobretot, beneficis i impactes mostrats.

## Resultats

Es van identificar 799 publicacions i es van incloure 29 publicacions amb disseny d'RSEC narrativa o amb metaanàlisi que incloguessin evidència sobre les quatre intervencions psicològiques dirigides a població d'NNA amb o sense les seves famílies o cuidadors principals. D'aquestes, 25 RSEC analitzaven beneficis i/o impactes de la TF-CBT, 14 de l'EMDR, 26 de la teràpia familiar i 10 de la psicoteràpia psicodinàmica focal (o algun dels seus mòduls, com la teràpia del joc). La qualitat metodològica de les RSEC va ser valorada com a moderada-alta en el 32,4% dels casos, com a baixa en el 40,6% i críticament baixa en el 27%. No obstant incloure RSEC de qualitat metodològica globalment moderada-elevada, i aquelles de menor qualitat, els estudis primaris inclosos en aquestes RSEC van ser, en general, de baixa qualitat, incloent mostres petites o sense descripcions de la població o d'elements de la intervenció. Es van identificar sis estudis primaris, considerats també de baixa qualitat metodològica.

Es va detectar una elevada heterogeneïtat d'estudis avaluatius sobre els beneficis d'aquestes intervencions, perfils so-

TAULA 1. Descripció breu del nombre de revisions sistemàtiques de l'evidència científica (RSEC) incloses, qualitat i característiques de les poblacions estudiades

Intervenció	Nombre d'RSEC incloses**	Interval d'edat mitjana (anys)	% de nenes	Tipus de violència predominant	Simptomatologia de salut mental predominant
TF-CBT*	25/29	2,8-17,4	58	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents	Estrès posttraumàtic, depressió o trastorns de conducta, conducta externalitzant o conducta sexualitzada
EMDR*	14/29	2,4-18,1	NI*	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents	Estrès posttraumàtic, ansietat, depressió, trastorns de conducta, conducta externalitzant o conducta sexualitzada
Teràpia familiar	26/29	2,5-17,3	34,6	Violència sexual, física o altres negligències	Estrès posttraumàtic, ansietat, depressió o trastorns de conducta
Psicodinàmica	10/29	12,7-17,2	52	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents	Estrès posttraumàtic, ansietat, depressió o conducta sexualitzada

\*TF-CBT: teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma; EMDR: teràpia de dessensibilització i reprocessament per moviments oculars; NI: no informat.

\*\*L'encàrrec englobava més intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors i les seves famílies (dades no mostrades).

TAULA 2. Descripció breu de beneficis i riscos mostrats per a cada intervenció

Intervenció	Comparadors	Beneficis mostrats en població infantojuvenil	Beneficis mostrats en les famílies cuidadores	Riscos
TF-CBT*	Llista d'espera o altres intervencions no TF-CBT*	Reducció significativa de la simptomatologia TEPT**, millora de la conducta, del benestar psicològic i emocional, millora en el funcionament social i rendiment <sup>4-8</sup>	No informat	No informat o sense efectes adversos
EMDR*	Llista d'espera o altres intervencions no EMDR*	Reducció significativa de la simptomatologia TEPT**, amb resultats mixtos <sup>5</sup>	No informat	No informat
Teràpia familiar	Llista d'espera, no tractament o altres intervencions no teràpia familiar	Resultats mixtos i poc conclusius, amb elevada heterogeneïtat. En alguns casos, millora del benestar psicològic i emocional i del vincle <sup>9,10</sup>	Resultats mixtos i poc conclusius, amb elevada heterogeneïtat. En alguns casos, millora del vincle <sup>9</sup> o de l'apoderament i autoeficàcia <sup>4</sup>	En alguns casos es descriu un possible empitjorament dels desenllaços analitzats, retraumatització i estrès de les persones cuidadores <sup>6</sup>
Psicodinàmica	Llista d'espera, no tractament o altres intervencions no psicodinàmica	Reducció no significativa de la simptomatologia TEPT**, especialment quan s'incorpora la teràpia de joc	Restabliment de vincles i reducció de conducta externalitzant en teràpies combinades	No informat o sense efectes adversos

\*TF-CBT: teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma; EMDR: teràpia de dessensibilització i reprocessament per moviments oculars.

\*\*TEPT: trastorn per estrès posttraumàtic.

ciodemogràfics i clínics de les poblacions estudiades, components i nomenclatures de les intervencions avaluades, períodes de seguiment o desenllaços i resultats descrits. La Taula 1 mostra el nombre d'RSEC incloses i el nombre d'RSEC de qualitat elevada per a cadascuna de les intervencions, així com l'edat i gènere de les poblacions a les quals estaven adreçades i el tipus de violència predominant que es van viure als estudis inclosos. Per a les quatre intervencions, el rang d'edat i de gènere va ser similar, anant des d'aproximadament nens i nenes de 2 anys a joves de 18 anys, havent-hi publicacions amb estudis de població infantil i adolescent, i també població adolescent i adulta. En tots els casos hi havia estudis adreçats exclusivament a nenes i adolescents i també estudis mixtos de nenes i nens, o adolescents, tot i que en alguns estudis primaris de les RSEC incloses no s'informava del gènere de la població. El tipus de violència predominant era la sexual i física i incloïa en molts casos diversos tipus de violència simultàniament, així com múltiples episodis violents. La simptomatologia de salut mental més freqüentment descrita va ésser en tots els casos l'associada al trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT), així com l'ansietat o la depressió i altres trastorns internalitzants o externalitzants.

Quant als beneficis mostrats, les quatre intervencions van descriure alguna mena d'efecte, tot i les limitacions metodològiques pel que fa a la robustesa i la fortalesa dels resultats. La Taula 2 mostra un resum dels principals comparadors, els beneficis mostrats sobre els NNA i les seves famílies cuidadores i els possibles riscos de les intervencions, en la majoria de casos no disponibles.

La TF-CBT va mostrar beneficis especialment en els desenllaços relacionats amb la reducció de la simptomatologia d'estrès posttraumàtic i la simptomatologia de depressió, ansietat i afectació de conducta postintervenció. Val a dir que la majoria d'intervencions TF-CBT incorporaven un mòdul d'intervenció familiar.

L'EMDR també va mostrar beneficis en la millora de la simptomatologia en salut mental amb un efecte positiu en la reducció de símptomes clínics d'estrès posttraumàtic, depressió, ansietat o conducta externalitzant.

Les teràpies familiars van mostrar una elevada heterogeneïtat quant als components de la intervenció, desenllaços i poblacions, amb resultats inconsistents sobre els seus beneficis. Com s'ha mencionat abans, la majoria d'estudis sobre TF-CBT combinen la intervenció amb NNA i les fa-

mílies cuidadores, on també es descriu de forma freqüent l'enfocament psicoterapèutic familiar.

La psicoteràpia psicodinàmica, en concret la teràpia de joc, va mostrar beneficis en la millora de la simptomatologia en salut mental general, l'ansietat i els vincles. Tot i això, no es van trobar diferències estadísticament significatives en comparar amb grups d'intervenció control. Cal destacar altra vegada que hi havia una elevada heterogeneïtat entre els estudis analitzats. Dins el terme "psicoteràpia psicodinàmica" hi ha una àmplia gamma de tractaments basats en mètodes d'orientació psicoanalítica, que inclouen la psicoteràpia psicodinàmica breu o focal i la psicoteràpia del joc (*play therapy*), especialment indicada per a població infantil o adolescent.

## Reflexions finals i recomanacions

Les intervencions analitzades han mostrat beneficis en la millora de l'estat de salut mental i el restabliment de vincles amb les famílies amb els NNA que han viscut violència sexual o física. Tot i aquests beneficis, les RSEC analitzades a la revisió inclouen estudis primaris amb una baixa qualitat metodològica. En molts casos, el nombre de pacients és reduït i hi ha una manca de seguiments a mitjà i llarg termini. La informació sobre les poblacions (edat, gènere, diagnòstic de salut mental previ) i els desenllaços estudiats sovint és incompleta, així com la relativa als components de les intervencions, qui les administra i en quin àmbit o context. Pocs estudis inclouen resultats de la seguretat clínica de les intervencions estudiades. Aquestes mancances dificulten la comprensió dels beneficis i, sobretot, limiten la formulació de recomanacions robustes sobre l'actuació.

Tot i aquestes limitacions, les intervencions que més evidència han mostrat en l'actualitat –en termes de reducció de l'impacte negatiu de la violència sexual i física sobre la salut dels NNA a la literatura– han estat la TF-CBT i l'EMDR amb intervencions psicològiques combinades amb les seves famílies. Però cal tenir present l'elevada heterogeneïtat en les poblacions estudiades i els components de les intervencions implementades, així com la diversitat de desenllaços avaluats (escales, formats i seguiments).

Aquesta revisió ha contribuït a la generació de coneixement sobre l'evidència més recent quant a intervencions psicològiques complexes en l'àmbit de violència i edat pediàtrica, posant de manifest que cal conèixer millor les característiques de les poblacions diana i de les intervencions i homogeneïtzar les escales i/o desenllaços clau que poden ser d'utilitat per a recerca futura.

A més, el treball de síntesi i reflexió dut a terme permet formular les següents recomanacions, a tenir presents especialment en futurs estudis avaluatius:

- Cal avaluar quins components específics de les teràpies generen millores i, tenint en compte que moltes de les intervencions que s'administren a l'assistència pública poden ser multimodals, avaluar quines combinacions poden millorar l'eficàcia i l'efectivitat terapèutiques.

- Aprofundir en quins perfils d'NNA presenten més beneficis amb aquestes intervencions, quant a mecanismes de protecció, resiliència, millora dels vincles i funcionament social i familiar, així com més risc d'augment de les potencials seqüeles en la salut i recidives.

- Definir quan apareixen els símptomes (i si apareixen) i quan caldria intervenir segons les necessitats de la població.

- Avaluar possibles efectes negatius de les intervencions, tenint present la possible victimització secundària o la no efectivitat de les intervencions.

- Aprofundir en els antecedents de violència en la família, ja que la transmissió intergeneracional de la violència és clau a l'hora de definir els abordatges i les intervencions més adients en la pràctica clínica rutinària.

- Aprofundir en com els professionals (psicòlegs/psicòlogues) poden influir sobre els beneficis de les intervencions psicològiques, quant a formació, empatia, habilitats comunicatives o vincle psicoterapeuta/pacient.

- Consensuar les escales i els qüestionaris més rellevants per avaluar l'impacte de les seqüeles en salut mental a la pràctica clínica rutinària a Catalunya i en el context del Sistema Nacional de Salut en general.

- Avaluar fins a quin punt els aspectes organitzatius, com ara el treball multidisciplinari, coordinat i centrat en les unitats especialitzades i els serveis de salut mental hospitalaris i comunitaris, juntament amb altres serveis d'emergències mèdiques i pediàtriques i de protecció social, poden potenciar els beneficis per als NNA i les seves famílies.

Amb tot, serà necessari que els resultats de l'evidència mostrada es puguin discutir en l'àmbit operatiu per part de les entitats implicades en l'atenció, la gestió i la planificació, tot tenint en compte les característiques del proveïdor de salut, el territori, el context d'atenció i les necessitats, així com els valors i les preferències de la població atesa. En definitiva, cal continuar promovent la cultura de l'avaluació de l'atenció prestada i la identificació de les bones pràctiques, a més de continuar investigant els beneficis i els riscos d'aquest tipus d'intervencions complexes en l'àmbit pediàtric i de la psicologia clínica.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. Barcelona: Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut; 2019. Consultable a: [https://salut-publica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantojuvenil/protocol-ac](https://salut-publica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantojuvenil/protocol-ac)

- tuacio-maltractaments-infancia.pdf Accés el 19 de desembre de 2022.
2. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017.
  3. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Child abuse and neglect. NICE guideline NG76; 2017.
  4. Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technol Assess.* 2016 Sep;20(69):1-508. <https://doi.org/10.3310/hta20690>.
  5. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;10(10):CD012371. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>.
  6. Fraser Goldman J, Lloyd S, Murphy R, Crowson M, Zolotor AJ, Coker-Schwimmer E et al. A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused interventions for children exposed to maltreatment. *J Dev Behav Pediatr.* 2013 Jun;34(5):353-68. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31828a7dfc>.
  7. Purgato M, Gastaldon C, Papola D, van Ommeren M, Barbui C, Tol WA. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 5;7(7):CD011849. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>.
  8. Sánchez de Ribera O, Trajtenberg N, Christensen LS. Evaluating the quality of meta-analytical reviews using the AMSTAR-2: A systematic review of meta-analytical reviews regarding child sexual abuse interventions. *Child Abuse Negl.* 2020 Jun;104:104463. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104463>.
  9. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1:CD010534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2>.
  10. Viswanathan M, Kennedy SM, McKeeman J, Christian R, Coker-Schwimmer M, Cook Middleton J et al. Treatment of depression in children and adolescents. Effective health care program (AHRQ). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. U. S. Department of Health and Human Services; 2020. Consultable a: <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-224-depression-children-final-report.pdf>. Accés el 19 de desembre de 2022.