

INFORME
Setembre 2021

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

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRiA); és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del grup de centre de referència "quatre estrelles" de l'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing de la Comissió Europea, del Centre de Recerca Biomèdica en Xarxa d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), del grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya i de la Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS va ser reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Serra-Sutton V, Torres M, Mayoral A, Gálvez C, Forner-Puntonet M, Llorens M, Giralt M, Fàbregas A. **Avaluació d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència sexual i física** a la infància i l'adolescència. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <http://aquas.gencat.cat>

© 2021, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, setembre 2021
Correcció: [XXX]
Dipòsit legal: [XXX] (si escau)

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-



NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.
La llicència es pot consultar a:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

INFORME
Setembre 2021

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

ciberesp

Salut/  Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya



**Generalitat
de Catalunya**

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

Autoria

Vicky Serra Sutton, sociòloga, doctorada (coordinació del projecte)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Marta Torres López, biòloga, doctorada

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Agnès Mayoral Castany, psicòloga infanto-juvenil especialitzada en abusos i maltractaments infantils

Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Barcelona

Carme Gálvez Rendón, psicòloga general sanitària

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Mireia Forner Puntonet, psicòloga clínica especialitzada en psicologia i psiquiatria infantojuvenil

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Marta Llorens Capdevila, psiquiatra en l'àmbit infantojuvenil

Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Barcelona

Maria Giral López, psiquiatra referent a les àrees infantojuvenil i perinatal

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Professora associada. Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona

Anna Fàbregas Martori, pediatra

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Professora associada. Departament de Pediatria. Universitat Autònoma de Barcelona

Revisió interna

Mireia Espallargues Carreras, metgessa, doctora (directora científica)

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Suport en les cerques sistemàtiques

Antoni Parada Martínez, documentalista i expert en comunicació

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Revisió externa

Xavier Garcia Cuscó, neurocientífic

Servei Català de la Salut

Fernando Lacasa Saludas, psicòleg clínic especialista, doctorat

Psicoterapeuta acreditat. Cap d'Atenció Comunitària Metropolitana Sud de Salut Mental. Hospital Sant Joan de Déu

Olga Puig Navarro, psicòloga clínic, doctorada

Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica Infantil i Juvenil. 2017SGR881. Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental(CIBERSAM)

Adriana Fortea González, metgessa, psiquiatra, màster en psiquiatria legal

Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica Infantil i Juvenil. 2017SGR881. Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona

Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

Agraïments

Aquest projecte és un encàrrec comissionat per la Secretaria de Salut Pública i el Pla director de Salut Mental i Addiccions del Departament de Salut, així com del Servei Català de la Salut (CatSalut) a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS). Aquest encàrrec s'emmarca en el context del Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut liderat des de la Secretaria de Salut Pública com a producte de transferència del coneixement. També ha contribuït a aquest projecte Marta Simó, pediatra de l'Hospital Universitari Sant Joan de Déu i representant de la Societat Catalana de Pediatria, estretament vinculats al Protocol d'actuació davant de maltractaments de la Secretaria de Salut Pública (Departament de Salut, 2019). L'equip també vol donar les gràcies a Giuliana Rios, treballadora social de l'equip de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH), pels comentaris a una versió prèvia de l'informe tècnic.

El projecte incorpora un equip multidisciplinari amb visions i posicionaments diversos. L'equip de coautores inclou tant experiència en l'avaluació de serveis sanitaris i l'elaboració de productes de transferència com una llarga i reconeguda trajectòria professional en la pràctica assistencial en l'àmbit del qual s'ocupa aquest encàrrec. Per minimitzar qualsevol potencial conflicte d'interès, l'AQuAS ha estat present en totes les etapes del procés i s'ha aplicat sempre una metodologia rigorosa i transparent.

Índex de continguts

Resum executiu	8
Introducció	11
Objectius	22
Metodologia	23
Resultats	28
1. Descripció de resultats de les intervencions psicològiques	30
Intervenció 1. Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma	31
Intervenció 2. Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	33
Intervenció 3. Teràpia familiar	35
Intervenció 4. Psicoteràpia psicodinàmica	38
Intervenció 5. Teràpies amb joves ofensors i les seves famílies	40
2. Taules de resultats de les intervencions psicològiques en infants i adolescents que han viscut violència sexual o física	43
3. Taules de resultats de les intervencions psicològiques en joves ofensors amb actes de violència sexual o física cap a altres infants i adolescent	82
Reflexions finals	92
Reptes d'aquest encàrrec	92
Intervencions i beneficis mostrats	93
Limitacions d'aquest projecte	94
Conclusions generals	96
Recomanacions per a investigacions i accions futures	96
Consideracions finals	98

Aquest informe tècnic **inclou annexos** en un altre document complementari separat.

Resum executiu

Antecedents

El maltractament i la violència física o sexual en la infància i l'adolescència són, segons indica l'Organització Mundial de la Salut (OMS), un problema greu de salut pública. També es consideren una violació dels drets humans que pot tenir importants conseqüències per a la salut, el desenvolupament o la dignitat dels infants i adolescents. Així, a les guies i els protocols d'actuació existents es recomana que, davant de símptomes i de l'impacte en la salut mental deguts a la violència, els infants i adolescents rebin suport psicològic. Val a dir que no tots els infants i adolescents que presenten violència física o sexual desenvolupen simptomatologia o trastorns de salut mental.

Existeixen diversos abordatges per reduir aquest impacte. Tanmateix, no es disposa de prou evidència sobre quines perspectives i teràpies han funcionat millor en el nostre context. Aquest encàrrec comissionat té l'objectiu principal d'avaluar l'impacte d'una sèrie d'intervencions psicològiques (més freqüentment aplicades a la pràctica clínica rutinària) dirigides a la població infantojuvenil que ha viscut violència sexual i física, joves ofensors i les seves famílies en funció dels seus beneficis (eficàcia i efectivitat) i la seva seguretat clínica:

- Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT^a)
- Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)
- Teràpia familiar
- Psicoteràpia psicodinàmica focal
- Teràpies dirigides a joves ofensors

Mètodes

Es van dur a terme cinc cerques independents per identificar revisions sistemàtiques de l'evidència científica (RSEC) narratives o amb metaanàlisis prèviament publicades per a cadascuna de les intervencions esmentades i poblacions d'estudi. Es van consultar tres fonts bibliomètriques (Pubmed/Medline, Biblioteca Cochrane i PROSPERO) i dos metacercadors (Tripdatabase Pro i Epistemonikos). La documentació obtinguda es va completar amb cerques a Pubmed/Medline d'estudis primaris publicats durant els cinc darrers anys; la font principal de l'evidència van ser els estudis basats en una RSEC.

La qualitat metodològica es va estimar amb l'escala AMSTAR-2 i altres variables metodològiques per constatar la robustesa i validesa dels estudis i els seus resultats. De cada RSEC inclosa es va extreure informació en format PICO (població, intervenció, comparador i *outcome*/desenllaç); els

a TF-CBT, sigles en anglès: Trauma Focused-Cognitive Behavioural Therapy.

outcomes o desenllaços (beneficis i riscos) van ser classificats i acordats a l'inici del projecte segons una revisió inicial de la literatura i l'expertesa clínica de l'equip. El procés de selecció i inclusió de publicacions, lectura crítica, extracció d'informació i avaluació de la qualitat metodològica es va fer per parelles.

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

Resultats

Es van incloure 37 RSEC i sis estudis primaris. La qualitat metodològica de les RSEC va ser valorada com a moderada-alta en el 32,4%, com a baixa en el 40,6% i críticament baixa en el 27%. Els estudis primaris van ser valorats com de baixa qualitat.

Es van descriure efectes positius de la TF-CBT (25 RSEC) sobre els desenllaços estudiats, especialment aquells relacionats amb la millora dels símptomes del trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) i la reducció de la simptomatologia depressiva, l'ansietat i la conducta postintervenció.

Els resultats d'eficàcia i efectivitat de l'EMDR (14 RSEC) variaven entre les publicacions incloses, en què es descrivia, en general, un efecte positiu pel que fa a la reducció de símptomes clínics del TEPT, i alguns estudis sobre la depressió, l'ansietat o el comportament externalitzant.

Les psicoteràpies familiars (26 RSEC) van mostrar una elevada heterogeneïtat pel que fa als components de la intervenció, els desenllaços i les poblacions, amb resultats inconsistents sobre els seus beneficis. Val a dir que en la major part dels estudis sobre les TF-CBT mencionats més amunt es combina la intervenció amb els infants i adolescents i les famílies cuidadores; també es descriu de forma freqüent l'enfocament psicoterapèutic familiar.

Per a la psicoteràpia psicodinàmica (10 RSEC), i en concret per a la teràpia de joc, es van descriure beneficis en la millora de la simptomatologia de salut mental en general, l'ansietat i els vincles, tot i que no es van mostrar diferències estadísticament significatives al comparar amb grups de control. De nou es destaca l'heterogeneïtat dels estudis analitzats.

Les intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors (8 RSEC) amb violència sexual o física cap a altres infants o adolescents incorporaven teràpies combinades amb les seves famílies o els seus cuidadors principals i van destacar els beneficis de la teràpia multisistèmica sobre la prevenció de recidives.

Reflexions finals i recomanacions

En la línia de l'evidència descrita en revisions sistemàtiques referents publicades a escala internacional per organismes com l'Organització Mundial de la Salut (OMS) o en informes d'institucions que es dediquen a l'avaluació de tecnologies o serveis de salut, en aquest projecte es recullen estudis en què es descriuen els beneficis de les intervencions psicològiques valorades.

Els beneficis mostrats se centren en la millora de l'estat de salut mental, el restabliment de vincles i les relacions de les famílies amb els infants i adolescents que han viscut violència sexual o física,

així com la reducció dels episodis violents en el cas de joves ofensors. En aquests estudis s'incorporen els beneficis dels grups d'intervenció (teràpies psicològiques) a curt termini en comparació amb els grups de control que també reben intervencions habituals (psicosocials, comunitàries), estan en llista d'espera o als quals no es fa cap intervenció.

Tot i aquests beneficis, s'ha descrit una baixa qualitat metodològica en els estudis primaris de les revisions sistemàtiques (RSEC) valorades. S'observen mides mostrals de pacients molt reduïdes, manca de seguiment a mitjà i llarg termini, així com informació incompleta sobre les poblacions estudiades, els components de les intervencions i els desenllaços, els seguiments, les persones que implementen les teràpies o si hi ha presència o no de trastorns diagnosticats en els pacients. Aquestes mancances dificulten la comprensió dels beneficis i, sobretot, limiten la formulació de recomanacions robustes sobre l'actuació.

En definitiva, cal tenir presents l'elevada heterogeneïtat de les poblacions estudiades i les intervencions implementades (nomenclatures, components), així com la diversitat de desenllaços avaluats (escales, formats i seguiments). Pocs estudis inclouen resultats de la seguretat clínica de les intervencions estudiades.

Tot i les limitacions, actualment les intervencions que més evidència han mostrat en la literatura en termes de reducció de l'impacte negatiu de la violència sexual i física sobre la salut dels infants i adolescents han estat la TF-CBT i l'EMDR amb intervencions psicològiques combinades amb les seves famílies. En el cas dels joves ofensors, les intervencions més freqüents en la literatura que més beneficis han mostrat són les teràpies sistèmiques familiars.

Aquest projecte ha permès avançar en la transferència del coneixement sobre l'evidència més recent entorn d'una sèrie d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència en edats pediàtriques, a més de conèixer millor les característiques de les poblacions, les intervencions i les escales o els desenllaços clau disponibles en els estudis internacionals i nacionals que poden ser d'utilitat per a la recerca futura. També s'ha generat coneixement sobre la informació més rellevant que cal tenir present a l'hora d'avaluar les intervencions psicològiques i els models multidisciplinaris d'atenció especialitzada (equips funcionals) implementats a Catalunya en l'àmbit de la violència en la infància i l'adolescència.

Serà necessari que les entitats implicades en l'atenció, la gestió i la planificació puguin discutir els resultats de l'evidència mostrada a escala operativa, tenint en compte les característiques del proveïdor, el territori, el context d'atenció, les necessitats de la població atesa i els seus valors i preferències. En aquest sentit, cal continuar promovent una cultura avaluativa de l'atenció realitzada i de les bones pràctiques, a més de continuar investigant els beneficis i riscos d'aquest tipus d'intervencions complexes en els àmbits pediàtric i de la salut mental.

Introducció

Definició del tema per estudiar

La definició més utilitzada de maltractament infantil i juvenil inclou els abusos i la desatenció dels quals són objecte els infants i adolescents menors de 18 anys i tots els tipus de violència —com ara la violència física, psicològica o sexual, la negligència i l'explotació— que causen o poden causar danys en la salut, el desenvolupament o la dignitat dels infants i adolescents o posar en perill la seva supervivència en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder, segons el que indica l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Es tracta d'un problema greu de salut pública i una violació dels drets humans amb importants conseqüències per a la salut a curt i llarg termini (OMS, 2017). Aquests esdeveniments violents poden ocórrer una o diverses vegades al llarg de la vida dels infants o adolescents (Secretaria de Salut Pública, 2019; Macdonald M. G, 2016).

Atesa l'elevada incidència de les conseqüències per a la salut ocasionades per aquest tipus d'esdeveniments de violència, es considera un problema important tant de salut pública com de benestar social (Secretaria de Salut Pública, 2019; Gilbert, 2009). Segons les dades d'un estudi publicat a *The Lancet* (Gibert, 2009), entre un 4% i un 16% dels infants han viscut violència física i 1 de cada 10 ha patit negligència o altres tipus de violències, com el maltractament psicològic. Aquest tipus d'esdeveniments tenen diferents formes de manifestació i es classifiquen de manera habitual com a violència física, psicoemocional o sexual, negligència, abandonament, violència prenatal o exposició a la violència de gènere. En alguns casos, poden causar la mort, lesions o deteriorament físic, psicològic, cognitiu i social en la població infantil o adolescent afectada (Macdonald M. G, 2016). Les diferents formes de victimització tendeixen a ocórrer simultàniament o superposar-se (Finkelhor, Ormrod i Turner, 2007), cosa que significa que els infants i adolescents rares vegades experimenten un incident de violència interpersonal aïllat, sinó que tendeixen a experimentar més d'un tipus de victimització al llarg de la seva vida.^b El concepte de polivictimització, entès com l'experimentació de múltiples tipus de violència durant la infància i l'adolescència, està **àmpliament** reconegut.^c

En aquest context, en la Convenció sobre els Drets de l'Infant (CDI), tractat internacional de l'Assemblea General de les Nacions Unides (ONU), s'utilitza el concepte de “violència cap a la infància” (CDI - ONU, 2019). Aquesta nomenclatura està present en la Llei orgànica de protecció a la infància i l'adolescència contra la violència a escala estatal, que incorpora una visió més ampla que els conceptes de maltractament i abús (BOCG, 2020). És important mencionar que al llarg del temps i en la literatura publicada s'han anat utilitzant termes diferents per parlar de maltractament o abús. En aquest sentit, el concepte d'abús incorpora connotacions patriarcals i judicials i dona

b Pereda Beltrán N. ¿Cuánta violencia es demasiada? Evaluación de la polivictimización en la infancia y adolescencia. *Papeles de psicólogo* 2019; 40(2): 101-108.

c Ortega Vidal B, & Jimeno Jiménez, MV. Revisión sistemática del concepto de polivictimización desde una perspectiva metodológica. *Revista española de investigación criminológica* 2020,18(1), 1–28. <https://doi.org/10.46381/reic.v18i1.399>.

per fet que es pot fer un “ús” dels infants i adolescents. Per aquest motiu, tot i fer servir els termes “maltractament” i “abús” tant en les estratègies de cerca d’aquesta revisió sistemàtica com en alguns apartats específics perquè encara es fan servir en l’evidència actual, en aquest informe s’aplicarà el concepte o terme “violència física i sexual”, seguint la tendència d’institucions de referència.

Impacte i conseqüències per a la salut

Les conseqüències de la violència física i sexual en la infància i l’adolescència en l’àmbit clínic poden ser greus, com ja s’ha mencionat, i afectar diversos àmbits del funcionament, la salut física i mental, la seguretat en el vincle i el desenvolupament cognitiu i emocional (Macdonald G, 2016). També poden afectar l’activitat socioeconòmica i laboral, ja que aquestes conseqüències es poden allargar fins a l’edat adulta (Macdonald M. G, 2016). En diverses guies de pràctica clínica d’institucions governamentals britàniques es constata que entre un 30% i un 35% dels infants i adolescents que viuen una situació traumàtica d’aquest tipus podria desenvolupar un trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT; NICE, 2005, 2018). Segons la literatura, els símptomes més freqüents en matèria de salut mental que són conseqüència directa o indirecta de la violència sexual en la infància són els símptomes internalitzants (pors, ansietat, baixa autoestima) o externalitzants (irritabilitat, ira), així com els comportaments sexuals inapropiats amb diferent grau de gravetat i prevalença o incidència (Cochrane, 2012; Echeburúa i Corral, 2010).

En una revisió sistemàtica publicada per Chen (Chen, 2010) sobre l’impacte de la violència sexual sobre la salut mental, es mostra que hi ha 2,7 vegades més risc de presentar un trastorn de la conducta alimentària (TCA), 16,7 vegades més risc de patir trastorns del son i 4,14 vegades més risc d’intents de suïcidi. En una altra revisió sistemàtica més recent, amb metaanàlisi sobre les conseqüències a llarg termini de la violència sexual en la infància i l’adolescència, es mostra una probabilitat incrementada d’1,9 vegades (oportunitat relativa [OR]; interval de confiança [IC] del 95%: 1,5-2,3) de revictimització sexual en l’edat adulta, així com més probabilitat de patir trastorns d’ansietat (OR: 2,7; IC 95%: 2,5-2,8), depressió (OR: 2,7; IC 95%: 2,4-3,0), TEPT (OR: 2,3, IC 95%: 1,6-3,4) i altres trastorns, com el trastorn límit de la personalitat (OR: 1,4-3,3; Hailles i Yu, 2019). Aquesta metaanàlisi inclou estudis observacionals en què s’examina la relació entre la violència sexual abans dels 18 anys i les conseqüències o seqüeles a llarg termini (edat adulta). Els autors suggereixen prioritzar les intervencions que redueixin el desenvolupament d’aquests desenllaços que han mostrat més evidència. Tot i així, mencionen que són necessaris més estudis empírics per clarificar els mecanismes i l’impacte psicosocial i sobre la salut d’aquests esdeveniments adversos.

En el cas de la violència física, en alguns estudis es posa de manifest que els casos greus poden tenir un impacte a llarg termini i produir una discapacitat permanent en els infants (Christian CW, 2015; Adams J, 2018).^{d,e} Per exemple, davant de la violència extrema que causa traumatismes craneofacials (*abusive head trauma*), en l’estudi de Christian *et al.* es descriu l’impacte en termes de discapacitat neurològica, que inclou disfuncions visuals i auditives, epilèpsia, paràlisi cerebral, retards en el desenvolupament i dèficits cognitius. En aquest mateix estudi es mencionen els impactes de la violència física sobre l’estat de salut mental de la població pediàtrica, entre els

d Christian CW. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015; 135:5.

e Adam J, et al. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child abuse and neglect* 2018;86(3):167-77.

quals es mencionen diversos tipus de trastorns de conducta. Norman *et al.* documenten associacions estadísticament significatives entre violència física, violència emocional i més probabilitat de presència de trastorns depressius (OR: 1,5 en el cas de la violència física; IC 95%: 1,2-2,0, i OR: 3,1 en el cas de la violència emocional; IC 95%: 2,43-3,85).^f En definitiva, tant en els casos de violència sexual com en els de violència física, l'evidència disponible descriu un impacte sobre la salut mental dels infants i adolescents, amb increments dels símptomes d'ansietat, depressió, pèrdua d'autoestima, sentiments de culpa, aïllament social, trastorns psicossomàtics, conductes agressives i TEPT.

Els casos de violència física i sexual solen anar acompanyats d'altres tipus de maltractament, com el psicoemocional, abandonaments o negligència, amb impactes també potencialment greus sobre l'estat de salut mental dels infants i adolescents (trastorns adaptatius, del vincle i afectius, altres traumes o alteracions del son; Secretaria de Salut Pública, 2019; Macdonald M. G, 2016). En aquest estudi es van prioritzar els esdeveniments de violència física i sexual perquè es va considerar que són els que més conseqüències sobre la salut poden ocasionar i els que s'atenen més freqüentment en el sistema de salut públic i concertat català.

Cal destacar que davant la violència sexual i física, sobretot en la infància i l'adolescència, la simptomatologia o la psicopatologia, si apareixen, poden fer-ho immediatament després de produir-se o els infants i adolescents poden experimentar el que s'anomena "sleeper effect", amb una manifestació de símptomes molt després del(s) episodi(s), que pot arribar a detectar-se en l'edat adulta (Document de síntesi, Delgado M; Cochrane Review; 2012). De nou cal tenir present que no tots els infants i adolescents que han patit violència acaben presentant seqüeles en la salut o afectació en el seu dia a dia (Macdonald M. G, 2016). No obstant això, com han explicat diversos autors, és necessari aprofundir en el coneixement dels factors de protecció i resiliència en termes d'impacte sobre la salut i funcionament dels infants i adolescents que han patit violència sexual o física o altres tipus de maltractament i negligències, així com de les seves famílies. Aquest tipus d'estudis permetria ajudar a planificar serveis i prescriure les intervencions més adequades segons el perfil de risc de la població afectada.

Dades sobre la violència sexual i física

Les dades dels observatoris de la salut i la infància i l'adolescència, així com les dels registres, són claus per estimar la prevalença i la incidència dels casos de violència i planificar les necessitats i els serveis requerits. Tanmateix, gairebé tots els països europeus s'enfronten a la manca de dades precises i actualitzades sobre la infància i l'adolescència. Aquest fet es pot deure, entre altres causes, al tabú existent encara actualment sobre la violència contra la infància, específicament en relació amb la violència sexual. Com a societat donem per fet que la família és protectora, que la infància és feliç i que la sexualitat no existeix en aquestes fases inicials de la vida (Echeburúa i de Corral, 2006).

Un repte important pel que fa a la disponibilitat de dades precises es vincula a la dificultat per detectar, notificar i derivar per part dels adults i per dimensionar la magnitud del problema de la

^f Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. Plos Medicine 2012.

violència en la infància i l'adolescència per part dels recursos en salut mental. Les dificultats en la comunicació podrien influir en la demanda de suport als serveis de salut, socials o educatius que incidirien en la notificació i obtenció de dades precises. Cal tenir en compte que en el procés de detecció intervenen diferents professionals. En aquest sentit, la comunicació de les famílies, les persones cuidadores i els infants i adolescents als centres de salut, les escoles, els serveis socials i els serveis judicials és necessària per proposar també la intervenció més adequada. Els professionals, els proveïdors i el sistema en general han de fomentar accions coordinades i millorar la formació continuada i les habilitats comunicatives (per exemple, perdre por, facilitar l'assessorament d'altres professionals i serveis), així com enregistrar les dades i la simptomatologia de la població atesa. Disposar de dades robustes facilitaria l'avaluació de les necessitats de la població infantojuvenil i les seves famílies, així com la planificació de l'atenció sanitària a diferents nivells de la presa de decisions.

Segons les dades de fonts disponibles el 2018, i en concret de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), a Catalunya es descriu una situació de desemparament de 1.181 infants i adolescents, dels quals un 44% presenta negligència; un 12%, maltractament psicoemocional; un 8%, maltractament físic; un 3%, maltractament prenatal i un 1,7%, violència sexual (Secretaria de Salut Pública, 2019; DGAIA, 2018). A escala estatal, el Registre Unificat de Maltractament Infantil (RUMI) inclou estadístiques de les notificacions de casos de sospita de maltractament infantil (Ministeri de Sanitat, 2021). Les dades publicades de 2019 indiquen un total de 15.365 possibles casos de maltractament infantil, amb els volums més grans de registres a Andalusia (3.327 registres) i Balears (3.333 registres). Les dades de 2019 d'aquest registre no estan disponibles per a Catalunya i per això la xifra enregistrada en l'informe es correspon a les dades de 2018: 4.749 registres, que representen el 25,2% del total de 18.801 registres (Ministeri de Sanitat, 2019). D'aquests potencials casos de violència declarats al RUMI estatal el 2018 referents a Catalunya, 739 es consideren greus i 4.010, moderats o lleus; per subtipus, 4.146 són per negligència (87,3%), 455 són potencials violències físiques (9,5%), 146 són violències sexuals (3,1%) i dos casos es declaren com a potencials casos de violència emocional (Ministeri de Sanitat, 2018). Les dades més recents del RUMI català sobre maltractament i violència en la infància i l'adolescència descriuen un total de 332 casos acumulats el 2020^g i 232 casos acumulats fins al juliol de 2021 (vint casos nous durant el mes de juliol).^h En l'informe emès pel Síndic de Greuges sobre violència infantil es mostren altres dades disponibles d'institucions catalanes de referència. En aquest informe la prevalença de la victimització sexual infantil a Catalunya se situa al voltant del 15% en la trajectòria vital d'un infant (Síndic de Greuges, 2016).

Finalment i en un context europeu, el Consell d'Europa va impulsar fa uns anys la campanya Un de cada cinc, de sensibilització davant la violència sexual. Aquesta iniciativa té com a objectiu que la societat civil prengui consciència que a Europa un de cada cinc infants i adolescents ha estat víctima d'algun tipus de violència sexual (abús o explotació sexual infantil, exhibicionisme, violència sexual per mitjà de les noves tecnologies).ⁱ

g Dades disponibles a: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/07infanciaiadolescencia/dades_sistema_proteccio/2020_12_informe_DGAIA.pdf

h Dades disponibles a: https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/infancia_i_adolescencia/dades-del-sistema-de-proteccio-a-la-infancia-de-catalunya/

i Informació disponible al portal del Consell d'Europa: <https://www.coe.int/en/web/human-rights-channel/stop-child-sexual-abuse-in-sport>

Estratègies d'actuació destacades

A Catalunya, l'actuació davant la violència en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut s'ha centrat durant anys a homogeneïtzar i acordar els criteris per facilitar-ne la detecció en diferents entorns i per part de professionals que treballen en equips multidisciplinaris. També es pretén homogeneïtzar el procés diagnòstic de les seqüeles de la violència en la salut mental i física (síntomatologia clínica o psicopatologia). En aquest context, els proveïdors i centres d'atenció en hospitals d'aguts i centres de salut mental han definit protocols i guies per estandarditzar el procés de valoració, detecció, avaluació de necessitats sanitàries i socials i actuació primerenca, com s'ha esmentat prèviament. Malgrat les iniciatives existents, manquen una coordinació i una atenció integrada dels serveis dels àmbits tant sanitari com social, d'Interior, educatiu o judicial.

La intervenció de salut és de caràcter assistencial i de tractament de les seqüeles de la violència. Es pot haver iniciat un procés judicial en els casos en què s'ha interposat denúncia (Secretaria de Salut Pública, 2019; DGAiA, 2018; Pereda N, 2018), per la qual cosa cal coordinació amb l'àmbit judicial i també amb altres àmbits (social, educatiu, d'Interior). En el context català, el procés judicial per confirmar el maltractament pot endarrerir-se fins a tres anys després de la interposició de la denúncia (Pereda N, 2018), cosa que exigeix coordinació per gestionar les intervencions dels diferents equips que participen en el cas i implica reptes en la proposta d'actuacions. Una manca d'atenció coordinada i centrada en els infants i adolescents pot fer que hagin d'explicar les vivències traumàtiques a diversos professionals i de forma repetida, cosa que pot agreujar encara més la seva situació.

Així, les portes d'entrada als serveis de salut davant la violència són múltiples. Un cop apareixen les seqüeles en salut mental, es fan intervencions psicològiques dirigides als infants i adolescents, habitualment amb les seves famílies cuidadores, i s'acorden els tractaments més adequats d'acord amb les guies clíniques internacionals, els recursos, el context i els acords dels principals implicats (infants, adolescents, famílies i professionals). Com s'ha esmentat, sovint, però no sempre, es manifesta una síntomatologia clínica en salut mental associada de forma immediata a aquest tipus d'esdeveniments violents i es fa necessari un seguiment per part dels professionals dels àmbits pediàtric i de la salut mental.

En les guies, els protocols d'actuació i les revisions es recomana que els infants i adolescents que presentin seqüeles de violència física o sexual rebin suport psicològic tant immediat com a llarg termini (Secretaria de Salut Pública, 2019; NICE, 2017; OMS, 2013 i 2017). En el nostre entorn hi ha diverses experiències que promouen un increment de la sensibilització davant la violència sexual i física per poder identificar-la i prevenir-la. Aquestes experiències també promouen millorar la coordinació entre els professionals de sectors diversos, com atenció primària, urgències, hospitals d'aguts, serveis de salut mental, unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva en edats pediàtriques i per a joves adults, serveis socials d'atenció primària i urgències, escoles, serveis judicials i policials i Interior, entre d'altres.

En un context macro i meso, el 2009 el Síndic de Greuges va elaborar un Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors. El 2017 el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies també va elaborar el seu protocol propi (Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya; DGAIA). Més recentment, en l'àmbit de la salut, la Secretaria de Salut Pública va publicar una actualització del Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut (2019). En aquest document es promou la unificació dels criteris per a la detecció i s'assenyala la necessitat

d'homogeneïtzar les terminologies i actuacions en el procés de detecció i diagnòstic de les necessitats, que inclou estratègies per al tractament de les seqüeles en la salut física i mental dels infants i adolescents que han viscut violència sexual o altres tipus de maltractaments.

A l'escala micro dels centres assistencials, destaquen els protocols interns desenvolupats per l'Hospital Universitari Sant Joan de Déu de Barcelona (guies clíniques d'atenció a les agressions sexuals infantojuvenils i protocol de tractament psicològic dels abusos i les agressions sexuals infantojuvenils, 2019), l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (protocol intern d'urgències, Equip EMMA i protocol d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron, 2020) i l'Hospital Germans Trias i Pujol (protocol intern d'urgències i protocol d'actuació davant d'agressions sexuals de la Unitat de Pediatria Social, que l'aplica des de fa 20 anys), en què s'inclouen intervencions psicològiques. Aquests protocols, i en concret el protocol d'actuació de la Secretaria de Salut Pública publicat el 2019, es focalitzen principalment en intervencions i estratègies per a la detecció i la prevenció de maltractaments, així com en activitats educatives i psicoeducatives dirigides als professionals. En alguns dels protocols clínics dels centres o proveïdors també s'inclouen intervencions psicològiques. En el context de l'actuació hospitalària, cal destacar també el Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual de l'Hospital Clínic de Barcelona, que des de 2018 es fa càrrec de l'atenció a la salut i el tractament de les adolescents d'entre 16 i 18 anys víctimes d'una agressió sexual a la ciutat de Barcelona, per encàrrec del Consorci Sanitari de Barcelona.^j Es tracta d'un programa integral i multidisciplinari d'atenció i tractament de les seqüeles psíquiques derivades de la violència sexual basat en més de 30 anys d'experiència en aquesta àrea.

Tot i les bones pràctiques en alguns centres i programes de diferents proveïdors de salut, les intervencions en l'àmbit de la salut mental, i específicament les dirigides a la població infantojuvenil i la violència, encara són lluny de ser accions coordinades i integrades a tot el territori. Una pràctica de referència que es vol destacar és la Casa dels Infants, basada en el model nòrdic Barnahus.^k Aquesta iniciativa impulsa una visió integrada i centrada en les persones per reduir l'impacte sobre els infants i adolescents i les famílies cuidadores en procés de verbalització, detecció i diagnòstic de seqüeles en la salut (física o mental) i l'actuació basada en necessitats. Aquesta experiència està en fase de prova pilot a Tarragona per promoure una visió integrada i de porta d'entrada única i minimitzar l'impacte negatiu sobre els infants i adolescents que han passat per una experiència violenta (Save The Children, Sota el mateix sostre).^l

Intervencions psicològiques seleccionades

Tot i que hi ha evidència de la necessitat d'intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual en el cas que apareguin símptomes, en el context català no s'ha documentat prou de forma sistemàtica l'evidència sobre quan cal intervenir o quin tipus d'intervenció cal administrar en funció del context (sistema sanitari o social; àmbit públic, concertat o privat; tipus de població, i perfil de risc). En les guies de pràctica clínica internacionals

j Sureda B. Programa de prevenció i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual de l'Hospital Clínic de Barcelona. Presentació disponible a: <http://www.aisbcn.cat/wp-content/uploads/2019/12/6-PrgSeq-Dones-v%C3%ADctimes.pdf>

k The Barnahus model: <https://www.barnahus.eu/en/about-barnahus/>

l Save the children. Sota el mateix sostre. Les Cases dels Infants: un recurs per atendre els nens i nenes víctimes d'abús sexual i les seves famílies a Catalunya. Disponible a: <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/sota-el-mateix-sostre-web-doble.pdf>

i governamentals de referència, com les del National Institute for Clinical Excellence (NICE), l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) o la mateixa OMS, es recomana la intervenció psicològica en cas de mostrar simptomatologia psicològica lleu (si es manté durant un mes), moderada o greu.

Malgrat aquestes recomanacions, en el nostre entorn encara no hi ha prou evidència de quin tipus d'intervencions ha funcionat millor per reduir l'impacte de la violència sexual o física sobre la població infantil i adolescent a mitjà i llarg termini. En el context català i, a escala estatal, en el Sistema Nacional de Salut tampoc no hi ha guies de pràctica clínica que permetin orientar en la indicació del tipus d'intervenció psicològica en funció dels perfils de risc de la població afectada o el context d'actuació en el sistema d'utilització pública. L'evidència consultada inicialment per acotar aquest projecte va confirmar la necessitat d'estudis robustos i de més qualitat metodològica en l'àmbit de la salut mental, la infància i l'adolescència i la violència.

La Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut va encarregar a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) una avaluació de l'evidència científica sobre una selecció d'intervencions psicològiques en el context de la violència física i sexual en la infància i l'adolescència, també algunes d'adreçades als joves ofensors i les famílies cuidadores. Es van seleccionar aquestes intervencions per ser les que s'aplicaven més freqüentment a la pràctica clínica rutinària dels centres del sistema d'utilització pública de Catalunya a fi de complementar la informació descrita en el Protocol d'actuació sanitària, que sobretot incorpora intervencions dirigides a detectar i diagnosticar necessitats i actuar de forma preventiva (Secretaria de Salut Pública, 2019). Aquest informe comissionat a l'AQuAS es va plantejar com a producte de transferència del coneixement sobre l'avaluació d'intervencions en salut mental en què principalment es descriurien i s'acordarien les característiques de les poblacions, les intervencions i els resultats més freqüents en la literatura i els seus beneficis i riscos en l'àmbit de la violència sexual i física en la infància i l'adolescència. De manera específica, aquest producte de transferència permetria facilitar l'elaboració de continguts per dur a terme activitats formatives per als professionals i centres implicats amb relació al desplegament del Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència de la Secretaria de Salut Pública i el Pla director de salut mental i addiccions del Servei Català de la Salut.

Es va acordar fer una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC) per part d'un equip multidisciplinari d'investigadores de l'AQuAS i expertes clíniques en psicologia, psiquiatria i pediatria infantojuvenil de Catalunya estretament vinculades al Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència. Així, en aquesta revisió sistemàtica s'aborda una descripció de les característiques, els beneficis i els riscos d'una selecció d'intervencions psicològiques dirigides tant a població infantil i adolescent que ha viscut violència física o sexual (en format individual, grupal o de forma conjunta amb les seves famílies cuidadores) com a joves ofensors que hagin actuat de forma violenta contra altres infants o adolescents (intervencions amb o sense les seves famílies o persones cuidadores):

- Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)
- Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)
- Teràpia familiar
- Psicoteràpia psicodinàmica focal
- Teràpies dirigides a joves ofensors

Aquestes intervencions psicològiques han estat promogudes per guies de referència com les del National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2013; 2017; 2018) o l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2013; 2017); incorporades a revisions sistemàtiques clau del National Institute for Health Research del Govern del Regne Unit (HTA, 2016), la Col·laboració Cochrane (2012; 2013) o l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2013), o a documents de consens d'institucions com l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2010) i universitats destacades amb finançament governamental (National Institute for Health Research), i promogudes en el marc d'actuació del Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència de la Secretaria de Salut Pública. Les intervencions seleccionades es consideren les més freqüentment implementades en el context de la pràctica clínica en salut mental en el sistema sanitari d'utilització pública de Catalunya (proveïdors públics i concertats) i en l'àmbit de l'atenció privada.

Les intervencions psicològiques seleccionades es descriuen a continuació:

Intervenció 1. Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma

La teràpia cognitiva conductual centrada en el trauma (TF-CBT pel seu nom en anglès, *trauma-focused cognitive behavioral therapy*)^m està indicada per a persones (en aquest cas, població infantil i adolescent) que han viscut una experiència traumàtica de violència o pèrdua. Les afectacions principals per a les quals està indicada són la simptomatologia de TEPT, els trastorns de l'estat d'ànim, la depressió i el trastorn del vincle.

L'objectiu de la TF-CBT és proporcionar intervencions psicològiques a l'infant o adolescent i també als progenitors o persones cuidadores principals (en les modalitats adaptades a progenitors / persones cuidadores, si escau). De fet, la TF-CBT sempre incorpora les persones cuidadores en sessions paral·leles com a element clau. Després hi ha altres intervencions basades en la CBT que les inclouen de manera més àmplia. Aquest tipus d'abordatge vol donar suport en la identificació d'emocions, pensaments i conductes i proporcionar les eines per fer-hi front. Els seus desenllaços principals són la millora dels símptomes de TEPT, depressió i ansietat, els trastorns de comportament externalitzants, les conductes sexualitzades, els sentiments de vergonya, les habilitats familiars i el suport a l'infant o adolescent.ⁿ

La TF-CBT té una durada habitual d'entre 8 i 25 sessions. Les fases habituals d'aquesta intervenció són les següents: 1) estratègies d'afrontament i estabilització, que inclouen la psicoeducació i l'entrenament d'habilitats parentals, relaxació, identificació i regulació emocional i reestructuració cognitiva; 2) narració i processament del trauma (reelaboració), narració del trauma i processament cognitiu, exposició en viu, i 3) consolidació i tancament (integració), que inclouen sessions conjuntes amb les persones cuidadores i els infants o adolescents, augment de la seguretat i desenvolupament futur.

Cal mencionar que actualment hi ha una versió de la TF-CBT també en fase experimental, la Game TF-CBT, que incorpora elements de joc (*game*), tal com fan altres perspectives psicoterapèutiques dirigides a infants i adolescents.

m Cohen, Mannarino i Deblinger, 1997.

n Referències: Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de niños: https://www.cochrane.org/es/CD001930/BEHAV_intervenciones-cognitivo-conductuales-para-el-abuso-sexual-de-ninos; i Organització Mundial de la Salut (OMS), 2013

Intervenció 2. Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars

La intervenció de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR pel seu nom en anglès, *eye movement desensitization and reprocessing*)^o es basa en l'estimulació bilateral dels dos hemisferis cerebrals amb moviments oculars, sons o copets (*taping*) per activar el processament de les memòries de l'esdeveniment traumàtic o records mitjançant la desensibilització i el reprocessament i desencadenar la remissió de la simptomatologia. Està indicat per a un ampli rang de símptomes i psicopatologies, específicament per al TEPT.^p També ha mostrat beneficis per al dolor crònic, la pèrdua i el dol, les fòbies, l'insomni i els trastorns d'ansietat.

El protocol estàndard de la intervenció té una durada recomanada d'entre 8 i 12 sessions i inclou vuit fases:^q 1) definició de la història del pacient; 2) preparació per a la intervenció (consentiment informat, disponibilitat, medicació si cal, indicació segons les consideracions diagnòstiques) i instal·lació d'un lloc segur; 3) pla de treball i mesura de les dianes terapèutiques, és a dir, els fragments de memòria o record traumàtic en forma d'imatges, cognicions, emocions o sensacions físiques (ICES) que seran reprocessats; 4) desensibilització i reprocessament mitjançant estimulació bilateral (principalment visual, però també tàctil o auditiva si hi ha diversitat funcional o un altre aspecte que no permeti la visual); 5) instal·lació (associació amb cognició positiva); 6) examen corporal (comprovació que no queden sensacions desagradables al cos després del processament dels records traumàtics); 7) tancament (supervisió de l'experiència) i 8) reavaluació de l'estabilitat dels canvis i les millores. El protocol per a infants i adolescents pot incloure variacions, sobretot pel que fa al component cognitiu o verbal.

Intervenció 3. Teràpia familiar

En l'encàrrec comissionat per la Secretaria de Salut Pública i el Pla director de salut mental i addiccions, inicialment es va sol·licitar la inclusió de teràpies familiars de reparació amb el mètode de Cloe Madanes, psicòloga experta en teràpia familiar en casos de violència sexual que adapta la teràpia i el *coaching* estratègic i aborda el penediment i la reparació amb la inclusió de la persona agressora en el procés terapèutic. En aquest tipus d'intervencions, que tenen una durada recomanada de deu sessions, el terapeuta desenvolupa una estratègia per reparar el dany provocat per un conflicte o problema que inclou la víctima i altres persones involucrades i es pot dur a terme amb o sense l'abusador. Entre els components habituals d'aquest tipus de teràpia familiar hi ha la psicoeducació, la revelació i la reparació o restauració de vincles.^r Les teràpies de reparació impliquen que l'ofensor dins la família s'incorpori amb els infants o adolescents a les intervencions psicològiques per reparar el dany per l'ofensa sexual. En el context català, la teràpia de Cloé Madanes es basava en la pràctica clínica utilitzada a la Fundació Concepció Juvanteny^s i està adreçada principalment a la població de menors ofensors amb les seves famílies.

A diferència de les dues intervencions anteriors (TF-CBT i EMDR), més específiques i homogènies quant a nomenclatura en la literatura inicialment consultada, les teràpies familiars presenta-

o Shapiro, 1989.

p Associació Americana de Psiquiatria, 2004.

q Referències: Adala Salud - Centro de Terapias (<https://www.adala-salud.com/emdr/>); Organització Mundial de la Salut (OMS), 2013.

r Madanes C. Teràpia familiar estratègica. Buenos Aires: Amorroutu, 2007.

s Fundació Concepció Juvanteny. Informació disponible a: <https://fcjuvanteny.org/>

ven més heterogeneïtat en la seva nomenclatura. A l'inici del projecte es va detectar que costava identificar evidència directament amb els termes "teràpia" i "Cloé Madanes" o "teràpia de reparació". Per aquest motiu, es van ampliar els termes de la cerca a "strategic family therapy" i "family therapy". Es va veure que hi havia escassa o nul·la publicació d'estudis avaluatius d'aquest tipus d'abordatges terapèutics de reparació que incloguessin l'ofensor i els infants i adolescents que havien viscut la violència sexual. En canvi, es va constatar que les intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que havien patit violència sexual o física o a joves ofensors es combinaven sovint amb teràpies conjuntes amb les seves famílies o persones cuidadores principals. Per aquest motiu, es va decidir descriure l'evidència de les teràpies familiars en termes més amplis (per exemple, teràpia sistèmica familiar) i implicar únicament les famílies protectores.

Intervenció 4. Psicoteràpia psicodinàmica focal

La psicoteràpia psicodinàmica focal (FPT pel seu nom en anglès, *focal psychodynamic psychotherapy*), també anomenada psicoteràpia psicodinàmica breu (ISTDP pel seu nom en anglès, *intensive short-term dynamic psychotherapy o brief psychodynamic psychotherapy*), és una intervenció basada en la psicoanàlisi en què es focalitza o visualitza un problema o conflicte concret (focus) com a objectiu a tractar i es treballa sobre aquest a la resta de les sessions que conformen la teràpia. Com que té uns objectius molt concrets, l'abast de la intervenció es limita a la seva resolució. Dins d'aquesta intervenció s'entén per focus un problema concret sobre el qual se centren els esforços i l'atenció tant del pacient com del terapeuta durant les sessions. L'expressió "psicoteràpia psicodinàmica" engloba una àmplia gamma de tractaments basats en conceptes i mètodes de l'orientació psicoanalítica (Farré, 2012) que, entre altres, inclouen la psicoteràpia psicodinàmica breu o focal i la psicoteràpia del joc (*play therapy*).

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. Per a població infantil o adolescent (0-15 anys) hi pot haver altres components com el joc (*play therapy*). Està indicada per tractar una afectació global (trauma), el seu abordatge també és genèric i té una durada aproximada d'un any. No és possible aplicar aquesta teràpia a persones que presenten trastorns greus de la personalitat o problemes psiquiàtrics (per exemple, trastorns psicòtics o de l'espectre autista).[†] Així, altres teràpies centrades en el trauma s'enfoquen en la gestió dels sentiments associats a aquest, com la por, amb estratègies d'exposició o de processament neuropsicològic. No se centren, però, en altres efectes dolorosos que acompanyen aquest tipus d'experiències traumàtiques, com la culpa, ni en altres aspectes de l'autoestima o les relacions interpersonals i el funcionament social que han quedat danyats (Cloitre, 2009), com fa la teràpia psicodinàmica.

Intervenció 5. Teràpia amb joves ofensors i les seves famílies

En aquest escenari hi ha intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors que hagin exercit la violència sexual o física cap a altres infants o adolescents que poden incorporar de forma conjunta la seva família o les persones cuidadores. Dins d'aquesta categoria d'intervenció es pot incloure qualsevol de les teràpies psicològiques descrites anteriorment (TF-CBT, EMDR, teràpia

[†] Referències: <https://psicologiaymente.com/clinica/terapia-psicodinamica-focal> i Cochrane Review. Psychoanalytic/psycho-dynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused: a systematic review. <https://ONLINELIBRARY.WILEY.COM/DOI/FULL/10.4073/CSR.2013.13>

familiar, psicoteràpia psicodinàmica breu), sempre dirigides a menors o joves que hagin actuat de forma violenta cap a altres menors. Entre els components habituals de les intervencions que es poden dirigir a joves ofensors hi ha els de la intervenció familiar, la transferència, el vincle, les habilitats relacionals, l'educació emocional, el suport en la resolució dels mecanismes de defensa o la identificació de l'agressor. Alguns dels joves ofensors també poden haver viscut episodis de violència física o sexual en la infància o l'adolescència.

Aquestes intervencions estan indicades per als trastorns de conducta i la violència i s'hi treballen el reconeixement del problema, la reparació del dany, les recaigudes i la millora de les habilitats socials, així com l'estat de salut mental i el benestar d'aquests adolescents.

Justificació de l'estudi

Com s'ha descrit més amunt, l'evidència inicial consultada per ajudar a definir l'abast d'aquest encàrrec va mostrar que, en relació amb algunes de les intervencions psicològiques mencionades, en la literatura principalment internacional es descriuen beneficis per a la millora de l'estat de salut mental, la funcionalitat psicològica i social i el restabliment del vincle familiar, així com per a la gestió i l'empoderament d'infants, adolescents i famílies cuidadores. No obstant això, l'evidència identificada mostrava força heterogeneïtat i manca de resultats robustos sobre l'eficàcia i l'efectivitat de les intervencions psicològiques valorades en infants, adolescents i famílies en el context de la violència sexual i física a curt i sobretot a mitjà i llarg termini. Tampoc no hi havia una revisió sistemàtica de les intervencions psicològiques seleccionades actualitzada en el context català i vinculada al Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència (Secretaria de Salut Pública, 2019).

La major part dels estudis identificats inicialment inclou assaigs experimentals i estudis quasiexperimentals amb un risc entre moderat i alt de biaixos, un baix nombre de casos i seguiments a curt termini. L'heterogeneïtat dels estudis es manifesta en la descripció de la diversitat de perfils sociodemogràfics i clínics i de necessitats de la població estudiada, en les mesures dels resultats o desenllaços per avaluar els beneficis i en les intervencions valorades. De nou, cal destacar el repte que suposa la diversitat de nomenclatures de les intervencions o teràpies psicològiques i els seus components terapèutics, que provenen de diferents escoles i poden presentar variants, fet que dificulta la comparació inicial dels seus resultats.

Tenint en compte el que s'ha exposat en els punts anteriors, es va acordar que aquest encàrrec comissionat inclouria una revisió de l'evidència d'una selecció d'intervencions psicològiques en l'àmbit de la violència física i sexual en la infància i l'adolescència. Així doncs, en aquest encàrrec es volen descriure les característiques de les intervencions psicològiques seleccionades i les poblacions ateses a partir de la literatura actual, així com els beneficis i riscos mostrats amb una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC).

Objectius

Objectiu general

Avaluar l'impacte d'una selecció d'intervencions psicològiques^u en la infància i l'adolescència en el context de la violència física i sexual a partir d'una revisió sistemàtica de l'evidència científica.

Objectius específics

Descriure les característiques dels estudis avaluatius sobre les intervencions psicològiques seleccionades dirigides a població infantil i adolescent (i a les seves famílies cuidadores) que ha viscut violència física i sexual.

Descriure les característiques dels estudis avaluatius sobre les intervencions psicològiques identificades en l'evidència dirigides a joves ofensors (violència física o sexual) i les seves famílies cuidadores.

Descriure l'evidència disponible sobre l'eficàcia, l'efectivitat i la seguretat de les intervencions psicològiques seleccionades en el context de la violència física i sexual a la infància i l'adolescència.

u 1. Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma, 2. Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars, 3. Teràpies familiars, 4. Teràpies psicodinàmiques i 5. Teràpies amb joves ofensors.

Metodologia

Aquesta RSEC es va desenvolupar aplicant la metodologia adaptada descrita en documents de referència que serveixen de guia per a l'elaboració i l'adaptació d'informes ràpids d'avaluació de tecnologies sanitàries i la guia per a l'elaboració de recomanacions, així com els criteris d'ús adequat de tecnologies sanitàries en el marc de la Xarxa espanyola d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries (RedETS), finançada pel Ministeri de Sanitat (Avalia-t, 2016; Manual RedETS; 2018), que és el marc de referència per a encàrrecs basats en aquesta metodologia a agències d'avaluació governamentals com l'AQuAS. Es van valorar les intervencions psicològiques dels estudis seleccionats extraient les característiques i els resultats de cadascun dels estudis inclosos i fent una revisió de revisions de l'evidència de forma narrativa (*umbrella review*).

A la **Taula 1** es mostren els elements clau de l'abast d'aquesta RSEC de revisions quant a la població, la intervenció, el comparador i els *outcomes* o desenllaços (PICO) inclosos. Aquests criteris han facilitat tot el procés de la RSEC des de les cerques sistemàtiques fins a l'extracció, la lectura crítica i la síntesi de l'evidència per part de l'equip de treball multidisciplinari. Aquest projecte se centra a descriure les intervencions i les poblacions seleccionades en l'evidència. Els aspectes d'adequació, accessibilitat, adherència o altres aspectes com ara els ètics o les preferències no s'han tingut en compte, ni tampoc altres qüestions com la confidencialitat de la informació o la formació que han de tenir els professionals que implementen les psicoteràpies. Aquesta RSEC se centra a descriure les característiques principals de les poblacions ateses, les intervencions psicològiques acordades, els beneficis mostrats i els riscos en termes d'impacte d'aquestes intervencions sobre la millora en l'estat de salut i altres resultats psicosocials (per exemple, restabliment de vincles o funcionament social).

Estratègies de cerca de la literatura

Es va definir un protocol que es va publicar al registre PROSPERO de la Universitat de York a finals de juliol de 2020 (CRD42020199152).

En la fase principal es van incorporar principalment RSEC publicades prèviament. Es van cercar estudis basats en un disseny de RSEC que incloguessin estudis primaris experimentals (assaigs controlats i aleatoritzats o ACA) o estudis primaris quasiexperimentals (assaigs clínics sense aleatoritzar o sense grup de control; estudis d'abans i després). En una segona fase, es van cercar estudis primaris basats en un disseny d'estudi experimental o quasiexperimental (ACA, assaigs clínics sense aleatoritzar o sense grup control, estudis d'abans i després) per complementar la fase principal d'identificació de RSEC.

Es van realitzar diverses cerques bibliogràfiques fins a definir les estratègies de cerca definitives i es va acordar prioritzar les RSEC publicades durant els darrers deu anys (per a la identificació de les més rellevants), ateses la diversitat, l'heterogeneïtat i la complexitat de les intervencions i poblacions d'estudi seleccionades. Es va decidir eliminar els duplicats de l'índex de RSEC de forma automàtica i manual, a partir de la lectura del resum, amb el gestor documental Mendeley i per parelles d'investigadores de l'equip de manera independent i, en cas de dubte, amb la lectura del document complet. Atesa l'heterogeneïtat present, es va decidir mantenir més d'una publicació del mateix estudi si es tractava d'una actualització, ja que els seus abasts podien ser parcialment

diferents (quant a intervencions, poblacions o desenllaços, objectius, límits metodològics i abordatges avaluatius).

Es van considerar estudis publicats en anglès, espanyol i català. Els termes i estratègies de cerca establerts per a les diferents bases de dades bibliomètriques estan a disposició dels interessats consultant a l'equip de recerca de l'AQuAS. Es va executar una cerca per a cada intervenció, població d'estudi i disseny d'estudi a cadascuna de les bases bibliomètriques o metacercadors utilitzats en aquest projecte. De manera específica es van consultar les fonts documentals i els metacercadors següents:

- **Pubmed/Medline**
- **Biblioteca Cochrane**
- **PROSPERO** (International Prospective Register of Systematic Reviews)
- **Tripdatabase PRO**, que inclou: *Cochrane, NICE, AHRQ, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), HTA, NHS EED*
- **Epistemonikos**, que inclou: *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Pubmed, EMBASE, CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PsycINFO, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), The Campbell Collaboration online library, JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, EPPI-Centre Evidence Library*

Taula 1. Elements clau per a la formulació de cerques sistemàtiques, la selecció, l'extracció i la síntesi de l'evidència seguint el format PICO*

(P) Població	(I) Intervencions	(C) Comparadors	(O) Outcomes
<p>Població infantil i adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fins als 18 anys – Que ha viscut episodis de violència física o sexual (amb o sense altres tipus: psicoemocional o abandonament) – Població amb i sense trastorn o psicopatologia diagnosticats (**) <p>Joves ofensors</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fins als 18 anys – Població de menors amb episodis de violència física o sexual cap a altres infants o adolescents <p>Famílies cuidadores (progenitors o persones cuidadores principals en el cas de teràpies combinades amb població infantojuvenil).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma 2. Desensibilització i reprocessament per moviments oculars 3. Teràpies familiars 4. Psicoteràpia psicodinàmica focal breu (i altres modalitats) 5. Teràpies amb joves ofensors 	<ul style="list-style-type: none"> – Altres intervencions psicològiques o psicosocials (tractament habitual, psicoeducatives o farmacològiques) – Sense grup de control o pacients en llista d'espera. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eficàcia clínica – Efectivitat clínica – Seguretat clínica <p>Vegeu el llistat de desenllaços acordats per l'equip de treball per classificar els beneficis o riscos basats en l'evidència inicialment consultada i l'experiència clínica de l'equip.</p>

(* PICO: població, intervenció, comparador i *outcomes* (desenllaços). (**) Els més freqüents són: trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), trastorn depressiu major i trastorns relacionats, trastorn d'ansietat i altres trastorns relacionats amb el trauma, símptomes dissociatius, trastorns del son; trastorn per dèficit d'atenció (TDAH); trastorn negativista desafiant; trastorn dissociatiu; trastorns de la conducta alimentària; autolesions (a: Non-Suicidal Self-Injury; Macdonald M. G, 2016; Secretaria de Salut Pública, 2019; Cochrane 2012, 2013)

Identificació i selecció d'estudis

Una persona de l'equip de treball d'AQuAS va executar les cerques amb la revisió d'un segon investigador i d'un documentalista sènior (AQuAS).

Els resultats de cada cerca (una per a cada intervenció i base de dades bibliomètrica) es van bolcar al gestor documental Mendeley i els duplicats van ser eliminats de forma automàtica i manual per una persona de l'equip. Per parelles i de manera independent, es va valorar la inclusió de cada publicació identificada a partir del seu resum, aplicant els criteris d'inclusió i exclusió descrits en el protocol acordat (vegeu l'**annex 6**). En cas de dubte, una tercera persona de l'equip va valorar la inclusió a partir del resum o el text complet.

Per acabar de valorar la seva inclusió, dues investigadores de l'AQuAS (en la major part dels casos) i una investigadora clínica van fer una lectura crítica del text complet dels estudis acordats de forma independent i van extreure la informació clau en un document d'Excel. En reunions periòdiques se'n va acordar la inclusió definitiva i es va continuar amb l'extracció de l'evidència i la seva integració.

Es van considerar alguns criteris inicials de qualitat metodològica de les RSEC relatius a la descripció dels aspectes següents: a) criteris d'inclusió o exclusió; b) cerques de literatura en almenys dues bases bibliomètriques; c) nombre total d'estudis identificats o inclosos i exclosos; d) format o escala per avaluar la qualitat metodològica o el risc de biaix dels estudis inclosos, i e) desenllaços i resultats rellevants. En el cas dels estudis primaris, es van eliminar tots els estudis basats en revisions ad hoc no sistemàtiques, articles d'opinió o d'experts.

El procés de selecció i consideració dels estudis inclosos i exclosos està descrit en el diagrama PRISMA de la **figura 1** (vegeu l'apartat de resultats). Al llarg del projecte es van aplicar els criteris de selecció d'estudis que es resumeixen en l'**annex 6**.

Avaluació de la qualitat metodològica i el risc de biaix

Es va dur a terme una lectura crítica dels estudis inclosos. La qualitat metodològica i el risc de biaix també es van avaluar per parelles (una investigadora de l'AQuAS i una investigadora clínica, amb la discussió virtual per Teams entre dues investigadores de l'AQuAS i les investigadores clíniques de l'equip per consensuar les puntuacions finals; **annexos 2 i 3**) i, com en l'apartat anterior, es van resoldre les possibles discrepàncies amb una tercera persona de l'equip. En funció del tipus de publicació (RSEC o estudi primari) i del disseny de l'estudi (experimental o quasiexperimental), es van utilitzar diferents escales:

- **AMSTAR-2**: es va aplicar aquesta escala de qualitat metodològica general per a RSEC de revisions i RSEC que inclouen ACA i estudis quasiexperimentals narratives o amb metaanàlisi. Aquesta escala inclou 18 ítems i permet descriure la qualitat global com a elevada, moderada, baixa o críticament baixa.
- **RoB 2.0**: es va aplicar com a escala de risc de biaix per als ACA. L'eina **RoB 2.0** (eina revisada de Cochrane per al risc de biaix) inclou 22 o 23 ítems i permet valorar el risc de biaix de forma global com a alt, moderat, baix o dubtós.
- **ROBINS-I**: es va aplicar aquesta escala per valorar els estudis quasiexperimentals inclosos. L'escala **ROBINS-I** inclou 34 ítems i permet valorar el risc de biaix de forma global com a alt, moderat, baix o crític.

Extracció i síntesi de l'evidència

Es va utilitzar un formulari per a l'extracció de la informació de cada estudi inclòs (Excel), tenint present que no s'aplicaria el sistema GRADE (que implica extreure l'evidència en el desenllaç i no globalment per RSEC) ni es faria una agregació quantitativa de les dades, sinó que es faria una anàlisi qualitativa amb síntesi narrativa de l'evidència en termes globals i tenint en compte una sèrie de variables d'estratificació:

- Tipus de població (infantil, adolescent, famílies o persones cuidadores, joves ofensors)
- Tipus d'intervenció (teràpia cognitiva conductual focalitzada, teràpia EMDR, teràpia familiar, psicoteràpia psicodinàmica focal breu i teràpia amb joves ofensors i les seves famílies)
- Qualitat metodològica dels estudis inclosos

Es van excloure els estudis en què s'avaluaven les intervencions psicològiques seleccionades dirigides de forma exclusiva a població adulta que hagués viscut violència sexual o física o altres tipus de violència en la infància o l'adolescència o a adults ofensors que haguessin abusat d'infants o adolescents. Els estudis mixtos es van incloure i se'n van extreure, en la mesura possible, la informació i l'evidència de l'interval d'edat pertinent. En el cas dels estudis d'avaluació d'intervencions psicològiques, es van incloure els estudis d'intervencions adreçades a les famílies o persones cuidadores principals si eren intervencions conjuntes amb els infants i adolescents (abusats o maltractats, o ofensors).

Es va fer una anàlisi descriptiva de les característiques següents: objectius, tipus de disseny d'estudi, país i tipus d'institució dels coautors principals, nombre d'estudis inclosos en el cas de les RSEC, termes clau utilitzats en la publicació i finançament.

Es van classificar les poblacions en els tres grups de l'estudi: infants i adolescents que havien viscut violència sexual o física, familiars cuidadors i joves ofensors. Es van descriure les mides mostrals, el nombre d'infants i adolescents i l'interval d'edat, així com el tipus de violència i el problema de salut mental present.

Tot i que no es va aplicar la metodologia GRADE, es van celebrar reunions inicials per acordar els desenllaços (*outcomes*) principals més rellevants per tipus de població i intervenció clau. Aquests desenllaços es van proposar d'acord amb la revisió de la literatura preliminar i l'experiència en el context clínic de l'equip de treball, que es descriuen a la **taula 2** i en el protocol d'estudi.

Dues o tres persones de l'equip van bolcar els desenllaços i resultats (beneficis i riscos) de cada RSEC inclosa al formulari d'extracció. Atesa l'heterogeneïtat de les escales mostrades, per tal de validar els beneficis i els riscos i simplificar la síntesi, es van presentar els desenllaços específics principals mostrats pels autors dels estudis acompanyats de la classificació dels desenllaços generals (taula 2). També es van mostrar els resultats quantitius d'eficàcia, efectivitat i seguretat clíniques per intervenció (vegeu els estimadors quantitius més endavant). Es va fer una anàlisi qualitativa del contingut a partir de la informació disponible en el formulari d'extracció per classificar els beneficis i els riscos.

Taula 2. Desenllaços generals acordats per l'equip de treball d'acord amb l'evidència inicial revisada i l'experiència en el context clínic

Beneficis en infants i adolescents:

- Millora del benestar psicològic i emocional
- Millora del funcionament social i el rendiment
- Restabliment de vincles
- Reducció de la simptomatologia associada
- Millora de la qualitat de vida relacionada amb la salut
- Reelaboració del trauma
- Millora de l'autocontrol i l'autoeficàcia

Beneficis en famílies cuidadores:

- Empoderament i autoeficàcia
- Restabliment del vincle
- Millora de la relació entre les famílies o persones cuidadores i els infants o adolescents
- Millora del funcionament social i la vida diària
- Reducció del malestar (culpa, ansietat o depressió)

Beneficis en joves ofensors:

- Millora del benestar psicològic i emocional
- Millora del trastorn de conducta
- Millora del funcionament social i el rendiment
- Restabliment de vincles
- Millora de l'autocontrol i l'autoeficàcia
- Reducció del volum de nous episodis d'abús sexual o maltractament físic

Efectes adversos o riscos potencials:

- Victimització secundària (augment de la simptomatologia de salut mental o psicosocial)
- Augment dels episodis d'abús o maltractament (en el cas de joves abusadors)

S'han ordenat els resultats dels estudis segons la qualitat metodològica global (robustesa general) a partir de cinc criteris ad hoc definits per l'equip de treball: disponibilitat de diagrames de flux amb estudis inclosos i exclosos i motius de l'exclusió; termes i períodes de cerca; característiques dels estudis inclosos; com avaluen la qualitat i altres criteris metodològics, i puntuació global d'AMSTAR-2 (vegeu la **taula 12 i 18** dels **annexos 2 i 3**, respectivament).

Els estimadors de l'efecte (beneficis, extrets de la literatura) es van expressar en forma de mitjana i desviació estàndard abans i després de la intervenció, oportunitat relativa (OR), risc relatiu (RR), dimensions de l'efecte (*effect sizes*) o diferència estandarditzada de les puntuacions mitjanes (*standardized mean difference*, SMD). Es va descriure de forma narrativa la presència d'heterogeneïtat dels estudis (característiques de la població estudiada, disseny de l'estudi, components de les intervencions a valorar, comparadors i tipus d'escala o mesures per calcular els *outcomes*), així com les limitacions i consideracions esmentades pels seus autors.

Resultats

Tal com es mostra a la **figura 1**, es van obtenir 1.069 resultats. Una vegada eliminats els duplicats, es van valorar 681 resums. En aquest procés es van excloure 574 publicacions. En una segona ronda es van valorar les 107 publicacions restants a text complet i 64 d'aquestes van ser excloses. Els motius d'exclusió van ser diversos: intervencions diferents de les seleccionades, població adulta, població infantil o adolescent que no havia viscut episodis de violència física o sexual, duplicitats o dissenys d'estudi diferents dels seleccionats.

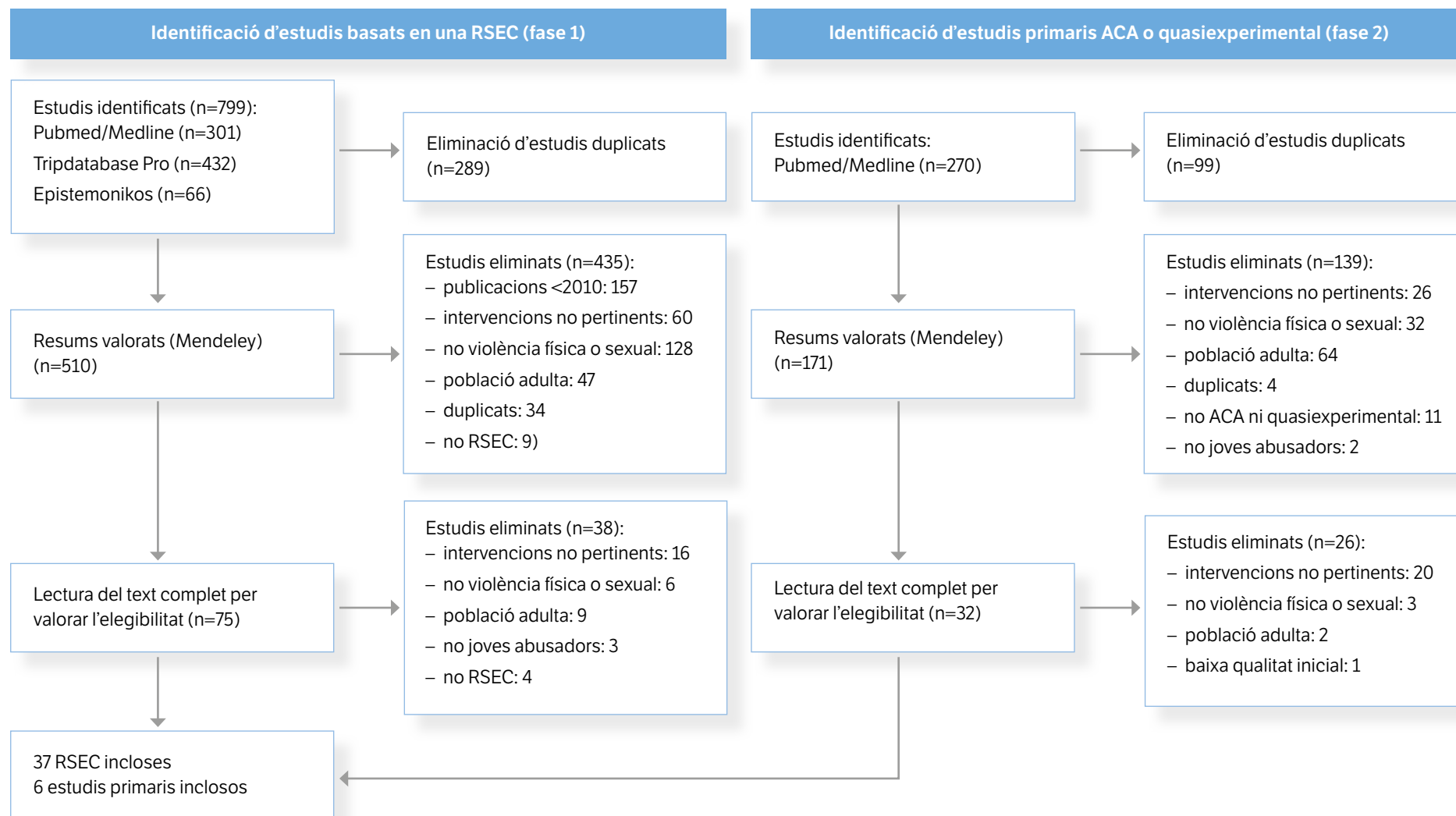
Finalment es van incloure 43 publicacions, de les quals 37 són RSEC i 6, estudis primaris. De les RSEC incloses, 29 estaven dirigides a avaluar intervencions psicològiques en infants i adolescents (amb o sense la seva família cuidadora) que havien viscut episodis de violència física o sexual i 8, a avaluar intervencions psicològiques en joves ofensors amb violència contra altres persones (**figura 2**).

En l'annex es poden consultar amb més detall les característiques generals dels estudis inclosos i els resultats de la valoració de la qualitat metodològica.

Figura 2. Descripció resumida de les característiques dels estudis inclosos quant a població, intervenció i qualitat (n=37).

Intervenció	N. RSEC	N. RSEC qualitat elevada	Interval edat mitjana	% de nenes	Típus violència predominant
1 TF-CBT	25/37	9	2,8-17,4	58,0-100	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents
2 EMDR	14/37	6	2,4-18,1	NI-100	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents
3 Teràpia familiar	26/37	6	2,5-17,3	34,6-100	Violència sexual, física o altres negligències
4 Psico-dinàmica	10/37	4	2,7-17,5	52,0-100	Violència sexual, maltractament o múltiples esdeveniments violents
5 Teràpies joves ofensors	8/37	0	12,7-17,2	NI-0	Violència sexual, física o altres ofenses

Figura 1. Diagrama de flux amb els estudis identificats, inclosos i exclosos i els motius d'exclusió a les fases 1 i 2.



Font figura PRISMA: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Per obtenir més informació, visiteu: <http://www.prisma-statement.org/>

1

Descripció de resultats de les intervencions psicològiques



Descripció de resultats de les intervencions psicològiques

Intervenció 1. Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma

Nombre d'estudis. Població general

De les 37 RSEC incloses, 25 estaven adreçades a avaluar l'eficàcia o l'eficiència de la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) o altres modalitats de CBT. Més de la meitat d'aquestes també incloïen estudis primaris amb altres modalitats més àmplies de CBT i, en concret, 4 RSEC incloïen només modalitats més àmplies de CBT (Rosa-Alcázar, 2010; Hetrick, 2010; Lorenc, 2020; Viswanathan, 2020). Altres també incloïen intervencions de CBT amb infants i adolescents i familiars cuidadors (**taula 4 i annex 2**).

Totes van incloure població infantil i adolescent en un interval d'edat d'entre 0 i 24 anys i un interval d'edat mitjana de 2,8-17,4 anys. Els participants van ser majoritàriament de gènere femení; hi havia set revisions amb estudis exclusivament adreçats a nenes o noies i uns altres set amb població mixta (amb entre un 54,2% i un 82,6% de nenes o noies, **taula 4 i annex 2**). La resta de RSEC incloses no descriuen en detall la distribució per gènere dels participants en els estudis inclosos. Catorze d'aquestes RSEC van incloure també famílies cuidadores o persones cuidadores principals, sigui perquè la publicació incloïa també teràpies familiars, sigui perquè es tractava de diferents modalitats de TF-CBT que incorporen les famílies cuidadores o persones cuidadores principals, com s'ha esmentat anteriorment.

Població. Salut mental

Globalment, els problemes de salut mental més freqüents en la població estudiada tenien relació amb la simptomatologia o el diagnòstic de TEPT (82%, **taula 14**). En gairebé la meitat d'aquests estudis el TEPT va anar acompanyat d'altres trastorns o símptomes internalitzants, principalment depressió i ansietat. També es descriuen casos de trastorns de conducta, externalitzants o conductes sexualitzades.

Població. Tipus de violència

Gairebé totes les RSEC incloses estaven adreçades a població infantil o adolescent que ha viscut episodis de violència sexual en combinació amb altres tipus de violència, com ara física o emocional, o altres negligències (8 i 16 publicacions, respectivament; **taula 4 i annex 2**). En una publicació es van incloure estudis amb violència física sense violència sexual, tot i haver-hi altres tipus de negligències (Rosa-Alcázar, 2010). Cal destacar que, tot i que la major part de les RSEC es focalitza en l'àmbit domèstic (principalment la llar), onze RSEC inclouen l'exposició a altres experiències vitals greus i violentes com ara accidents, desastres naturals o guerres, situacions de dol o fins i tot tortures (Chen, 2018; Gillies, 2016; Gillies, 2012; Leenarts, 2013; Lester, 2019; Lewey, 2018; Lorenc, 2020; Mavranouzouli, 2020; Miller-Graff, 2016; Purgato, 2018; Retzlaff, 2013).

Intervenció. Durada i seguiment

La intervenció es va administrar en un mínim de 3 i un màxim de 20 sessions, tot i que el més freqüent va ser un interval d'entre 8 i 12 sessions amb una durada d'entre 45 i 90 minuts (**annex 2**). També es van observar intervencions amb durades mínimes de 30 minuts i màximes de 120 minuts. Cinc de les RSEC incloses no van informar de la durada de la intervenció (Leenarts, Lewey, Lorenc, Mavranouzouli, Purgato). Quant al temps de seguiment, aquest variava entre les diferents

RSEC incloses. Set publicacions no informaven del temps de seguiment o bé aquest no estava disponible (Choudhary, de Medeiros, Hetrick, Lewey, Lorenc). Entre les RSEC que sí que n'informaven, es van trobar estudis amb un seguiment des d'un mínim de 3 setmanes fins a un màxim de 6 anys, tot i que la major part de períodes de seguiment eren d'entre 3 i 18 mesos.

Intervenció. Professionals i comparadors

Tot i que en vuit de les publicacions incloses no es descriu el tipus de professional que va liderar les sessions terapèutiques (Bennett, de Medeiros, Goldman-Fraser, Leenarts, Lewey, Linstrom-Johnson, Lorenc, Miller-Graff), la major part va ser conduïda per terapeutes clínics, inclosos psicòlegs i psiquiatres, i altres professionals amb formació relacionada amb la salut mental. En la meitat de les RSEC incloses s'informa del lloc on es van administrar les sessions, que era força variable: des d'hospitals, clíniques de salut mental infantil o infantojuvenil, consultes ambulatòries de salut mental, serveis comunitaris i escoles fins a domicilis.

Els comparadors més habituals eren des de pacients en llista d'espera sense intervenció fins a altres tractaments habituals (corresponents a altres intervencions diferents de la TF-CBT).

Desenllaços

Els desenllaços estudiats de les RSEC incloses per a la intervenció de TF-CBT estaven adreçats principalment a la reducció de la simptomatologia associada (**taula 5 i taula 6**). Específicament es va mesurar la reducció dels símptomes relacionats amb el TEPT, que, com s'ha esmentat, és el trastorn de salut mental més descrit, tot i que amb molta variabilitat en el tipus d'escalas i no sempre explícit, si es mostraven símptomes o un diagnòstic de TEPT. També es van trobar de manera generalitzada desenllaços relacionats amb la millora del benestar psicològic i emocional, el funcionament social i el rendiment i el restabliment de vincles.

Beneficis i riscos mostrats

Globalment, tal com s'observa a la **taula 5** i la **taula 6**, les RSEC incloses van mostrar efectes positius sobre els desenllaços estudiats. Totes les que avaluaven la reducció dels símptomes relacionats amb el TEPT descrivien efectes positius. En unes altres també es descrivien reduccions dels símptomes de depressió (Choudhary, Gillies, 2016; Gillies, 2012; Macdonald M.G, 2016; Viswanathan) i ansietat (Macdonald M.G, 2016; Macdonald, 2012). Respecte als trastorns de conducta, en dues RSEC es descrivia una millora (Goldman-Fraser, Howarth) i en una altra no es van trobar diferències en la conducta externalitzant o sexualitzada després de la intervenció (Macdonald M.G, 2016). En general, i principalment d'acord amb les RSEC de més qualitat metodològica, els efectes eren positius (**taula 6**). Pel que fa a la reducció dels símptomes de TEPT, Gillies *et al.* van descriure efectes a curt termini estadísticament significatius en dues publicacions (SMD: -0,37, CI 95%: entre -0,55 i -0,19 i SMD: -1,34, CI 95%: entre -1,79 i -0,89; Gillies, 2016 i Gillies, 2012, respectivament). També van descriure un petit efecte positiu de la CBT sobre l'EMDR (SMD: 0,06, CI 95%: entre -0,44 i 0,56; Gillies, 2012). Goldman-Fraser *et al.* van descriure una millora dels símptomes de trauma ($d = 0,40-0,70$) per a la TF-CBT respecte a controls (intervencions no especificades). Macdonald G.M (2016) també va descriure una millora de la simptomatologia de TEPT en joves víctimes d'abusos sexuals (SMD: -0,44, CI 95%: entre -4,43 i -1,53), així com en joves exposats a altres tipus de violència diferents de la sexual (mean (M) = 11,34, SD 10,52 versus M = 16,87, SD 11,49; $d = 0,51$; $p = 0,001$). Mavranezouli va trobar una reducció significativa de la TF-CBT respecte a la llista d'espera en la reducció de la simptomatologia de TEPT (SMD: -2,94, CI 95%:

entre -3,94 i -1,95 per a la teràpia individual i SMD: -0,91, CI 95%: entre -1,48 i -0,34 per a la teràpia grupal). Pel que fa a la depressió, en alguns dels treballs es van mostrar petites o moderades reduccions significatives (SMD: -0,80, CI 95%: entre -1,47 i -0,13, Gillies, 2012; SMD: -2,83, CI 95%: entre -4,53 i -1,13, Macdonald, 2016; SMD: 1,9, CI 95%: entre -4,0 i -0,4, Macdonald, 2012). Respecte a l'ansietat, en algunes de les RSEC incloses es descrivia un efecte estadísticament significatiu (SMD: -0,23, CI 95%: entre -0,03 i -0,42, Macdonald, 2016; SMD: 0,23, CI 95%: entre 0,3 i 0,4, Macdonald, 2012) o cap diferència (Gillies, 2012; Goldman-Fraser). Altres trastorns (de conducta, externalitzants, internalitzants, sexualitzats) van mostrar resultats mixtos o no es van trobar diferències significatives.

En la major part de RSEC incloses en què es descriuen els beneficis i riscos de la TF-CBT o altres modalitats de la CBT no s'aportaven dades sobre els possibles riscos associats a l'administració de la teràpia. En la RSEC de Gillies (2012) es revisaven esdeveniments adversos relacionats amb l'autolesió i les conductes suïcides, mentre que no s'identificava cap d'aquests esdeveniments en els estudis primaris inclosos. En l'estudi de Macdonald (2016) es considerava la impossibilitat d'extreure conclusions fermes sobre l'efectivitat i també quines intervencions no mostraven cap benefici o risc per als infants que presenten perfils de maltractament diversos. En una RSEC de menor qualitat (Lester, 2019), en dos estudis primaris es mostraven efectes adversos en l'augment de les conductes sexualitzades (1 no RCT; Broning, 2010) i en un altre estudi avaluatiu (Evans, 2017), una reducció de l'assistència escolar en infants i joves adolescents menors de 18 anys.

En qualsevol cas, els autors explicitaven que els resultats eren poc extrapolables i que havien de ser interpretats amb cautela, atès que en molts casos l'evidència no era prou robusta (a causa del disseny d'estudi no aleatoritzat, una mida mostral petita o altres problemes metodològics, així com la manca de significació estadística). Tot i això, d'acord amb els resultats descrits, la TF-CBT sembla ser una de les intervencions més utilitzades i, malgrat les limitacions, refermades per l'evidència disponible sobre els seus beneficis per a la població infantil i adolescent que ha viscut violència sexual o maltractament físic, principalment.

Intervenció 2. Teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)

Nombre d'estudis. Població general

De les RSEC incloses en aquesta revisió, 14 estaven adreçades a avaluar l'eficàcia o l'eficiència de la teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR), que té una nomenclatura i unes tècniques documentades més homogènies, en comparació amb la resta d'intervencions (**taula 4** i **annex 2**).

En totes s'inclouïa població infantil i adolescent en un interval d'edat d'entre 2 i 24 anys, amb un interval mitjà d'entre 2,4 i 18,1 anys. En una RSEC s'inclouïen familiars i persones cuidadores (Lewey), una altra corresponia a un estudi mixt de població menor i adulta (Chen) i en unes altres dues també s'inclouïen joves adults (Lorenc, Macdonald, 2016) (**annex 2**). En cinc RSEC no s'informava sobre el gènere dels participants en els estudis inclosos (Miller-Graff, Sánchez de Ribera, Goldman-Fraser, Lewey, Lorenc), mentre que unes altres tres RSEC estaven adreçades exclusivament a nenes o noies. En les dues RSEC restants s'inclouïen tant estudis mixtos com estudis només amb nenes o noies; per tant, la població estudiada era majoritàriament femenina.

Població. Salut mental

Totes les RSEC estaven focalitzades en el TEPT, que podia anar acompanyat d'altres símptomes (depressió, ansietat) o trastorns (de conducta, externalitzants, sexualitzats). Només una RSEC estava adreçada a joves amb símptomes internalitzants i externalitzants sense incloure el TEPT (Goldman-Fraser) i en una altra es descriuen les característiques de l'estat de salut mental com a desenllaç (Macdonald, 2016). (**annex 2**).

Població. Maltractament

Pel que fa al tipus de maltractament, en totes les RSEC s'inclouen estudis amb població que havia viscut violència sexual. En tres RSEC s'inclouïa específicament la violència sexual (Macdonald, 2012; McTavish, Sánchez de Ribera), mentre que les altres vuit corresponien a estudis mixtos en què es combinava la violència sexual amb altres tipus de violència (física), múltiples traumes i, fins i tot, altres situacions de violència (violència a la comunitat, accidents, desastres naturals).

Intervenció. Durada i seguiment

La durada de la intervenció en les RSEC incloses abastava un interval d'entre 3 i 20 sessions i l'interval més habitual era d'entre 3 i 12 sessions amb una durada mitjana mínima de 45 minuts i màxima de 110 minuts (**annex 2**). El temps de seguiment informat de l'EMDR en les RSEC incloses era heterogeni. De les onze RSEC en què es parla de l'EMDR, en tres no es descriu el temps de seguiment després de la intervenció (Lewey, Lorenc, Miller-Graff). En global, es van trobar estudis amb un seguiment mínim de dues setmanes i estudis amb un temps de seguiment màxim de dos anys, amb un període de seguiment mitjà d'entre 1 i 14 mesos.

Intervenció. Professionals i comparadors

En cinc de les RSEC no s'especifica quin era el perfil professional de qui va administrar la teràpia (Chen, Mavranzouli, Miller-Graff, Lorenc, Goldman-Fraser). Com en el cas anterior, s'hi va trobar força variabilitat, però el perfil més freqüent era el de terapeuta clínic. En la meitat de RSEC no s'informa d'on van tenir lloc les sessions. Entre les que sí que n'informen, s'observa una important varietat d'escenaris: clíniques de salut mental o violència sexual, hospitals, unitats de psiquiatria ambulatories, escoles o serveis comunitaris. Els comparadors per a la intervenció eren diversos: des de la llista d'espera fins a altres tractaments habituals diferents de l'EMDR.

Desenllaços

En totes les RSEC incloses en què es descriu l'EMDR s'informava sobre desenllaços adreçats a la reducció de la simptomatologia associada i, com en el cas de la intervenció 1, específicament a la reducció dels símptomes relacionats amb el TEPT en la població infantil i adolescent (**taula 5** i **taula 6**). En alguns estudis també es van tenir en compte altres desenllaços relacionats amb la reducció de la simptomatologia (depressió, ansietat), però també amb la millora del benestar psicològic i emocional i el funcionament social i el rendiment, així com el restabliment dels vincles.

Beneficis i riscos mostrats

Com s'indica a les **taules 5** i **6**, els resultats d'eficàcia i efectivitat de la intervenció EMDR variaven entre les RSEC incloses. Els autors de les diferents RSEC descriuen l'efecte positiu d'aquesta teràpia com a petit, especialment en el maneig de la simptomatologia del TEPT i, en alguns casos, la depressió, l'ansietat o les conductes externalitzants.

En concret, Gillies (2016) i Mavranouzouli (2020) van descriure una reducció significativa i efectes positius elevats de l'EMDR pel que fa a la simptomatologia del TEPT (SMD: $-0,77$, CI 95%: entre $-1,61$ i $0,06$ i SMD: $-0,99$, CI 95%: entre $-1,76$ i $-0,23$, respectivament) en comparació amb controls que incorporaven el tractament habitual, les llistes d'espera o altres intervencions psicològiques. Tot i així, els autors d'aquestes revisions van valorar la qualitat de l'evidència en aquests estudis com a baixa. En altres estudis no es van trobar diferències estadísticament significatives en els símptomes relacionats amb el TEPT ni tampoc en altres trastorns com els externalitzants o la conducta sexualitzada en fer la comparació amb controls actius que incloïen altres intervencions (Chen, 2018; Goldman-Fraser, 2013; Macdonald, 2016). En aquests casos, el comparador habitual per a l'EMDR eren les teràpies CBT. Destacaven la variabilitat dels estudis primaris i el menor grau de diferència abans i després en fer la comparació amb l'efecte descrit per a altres teràpies com la TF-CBT, la teràpia del joc (abordatge psicoanalític) o la psicoteràpia familiar combinada amb altres components o tècniques. Tot i descriure alguns efectes positius, en les RSEC en què es valorava el nivell de certesa dels resultats els autors li donaven un valor baix i, a més, indicaven la necessitat de disposar d'evidència de més qualitat per poder establir conclusions i recomanacions robustes.

Com en el cas de les RSEC en què s'avaluava l'impacte de la TF-CBT, en la majoria dels estudis no es valoraven els efectes adversos o riscos d'aquestes intervencions ni en quines condicions no és adequada la seva prescripció (vegeu l'apartat anterior).

Intervenció 3. Teràpia familiar

Nombre d'estudis. Població general

De les RSEC incloses en aquesta revisió, 26 estaven adreçades a avaluar l'eficàcia o l'eficiència de les teràpies familiars (**taula 4 i annex 2**). Una part d'aquestes teràpies inclou intervencions basades en modalitats familiars de la CBT. D'altra banda, en sis de les 26 RSEC amb teràpies familiars (Dopp, Enebrink, Rhoden, Sydow, Långström, van der Stouwe) no s'incorporava població infantil o adolescent que ha viscut violència, sinó que eren estudis adreçats a avaluar les teràpies familiars en una població de joves ofensors. Aquests estudis s'inclouen i es descriuen en l'apartat dedicat a les intervencions dirigides a joves ofensors (intervenció 5).

De les vint RSEC incloses per avaluar les teràpies familiars en població menor que ha viscut violència, en totes s'incorporava població infantil i adolescent, tret d'una que estava centrada exclusivament en la població adolescent (Viswanathan, 2020), amb les seves famílies o persones cuidadores. L'interval d'edat dels participants era d'entre 0 i 18 anys, amb un interval mitjà d'entre 2,5 i 17,3 anys. En tres de les RSEC no s'informava sobre el gènere dels participants (Lorenc, Cary, Choudhary). Tret d'una publicació adreçada exclusivament a nenes i noies (Mavranouzouli I, 2019), en totes les RSEC es van incloure poblacions mixtes d'infants o adolescents, amb un interval d'entre el 34,3% i el 85,5% de nenes o noies.

Població. Salut mental

En tretze de les RSEC incloses s'inclouïen participants amb simptomatologia de TEPT, en molts casos acompanyada d'altres símptomes relacionats amb la depressió, l'ansietat i els trastorns de conducta. En la resta s'inclouïa població amb conductes internalitzants i externalitzants o altres trastorns afectius o de conducta. En dues RSEC (McTavish i Macdonald, 2016) s'inclouïen els problemes de salut mental com a desenllaços i no com a característiques de l'estat de salut de la població estudiada.

Població. Maltractament

Pel que fa al tipus de maltractament, tret d'un estudi focalitzat en el maltractament físic, la negligència i altres (Rosa-Alcázar, 2010), en totes les RSEC s'inclouen estudis amb població que havia viscut violència sexual. La majoria, a més, també se centrava en altres tipus de maltractament en l'àmbit domèstic (maltractament psicològic o emocional, negligència, exposició a violència domèstica o familiar).

Intervenció. Durada i seguiment

La durada de la intervenció en les RSEC incloses abastava un interval d'entre 3,9 i 50 sessions (el mínim descrit en una sola RSEC, Lindstrom Jonhson, i el màxim descrit a Bennet). Tanmateix, el més habitual era un interval d'entre 12 i 16 sessions (**annex 2**). En poques RSEC s'informava de la durada mitjana de les sessions, que oscil·lava entre els 42,5 i els 92,5 minuts (Cary, Choudhary, Gillies, 2016; Gillies, 2012; McTavish, de Medeiros).

El temps de seguiment informat per a les teràpies familiars en les RSEC incloses era heterogeni (**annex 2**). D'aquestes, en quatre 4 no es descrivia el temps de seguiment després de la intervenció (de Medeiros, Lorenc, Rosa-Alcázar, Choudhary). En global, es van trobar estudis amb un seguiment mínim de tres setmanes i estudis amb un seguiment posterior a la intervenció d'un màxim de dos anys (McTavish). La mitjana de períodes de seguiment eren d'entre 1,3 i 10 mesos.

Intervenció. Professionals i comparadors

En set de les RSEC no s'informava d'on van tenir lloc les sessions (Bennett, Cary, Leenarts, Lindstrom-Johnson, Lorenc, Mavrazenouli, Rosa-Alcázar). En la resta, s'esmentaven els serveis de salut mental i els serveis socials i comunitaris. El perfil que administrava les sessions era majoritàriament el de terapeuta clínic (psicòlegs i psicòlegs comunitaris, psiquiatres), però també era habitual el perfil de treballador social amb formació en salut mental. Els comparadors per a la intervenció anaven des de la llista d'espera, sense tractament, fins a altres tractaments habituals diferents de les teràpies familiars.

Desenllaços

Pel que fa als desenllaços dels quals s'informava en les RSEC incloses en què es descrivien les teràpies familiars es va trobar força heterogeneïtat. Els adreçats a la població infantil i adolescent tenien relació amb la reducció de la simptomatologia associada (reducció dels símptomes de TEPT, depressió, ansietat), la millora del benestar psicològic i emocional i el funcionament social i el rendiment, així com amb el restabliment dels vincles. Respecte als desenllaços en familiars i persones cuidadores, aquests es focalitzaven en l'empoderament i l'autoeficàcia, així com en el restabliment de vincles, la reducció del malestar i la millora de la relació entre les famílies cuidadores o persones cuidadores principals i els infants i adolescents (**taula 5** i **taula 6**). Tot i tractar-se d'intervencions familiars, només en cinc publicacions s'inclouen dades i desenllaços de les famílies o persones cuidadores i una d'aquestes era una RSEC amb població mixta amb adults.

Beneficis i riscos mostrats

Com s'ha mencionat abans, les intervencions combinades d'infants i adolescents que han viscut violència amb les seves famílies estan molt presents en la literatura consultada (20 RSEC de 29). Els resultats més específics pel que fa a l'eficàcia i l'efectivitat de les intervencions psicològiques familiars mostrada en els estudis inclosos es poden consultar a la **taula 5** i la **taula 6**. Els resultats de les RSEC de més qualitat metodològica també presentaven una elevada heterogeneïtat i, mal-

grat que mostraven beneficis en la reducció de l'impacte de les seqüeles en infants i adolescents, els estudis primaris inclosos, a més d'heterogeneïtat, presentaven unes limitacions importants, com succeïa en els estudis en què s'avaluaven les intervencions de TF-CBT i EMDR descrites abans.

En la majoria de RSEC sobre teràpies familiars s'inclouïa una avaluació de diverses intervencions i com a components de les CBT. En l'estudi de Barlow (2015), en què s'aplicaven intervencions de psicoteràpia per a infants i progenitors (PIP), es mostraven millores en la proporció d'infants que incrementaven el vincle segur després de la intervenció (RR: 8,93, CI 95%: entre 1,25 i 63,70, en dos estudis amb una evidència de molt baixa qualitat) i es reduïa el nombre d'infants que presentaven un estil de vincle d'evitació en les puntuacions després de la intervenció (RR: 0,48, CI 95%: entre 0,24 i 0,95, en dos estudis amb una evidència de baixa qualitat). Quant als estudis mixtos en què s'inclouïen diverses avaluacions d'intervencions psicològiques, s'observava que la teràpia familiar mostrava beneficis en la reducció dels símptomes de TEPT al cap d'un mes de la intervenció (RR: -0,53 CI 95%: entre -0,94 i -0,12, un estudi), en comparació amb grups de control (Gillies, 2016). De forma específica, s'observava que la CPT-CBT mostrava efectes moderats en comparació amb controls actius (altres intervencions) en la reducció dels símptomes de trauma en infants que havien estat maltractats físicament ($d = 0,61$, un estudi). No s'observaven diferències estadísticament significatives per a altres trastorns internalitzants o externalitzants. En la RSEC de MacTavish (2019) es consideraven intervencions de TF-CBT dirigides de forma conjunta a infants i adolescents i persones cuidadores (interval $n =$ entre 32 i 395) comparades amb controls (llistes d'espera, no CBT o narrativa del trauma) i es mostraven efectes petits en quatre estudis. No es mostraven efectes o bé aquests eren petits o moderats pel que fa a l'impacte d'aquest tipus d'intervencions psicològiques en la reducció dels símptomes d'internalització: cap efecte o un efecte petit en la reducció de l'ansietat o la depressió i cap efecte o un efecte moderat en la reducció del TEPT. Els efectes en els símptomes externalitzants eren nuls o petits (iguals o inferiors a 0,5) en quatre estudis. En l'estudi de Goldman-Fraser (2013) es mostraven estudis primaris amb un efecte positiu de la CPT-CBT superior al dels grups de control actius (altres intervencions) en la reducció de la simptomatologia relacionada amb el trauma en infants i adolescents que havien viscut maltractament físic ($d = 0,61$, un estudi). Viswanathan (2020) mostrava que en un dels estudis primaris inclosos (Brent, 1997) els símptomes de depressió eren menors en les intervencions amb CBT en comparació amb la teràpia sistèmica familiar (TSF) i els grups de control (teràpia de suport no dirigida), tot i que les diferències mostrades no eren estadísticament significatives. Els adolescents mostraven puntuacions més baixes en els grups d'intervenció que en els controls (CBT individual: 8,0, TSF: 15,0 i grup de control: 16,7; $n = 63$, $2 = 0,85$), amb un percentatge de remissió d'aquest tipus de simptomatologia internalitzant del 80,0, el 50,0 i el 50,0, respectivament, en aquests tres grups ($n = 63$, $2 = 5,76$). Finalment, Macdonald (2016) presentava tres estudis en què s'incorporava la teràpia multisistèmica familiar (MST) amb resultats heterogenis. En un d'aquests estudis primaris sobre l'MST es mostraven certs beneficis pel que fa a la reducció de la simptomatologia de TEPT (percentatge de reducció dels símptomes relacionats amb el TEPT autodeclarats en adolescents, $n = 90$) des del 18% en el basal fins al 9% al cap de 16 mesos, en comparació amb el grup de control, que va rebre intervencions ambulatories del 19% en el basal i el 21% en el seguiment posterior.

Com en el cas de les intervencions psicològiques descrites anteriorment, en la majoria de les RSEC en què s'avaluen les teràpies familiars o bé no es descriuen els riscos o bé s'explicita que aquests no es mostren en els estudis primaris inclosos. En tres de les RSEC valorades en què sí es mencionen, s'explicita un empitjorament de les mesures de resultat valorades després de la

intervenció o en el seguiment (Barlow, 2015), la retraumatització i l'estrès de les persones cuidadores (Goldman Frase, 2013) o incertesa sobre els beneficis i riscos o esdeveniments adversos en els estudis individuals inclosos (Viswanathan M, 2020).

En definitiva, amb els resultats presentats no queda clara l'eficàcia o l'efectivitat de les intervencions familiars, probablement a causa de l'elevada heterogeneïtat dels components de la intervenció, les poblacions i els desenllaços adreçats tant a la població infantil i adolescent com a les famílies i persones cuidadores. La majoria dels autors expliciten la necessitat de disposar de dades més robustes i una evidència de més qualitat per poder formular recomanacions sobre aquestes intervencions, com en les intervencions valorades anteriorment.

Intervenció 4. Psicoteràpia psicodinàmica

Nombre d'estudis. Població general

De les RSEC incloses en aquesta revisió, deu estaven adreçades a avaluar l'eficàcia o l'eficiència de les psicoteràpies psicodinàmiques o d'algun dels seus components, com la teràpia del joc (**taula 4 i annex 2**). La nomenclatura "psicodinàmica focal", tot i estar present en els termes de cerca, no sempre era explícita en les RSEC incloses. En totes s'inclouïa població infantil i adolescent fins als 18 anys, en dos estudis s'inclouïen familiars cuidadors o persones cuidadores principals i hi havia un estudi mixt de població menor i adulta.

Població. Edat i gènere

L'interval d'edat dels participants era d'entre 0 i 24 anys, amb un interval mitjà d'entre 2,7 i 17,5 anys i l'interval més habitual d'entre 0 i 18 anys. En dues publicacions no es descrivia el gènere dels participants (Choudhary, Sánchez de Ribera). Entre les publicacions en què sí s'informava del gènere, hi havia des d'estudis exclusivament adreçats a nenes o noies fins a estudis mixtos amb una mitjana del 52% de nenes o noies (**annex 2**).

Població. Salut mental

En cinc de les RSEC incloses els participants presentaven simptomatologia de TEPT, a més d'altres símptomes relacionats amb la depressió i l'ansietat o la conducta sexualitzada. En tres RSEC també es descrivien trastorns com els internalitzants i externalitzants (Howarth, Mavranouzouli, Sánchez de Ribera) i en unes altres, anorèxia i personalitat borderline (Abbass), o vergonya o culpa (Choudhary).

Població. Maltractament

Quant al tipus de maltractament, en les vuit RSEC s'inclouïen estudis amb població que havia viscut violència sexual. En quatre, a més, s'inclouïa el maltractament físic; aquestes es corresponien amb estudis mixtos amb infants i adolescents que patien múltiples traumes com ara violència domèstica o accidents (Gillies, Howarth, Macdonald, 2016; Mavrazenouli).

Intervenció. Durada i seguiment

La durada de la intervenció era variable i oscil·lava entre un mínim de cinc sessions i un màxim de 46 sessions, amb un interval mitjà d'entre 8 i 24 sessions. Només en dues RSEC s'informava sobre la durada en minuts de les sessions, que oscil·lava entre 45 i 120 minuts (Gillies, 2016) i 30 i 45 minuts (Choudhary). En una altra RSEC (Sánchez-Meca) s'informava sobre la durada en nombre d'hores totals de la intervenció (de 3,8 a 161 hores).

En les RSEC incloses el temps de seguiment en els estudis d'intervencions psicodinàmiques era heterogeni (**annex 2**). Es van trobar estudis amb un seguiment mínim de dues setmanes i estudis amb un temps de seguiment màxim de dos anys, amb un període de seguiment mitjà després de la intervenció d'entre 1 i 82 mesos, tot i que en la majoria de casos el seguiment no anava més enllà dels 12 mesos.

Intervenció. Professionals i comparadors

En quatre de les RSEC no s'informava del lloc on es van administrar les sessions (Abbass, Mavranzouli, Sánchez de Ribera, Sánchez-Meca). En les altres es parlava de diversos escenaris: des de clíniques universitàries i centres de salut mental fins a domicilis, escoles i instal·lacions comunitàries. Els professionals que van administrar la intervenció eren terapeutes clínics, inclosos psiquiatres, psicòlegs i altres professionals amb formació en salut mental. També s'hi anomenaven professionals d'altres disciplines, especialment treball social. Només en una RSEC no s'informava sobre el tipus de professional que va administrar la intervenció (Abbass).

Els comparadors més utilitzats en els estudis recollits en les RSEC incloses eren la llista d'espera, sense tractament, o altres tractaments (teràpies actives diferents de les psicodinàmiques).

Desenllaços

En les RSEC incloses sobre psicoteràpies psicodinàmiques s'informava sobre desenllaços adreçats a la reducció de la simptomatologia associada, com la somatització, els canvis d'humor, els trastorns de conducta o els símptomes relacionats amb el TEPT en la població infantil i adolescent (**taula 5 i taula 6**). En alguns estudis es van tenir en compte altres desenllaços relacionats amb la reducció de la simptomatologia (depressió, ansietat), però també la millora del benestar psicològic i emocional i, en el cas de les teràpies combinades amb familiars cuidadors o persones cuidadores principals, la millora dels vincles i la reducció de la simptomatologia externalitzant dels infants i adolescents.

Beneficis i riscos mostrats

En la majoria dels estudis en què s'avaluaven les intervencions psicodinàmiques s'incorpora un component anomenat *play therapy* (teràpia del joc, **taula 4, taula 5 i taula 6**). En una de les poques RSEC en què s'avaluava només aquest tipus d'abordatges —tot i que es feia en poblacions mixtes amb diversos esdeveniments adversos i trastorns de la salut mental— (Abbass, 2013), en l'estudi en què s'incorporaven infants i adolescents que havien viscut violència sexual es van mostrar efectes postintervenció elevats pel que fa a la reducció dels símptomes de psicopatologia general (1,26, CI 95%: entre 0,84 i 1,68) i la reducció de queixes somàtiques (1,34, CI 95%: entre 0,51 i 3,19), així com efectes entre moderats i elevats en la reducció de l'ansietat ($g = 0,78$, CI 95%: entre 0,54 i 2,10), l'estat d'ànim ($g = 0,70$, CI 95%: entre 0,19 i 1,59) i els trastorns de personalitat ($g = 0,79$, CI 95%: entre 0,41 i 1,16). En aquest estudi es mostraven efectes positius de les intervencions psicodinàmiques en el funcionament social dels infants i adolescents, tot i que eren petits i estadísticament no significatius (funcionament interpersonal després de la intervenció: 0,41, CI 95%: entre 0,26 i 1,07).

En les RSEC incloses amb millor qualitat metodològica, com Gillies (2016), es mostrava una reducció de la simptomatologia vinculada al TEPT a curt termini afavorint a més la CBT i l'EMDR, amb un efecte petit en el cas de la teràpia del joc (*play therapy*, SMD: 0,21, CI 95%: entre -0,56 i

0,98, en un estudi en què aquesta teràpia era part del grup de control). S'observava un efecte postintervenció elevat pel que fa a la reducció dels símptomes del TEPT en el component de la teràpia del joc en comparació amb controls en llista d'espera (SMD: -1,35, CI 95%: entre -2,48 i -0,20, $n = 83$), tot i que no era estadísticament significatiu. En la RSEC de Sánchez de Ribera (2020), es presentaven els resultats de cinc metanàlisis amb múltiples intervencions psicològiques dirigides a reduir l'impacte de les seqüeles de la violència sexual durant la infància i l'adolescència, incloses les teràpies del joc i les intervencions psicodinàmiques amb desenllaços específics comuns relacionats amb la reducció de la simptomatologia internalitzant i externalitzant i altres símptomes, com les conductes sexualitzades o l'estrès posttraumàtic.

A nivel global, els efectes eren heterogenis, amb una magnitud petita en comparar les intervencions basades en la CBT amb altres intervencions psicològiques (per exemple, la teràpia del joc, $d = 0,47$, CI 95%: entre 0,31 i 0,64, Trask *et al.*) i uns efectes moderats sobre la simptomatologia externalitzant de les intervencions combinades de CBT, teràpia del joc, teràpia de suport, teràpia psicodinàmica i teràpia humanística ($d = 0,66$, CI 95%: entre 0,54 i 0,79, Sánchez Meca). En la metanàlisis de l'estudi de Sánchez Meca (2011) de es van combinar els efectes de les intervencions i es va observar que les TF-CBT combinades amb la teràpia de suport o un element de la psicodinàmica (per exemple, la teràpia del joc) mostraven els beneficis més elevats —CBT + teràpia de suport ($d+ = 1,74$) i dos grups en què es combinaven CBT + teràpia de suport + teràpia del joc ($d+ = 1,34$)— en el desenllaç agregat global en comparació amb els grups de control. L'efecte de la psicodinàmica era moderat ($d+ = 0,76$), tant quan s'avaluava sola com quan es combinava amb la CBT (CBT + teràpia psicodinàmica, $d+ = 0,62$), en els beneficis globals postintervenció. Quant als riscos d'aquestes intervencions psicològiques, en la majoria de RSEC en què s'avaluaven no es valoraven o no es mostraven efectes adversos. En una RSEC en què es valoraven diverses modalitats i tipus d'intervencions es descrivia la manca d'evidència robusta sobre els potencials beneficis i efectes adversos d'aquestes.

Com s'indica a les **taules 5 i 6**, en vuit RSEC es comparava aquesta psicoteràpia amb altres intervencions, com la TF-CBT, l'EMDR o altres tipus d'intervenció. De nou, es destacaven la variabilitat dels subestudis primaris, la seva heterogeneïtat i les seves limitacions metodològiques, així com la necessitat de disposar d'evidència de millor qualitat per poder establir conclusions i recomanacions robustes, segons els autors.

Intervenció 5. Teràpies amb joves ofensors i les seves famílies

Nombre d'estudis. Població general

Per a la identificació d'estudis sobre intervencions psicològiques adreçades a una població de joves ofensors (violència sexual o física cap a altres infants o adolescents), els criteris van ser més amplis i no es van acotar per tipus d'intervenció psicològica específica. Es van identificar vuit RSEC adreçades a avaluar l'eficàcia o l'eficiència de les teràpies psicològiques en una població de joves ofensors menors de 18 anys i en dues RSEC també s'incorporaven intervencions conjuntes amb les seves famílies. Els tipus d'intervenció psicològica més freqüents per als estudis en joves ofensors eren la teràpia cognitiva conductual (CBT) i la teràpia de l'abús sexual (SOT), que incorpora components de la CBT. De les vuit RSEC sobre joves ofensors, en cinc també s'inclouien les teràpies familiars, entre les quals destaquen les teràpies sistèmiques, com la teràpia sistèmica familiar (SFT), la teràpia multisistèmica familiar (MFT) o, de forma específica, la MST-CAN per a

joves que presenten episodis de violència sexual o física cap a altres menors. En alguns estudis inclosos en aquestes RSEC s'incorporava una població mixta d'adolescents ofensors i adults abusadors (Enebrink, Hockenhull) (**taula 7 i annex 3**).

Població. Edat i gènere

La gran majoria d'estudis estaven adreçats a la població adolescent, tret d'una RSEC en què també s'incorporava població infantil (a partir de 9,2 anys) en combinació amb estudis mixtos d'entre 18 i 22 anys (Sydow) i una altra en què s'inclouien joves fins als 21 anys (Rhoden). L'interval d'edat mitjà de la població estudiada era d'entre 12,7 i 17,2 anys i l'interval d'edat més habitual era d'entre 14 i 16 anys (**taula 7 i annex 3**). Hi havia variabilitat entre el gènere de la població estudiada; tanmateix, globalment, en les RSEC incloses, tot i presentar alguns estudis només amb nenes o noies, es presentaven més estudis amb nens o nois que en les intervencions anteriors.

Població. Salut mental

En tres de les RSEC no es descrivien possibles problemes de salut mental de la població de joves ofensors estudiada. En les altres es descrivien problemes de conducta, comportament antisocial greu i fins i tot TEPT (**annex 3**).

Població. Maltractament

Respecte al tipus d'abús perpetrat pels joves inclosos en aquests estudis, vuit RSEC estaven adreçades a joves ofensors que presentaven episodis de violència cap a altres infants o adolescents a més d'una combinació de tipus de maltractaments com el físic (tres RSEC), psicològic o altres delictes violents (maltractaments i delictes mixtos, quatre RSEC).

Intervenció. Durada i seguiment

Atès que en aquest apartat s'inclouen diferents intervencions per a una mateixa població de joves ofensors, en molts casos es fa difícil establir la durada de les intervencions i els temps de seguiment. El més comú van ser les intervencions amb una durada d'entre 20 i 40 setmanes i alguna va durar fins a 24 mesos (Enebrink).

Intervenció. Professionals i comparadors

En sis RSEC s'informava sobre el lloc on es van dur a terme les intervencions, que variava notablement: a domicilis, escoles, serveis comunitaris, sota tutela o a presó, a clíniques de salut mental, serveis d'emergències o ambulatoris. Només en tres RSEC s'informava sobre el professional que les administrava i la informació disponible es limitava a terapeutes o supervisors amb formació per a les intervencions específiques (Rhoden, van der Stowe, Sydow). Els comparadors per a les intervencions recollits en aquestes RSEC eren tractament habitual, sense tractament, supervisió o tutela dels serveis comunitaris corresponents i fins i tot placebo (**annex 3**).

Desenllaços

Quant als desenllaços, estaven adreçats principalment a la prevenció o reducció dels episodis de violència com a recidives (**taula 8 i taula 9**). També es van trobar desenllaços relacionats amb la reducció dels trastorns de conducta i externalitzants i els episodis de violència o amb el benestar psicològic dels adolescents. Pel que fa als desenllaços en progenitors o persones cuidadores principals, aquests es focalitzaven en l'empoderament i l'autoeficàcia, així com en el restabliment de vincles.

Beneficis i riscos mostrats

Les intervencions psicològiques en joves ofensors que han abusat sexualment o han maltractat altres menors són menys freqüents en la literatura i en la major part de les RSEC de millor qualitat trobades es combinaven intervencions amb les seves famílies o persones cuidadores principals (**taula 8 i taula 9**). La majoria d'estudis publicats en RSEC són estudis mixtos d'adults amb joves ofensors i es fa difícil visualitzar les edats, els tipus de delictes i els components de les intervencions. En la RSEC de Corabian (2010) es mostra un estudi (Schmucker i Losel) en què es constata que les intervencions dirigides de forma exclusiva a joves ofensors que havien abusat sexualment d'altres menors presentaven un risc incrementat de reducció de les recidives sexuals i no sexuals (OR: 2,35, CI 95%: entre 1,01 i 5,43) en comparació amb les intervencions dirigides a adults ofensors (OR: 1,43, CI 95%: entre 1,08 i 1,90). Els efectes mixtos en termes de recidives eren estadísticament significatius en la intervenció de teràpia de l'abús sexual (SOT), que incloïa un abordatge basat en la CBT en els grups d'intervenció en comparació amb els grups de control i mostrava un efecte petit en els adolescents ofensors (OR: 0,24, CI 95%: entre 0,09 i 0,65). En dues RSEC de millor qualitat es mostraven els beneficis de la MST (teràpia multisistèmica) sobre les recidives en joves ofensors. En la RSEC d'Enebrink (2011) es mostrava un risc relatiu de 0,41 (CI 95%: 0,16; 1,03) en les recidives sexuals en comparació amb el grup de control, malgrat que s'observava un 21% de recidives en aquest darrer grup. Finalment, en un dels estudis primaris inclosos en la RSEC de Långström (2016) es comparaven la MST i la CBT (Borduïn, n = 24) amb un efecte petit sobre la prevenció de recidives (RR: 0,18, CI 95%: entre 0,04 i 0,73). Per a les teràpies amb components de CBT, els efectes positius descrits eren petits o limitats quan es comparaven amb teràpies diferents de la CBT o la llista d'espera. Els efectes semblaven una mica més consistents quan es combinaven les intervencions psicològiques, tot i que s'observaven heterogeneïtat, limitacions dels estudis primaris i necessitat de continuar investigant per mostrar evidència més robusta.







2

Taules de resultats de les intervencions psicològiques en infants i adolescents que han viscut violència sexual o física

En aquesta secció es presenten els resultats que fan referència a la població infantil i adolescent que ha viscut violència sexual o física amb intervencions psicològiques seleccionades, amb o sense les seves famílies cuidadores.









Taula 4. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Barlow J, 2015 UK [1]	No	No	Sí 3 Parent-infant psychotherapy (PIP); dyadic intervention	No	No	– Infants i adolescents – Famílies /persones cuidadores	Violència sexual, física, emocional i altres negligències	ACA i quasi-experimentals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Gillies D, 2016 (+) Austràlia [2]	Sí 1 CBT (including both cognitive and behavioural components), Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT)	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Family therapy	No Nota: si com a grup de control: teràpia psicodinàmica comparada amb CBT	No	– Infants – Adolescents – Famílies /persones cuidadores	Violència sexual, altres tipus de maltractament/negligència	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Gillies D, 2012 (+) Austràlia [3]	Sí 1 CBT (cognitive behavioural therapy), Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT)	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Family based therapy	Sí 4 Pyschodynamic therapy	No	– Infants – Adolescents – Famílies /persones cuidadores	Violència sexual, física, per guerra o comunitària	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta







(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Goldman Fraser J, 2013 (+) EUA [4]	Sí 1 TF-CBT (trauma-focused-cognitive behavioural therapy)	Sí 2 EMDR (eye movement desensitisation reprocessing)	Sí 3 CPT-CBT (combined parent-child cognitive behavioural therapy); ABC (Attachment and biobehavioral catch-up), CPP: child-parent psychotherapy	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ – persones cuidadors	Violència sexual, civil, desastres naturals, exposició a violència domèstica i altres	ACA (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Hetrick S, 2010 (+) Austràlia [5]	Sí 1 Cognitive and/or behavioural approaches (including exposure therapy and trauma-focused CBT)	Sí 2 EMDR (eye movement desensitisation reprocessing)	No	Sí 4 Psychodynamic treatments	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual	ACA (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Macdonald G, 2016 (+) Regne Unit [6]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT), Abuse-focused CBT or CBT	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Attached based interventions, family/systemic Interventions, multisystemic therapy	Sí 4 Interventions based on psychoanalytic theories, offered to child or parent-child dyads;	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ – persones cuidadores	Violència sexual, física, emocional, negligència, altres violències mixtes, exposició a violència domèstica	ACA, quasi-experimentals i observacionals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta







(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Purgato M, 2018 (+) Itàlia [7]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT); Altres formes de CBT	No	No	No	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual, física, dol, exposició a violència domèstica, tortura, altres	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Sánchez de Ribera O, 2020 (+) Uruguai [8]	Sí 1 Cognitive behavioural therapy (CBT) Abuse specific-trauma, TF-CBT, altres tipus de CBT	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	No	Sí 4 Psychodynamic therapy	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	RSEC amb metanàlisi	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Viswanathan M, 2020 EUA [9]	Modified cognitive behavioural therapy(*)	No	Sí 3 Family therapy; attachment-based family therapy, systemic behaviour family therapy	No	No	– Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, relacions sexuals no desitjades i altres (exposició a violència sexual, domèstica, maltractament psicològic).	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Alta







(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. (*) No s'especifica si són teràpies cognitives conductuals focalitzades en el trauma (TF-CBT).

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Sánchez-Meca J, 2011 (+) Espanya [10]	Sí 1 Cognitive behavioural trauma focused treatment (TF-CBT)	No	No	Sí 4 Psychodynamic therapy, play therapies	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual	RSEC amb metanàlisi	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Moderada
Abbass A, 2013 Canadà [11]	No	No	No	Sí 4 Short-term Psychodynamic Psychotherapy (STPP)	No	– Infants i adolescents	Violència sexual	ACA* (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Bennett R, 2020 (+) Regne Unit [12]	Sí 1 Trauma-Focus Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT); CBT Group Parents; General CBT with TF-CBT elements**	No	Sí 3 Child Parent Psychotherapy (CPP; attachment relationship) Individual & Parent, Individual; Letting the future in -Individual Parents Conjoint; TBRI (Trust Based Relational Intervention; Trauma informed parenting)	No	No	– Infants i adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, emocional i altres negligències	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa









(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. (*) Es menciona que la PIP inclou un model psicodinàmic (origens a Selma Fraiberg; Fraiberg, 1975 i 1980). (**) Elements: per exemple, psychoeducation, copying and expressing emotions.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Howarth E, 2017 (+)*** Regne Unit [13]	Sí 1 Trauma-focused Child Behavioural Therapy (CBT), Psychotherapy CBT McWhirter Psychotherapy CBT	No	Sí 3 Child-parent psychotherapy multicomponent family intervention, Lieberman Psychotherapy (attachment)	Sí 4 Play therapy, Psychotherapy Kot Play therapy	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, exposició a violència domèstica	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Macdonald G, 2012 (+) Regne Unit [14]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT), trauma affect regulation,	No	Sí 3 Adolescent and Parents-Adjudicated and At-Risk Youth	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Mavranezouli I, 2020 (+) Regne Unit [15]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT), CBT for post traumatic stress (PTSD), group TF-CBT	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Family therapy; child-parent psychotherapy	Sí 4 Combined somatic/ cognitive therapies only included emotional freedom technique	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, accidents, violència domèstica, desastres naturals; en la majoria d'estudis es descriu un índex de traumes sense explicitar-ne el tipus.	ACA (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. (***) Psychotherapy (including play therapies; es descriuen components).

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
McTavish JR, 2019 (+) Canadà [16]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT); Individual and group, Trauma narrative of TF-CBT	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Group based CBT, Risk reduction through family therapy	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Lester S, 2019 Regne Unit [17]	Sí 1 Multicomponent interventions with focus on cognitive behavioural therapy (CBT)*	Sí 2 Eye movement desensitization and reprocessing	No	No	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual, física, verbal o emocional, altres negligències	ACA (també estudis qualitius i consulta a experts; RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Chen R, 2018 Xina/Regne Unit [18]	No	Sí 2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	No	No	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual, física, traumes múltiples (incloses tortura, violència)	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Lorenc T, 2020 Regne Unit [19]	Sí 1 Cognitive behavioural therapy (CBT)	Sí 2 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	Sí Parent-child interaction therapy	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, altres tipus de negligències, maltractament emocional, sense sostre, infants sota tutela legal	RSEC narrativa	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. (*) Aproximació més ampla de la CBT.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Cary CE, 2012 (+) EUA [20]	Sí 1 TF-CBT (trauma focus-cognitive behavioural therapy),	No	Sí 3 Mother and child cognitive behavioural therapy (CBT)	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, exposició substancial a violència, altres esdeveniments greus	ACA (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general: Baixa Qualitat AMSTAR-2: Baixa
Leenarts LE, 2013 (+) Països Baixos [21]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF- CBT)	Sí 2 Eye movement desensitization and reprocessing	Sí 3 Child and Family Traumatic Stress Intervention, Risk reduction through family therapy (RRFT), Family CBT	Sí 4 Time limited dynamic psychotherapy for adolescents (TLDP-A)	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, accidents, desastre natural, exposició a violència domèstica, altres	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general: Baixa Qualitat AMSTAR-2: Baixa
Choudhary V, 2016 (+) Índia [22]	Sí 1 Trauma focused CBT (TF-CBT)	No	Sí* 3 CBT family i cognitive behavioural therapy (CBT) child; family therapy	Sí 4 Play therapy	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general: Baixa Qualitat AMSTAR-2: Críticament baixa
Kim, 2019 Corea [23]	Sí 1 Trauma-focused Child Behavioural Therapy (CBT),	No	No	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Qualitat AMSTAR-2: Críticament baixa





(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
de Medeiros C, 2010 Brasil [24]	Sí 1 Cognitive behavioural therapy (CBT) for Abused child and adolescents; Trauma-focus cognitive behavioural therapy (TF-CBT)*	No	Sí 3 Parental CBT Family CBT	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general: Baixa Qualitat AMSTAR-2: Críticament baixa
Lewey JH, 2018 (+) EUA Comentari crític editorial Ross, 2019 [25]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT)	Sí 2 Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)	No	No	No	– Infants – Adolescents	Violència sexual, física, accident, desastre natural, guerra, atacs terroristes, abús emocional, exposició a violència domèstica, altres	ACA i quasi-experimentals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general: Baixa Qualitat AMSTAR-2: Críticament baixa





(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. (*) Elements: per exemple, psychoeducation, copying and expressing emotions.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Lindstrom Johnson S, 2018 (+) EUA [26]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT)	No	Sí* 3 Dyadic filial therapy, parenting training and individual + group therapy for children. Combined parent-child cognitive behavioural therapy (CBT) +systemic therapy, parent child interaction therapy.	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, exposició a violència domèstica, familiar	ACA i quasi-experimentals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa
Miller-Graff LE, 2016 (+) EUA [27]	Sí 1 Trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT); Altres formes de CBT	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR)	Sí 3 Risk reduction through family therapy, cognitive behavioral group for parents-children, child-parent psychotherapy(*)	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	– ACA: exposició a violència, en la majoria de casos no se'n descriu el tipus (sobretot violència social i per guerra), violència sexual – Quasi-experimentals: en la majoria de casos, violència sexual	ACA i quasi-experimentals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa

(+) Inclou altres teràpies o intervencions (per exemple, narrative exposure therapy, prolonged exposure therapy). (*) En el 56% dels 74 estudis inclosos s'incorpora un component dirigit a progenitors o persones cuidadores.

Taula 4 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies, resultats RSEC).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Tipus de disseny	Qualitat metodològica global RSEC
Retzlaff R, 2013 Alemanya [28]	No	No	Sí 3 Family systemic therapy, multisystemic therapy (MST)	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, altres tipus de maltractament, negligències	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa
Rosa-Alcázar Al, 2010 (+) Espanya [29]	Intervencions conductuals	No	Sí 3 Teràpia sistèmica familiar, teràpia Milieu, eclèctica	No	No	– Infants – Adolescents – Famílies/ persones cuidadores	Violència física, negligència, altres tipus de maltractament	Estudi avaluatiu previ i posterior (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa

(+) Inclou altres teràpies o intervencions (per exemple, narrative exposure therapy, prolonged exposure therapy)..

Beneficis i riscos generals

Taula 5. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals de les intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços generals principals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Barlow J, 2015 [1]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Millora del benestar psicològic i emocional – Restabliment de vincles <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Restabliment de vincles 	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infant emotional well-being including, infant attachment measures or other measures of emotional and behavioural adjustment <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Parental mental health (depression, anxiety, parenting stress), Parent-infant interaction 	20 mesos (interval:2-60)	Worsening of outcome on any of the included measures. No trobats, excepte eficàcia negativa en un dels estudis inclosos	<p>Teràpia familiar ③</p> <ul style="list-style-type: none"> – Parent-infant psychotherapy (PIP); dyadic intervention <p>Població: infants i adolescents; famílies</p> <p>Tipus de violència: estudi en l'àmbit de la violència sexual i física (i altres)</p> <p>Impacte: efectes ++ en la millora del vincle (securely attachment, avoid attachment style) infants i adolescents i símptomes de depressió en progenitors. Diferències no significatives.</p>
Gillies D, 2016 (+) [2]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional 	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reduction of PTSD symptoms, reduction of depression symptoms, anxiety, behaviour, functional impairment 	Short term (1 mes), medium term (interval:1-12 mesos) i long term (>12 mesos)	No valorats	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>També inclou altres formes de CBT</p> <p>EMDR ②</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <p>Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, violència per guerra o comunitària (estudis mixtos en trauma)</p> <p>Impacte: efectes ++ en la prevenció de la simptomatologia associada (TEPT i altres) al cap d'un mes de la intervenció en població amb un trauma, reducció de símptomes de TEPT a curt termini, amb efectes petits que afavoreix la CBT sobre l'EMDR, la teràpia del joc o altres intervencions.</p>

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Gillies D, 2012 (+) [3]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional	Infants i adolescents: – Improvement from a diagnosis of post-traumatic stress disorder – PTSD symptoms – Quality of life – Severity or incidence of depressive symptoms, anxiety symptoms, behavioural problems	1,3,6, 12 months or more.	Van revisar esdeveniments adversos: self harm or suicidal behaviour; No adverse effects were identified.	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ Inclou altres formes de CBT (no TF-CBT) Població: infants i adolescents Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, civil, desastres naturals, exposició a violència domèstica i altres (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia associada (TEPT i depressió fins al cap d'un mes) en les intervencions basades en CBT.
Goldman Fraser J, 2013 (+) [4]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional	Infants i adolescents: Child mental and behavioural health	Short-term duration (<6 mesos), long term duration (>6 mesos)	Retraumatization Caregiver's stress	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ També inclou altres formes de CBT; CPT-CBT i altres EMDR ② Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, altres tipus de maltractament/negligències. Impacte: efectes ++ en la millora de la conducta dels infants i adolescents superiors en la TF-CBT en comparació amb els grups de control. Efectes ++ en la reducció dels símptomes de trauma en la CPT-CBT en comparació amb els grups de control. No es van mostrar efectes de l'EMDR en la reducció dels símptomes de trauma o les conductes externalitzants.

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Hetrick S, 2010 (+) [5]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Change from baseline to endpoint (or endpoint scores) of PTSD symptom severity using valid and reliable clinician-rated scales	No descrit	Number of withdrawals due to adverse events (number of events). Withdrawals due to adverse effects were not reported but authors extracted data on drop outs as a surrogate.	TF-CBT ① TF-CBT combined with pharmacological treatment Població: infants i adolescents Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: no es mostren diferències en els efectes de reducció de la simptomatologia associada (TEPT) entre el grup que rep intervencions combinades i el que rep només teràpies psicològiques o farmacoteràpia.
Macdonald G, 2016 [6]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional Famílies i persones cuidadores: – Empoderament/autoficàcia – Restabliment de vincles	Infants i adolescents: Psychological distress [particularly post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety, and self-harm], behaviour, social functioning, quality of life and acceptability. Famílies i persones cuidadores: Behaviour management skills of parents, parental support to the child	Few studies extended more than a year follow-up; most for a few months or none.	Described some adverse effects. It is not possible to draw firm conclusions about which interventions are effective for children with different maltreatment profiles, which are of no benefit or are harmful.	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ També inclou altres formes de CBT EMDR ② Psicodinàmica ④ Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, emocional, negligència, mixtos, exposició a violència domèstica (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la reducció de la simptomatologia associada (TEPT, depressió i ansietat) en les CBT. No es mostren diferències en les conductes externalitzant o sexualitzada ni en el suport parental als infants. En les intervencions focalitzades en els vincles, s'observen efectes ++ en els vincles segurs i reducció de la conducta desorganitzada.

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Purgato M, 2018 [7]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del funcionament social i el rendiment – Altres: acceptabilitat	Infants i adolescents: Symptom severity (PTSD, depression, anxiety, somatic), acceptability. Secondary outcomes: functional impairment.	Interval: 1-4 months, 6 months or more	No valorat	TF-CBT 1 També inclou altres formes de CBT Població: infants i adolescents Tipus de maltractament/abús: estudis en els àmbits de violència sexual, física, dol, exposició a violència domèstica, tortura, altres (estudis mixtes). Impacte: efectes ++ en la reducció de la simptomatologia associada (TEPT) en condicions de psicoteràpia amb CBT en comparació amb altres intervencions de control, tot i que no són estadísticament significatius.
Sánchez de Ribera O, 2020 [8]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional	Infants i adolescents: Validated measures of PTSD/trauma, externalizing symptoms (i.e., ADHD, oppositional defiant disorder/conduct disorder, sexual behavior problems, post-traumatic stress disorder and aggression), emotional wellbeing, internalizing symptoms (i.e., anxiety, depression), and interpersonal relationships	Range: 1-4 months 4-6 months >6 months	Not reported	TF-CBT 1 També inclou altres formes de CBT EMDR 2 Psicodinàmica 4 Població: infants i adolescents Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: efectes ++ en diverses intervencions (CBT and CBT-related, drama, play, supportive, psychodynamic, humanistic, narrative, mixture, and other).

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Viswanathan M, 2020 [9]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del funcionament social i el rendiment – Altres: mortalitat, recaigudes 	<p>Infants i adolescents:</p> <p>Depressive symptoms, Anxiety symptoms, Remission/recovery, Functional impairment, Other outcomes: Mortality, relapse</p>	<p>Interval:</p> <p><6 weeks; 6-12 weeks, 12-16 weeks</p>	<p>Broadly speaking, the evidence base is characterized by large areas of uncertainty or lack of information; these large gaps in the evidence occur more frequently in the nonpharmacological evidence base where the evidence on benefits comes from single studies, and few studies examined harms.</p>	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>NOTA: component més ampli de CBT</p> <p>Family therapy; attachment-based family therapy, systemic behaviour family therapy</p> <p>Població: infants i adolescents; famílies / persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, relacions sexuals no desitjades i altres (exposició a violència sexual, domèstica, maltractament psicològic); estudis mixtos.</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció dels símptomes de depressió, en alguns casos estadísticament significatius en CBT i teràpies familiars.</p>
Sánchez-Meca J, 2011 [10]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional 	<p>Infants i adolescents:</p> <p>Sexualised behaviours, feelings or thoughts about sexual abuse, anxiety and stress, depression, self-esteem and self-concept, behaviour problems, and other outcomes (e.g., affective disorders, PTSD symptoms, loneliness).</p>	<p>Range:</p> <p>5-82 months.</p>	<p>No es descriuen</p>	<p>TF-CBT ① Psicodinàmica ④</p> <p>Població: infants i adolescents</p> <p>Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual.</p> <p>Impacte: efectes ++ en el desenllaç global de les TF-CBT combinades amb teràpia de suport i elements psicodinàmics (per exemple, teràpia del joc). Les dimensions de l'efecte van ser moderades per a la teràpia psicodinàmica, la CBT i la CBT i psicodinàmica. NOTA: cal revisar en quin(s) desenllaç(os).</p>

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Abbass A, 2013 [11]	Infants i adolescents: – Millora del benestar psicològic i emocional – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: General psychopathology, anxiety, mood disorders, somatic complaints, interpersonal functioning, and personality/behavioral problems.	17 mesos (interval: 6-48)	No valorats	Psicodinàmica ④ <i>Psychodynamic psychotherapy (STPP)</i> Població: infants i adolescents Tipus de violència: estudis mixtos amb diversos problemes de salut mental (n = 71 casos en l'àmbit de la violència sexual). Impacte: efectes ++ en la millora general de la psicopatologia, la somatització, els canvis d'humor, la personalitat o els problemes de conducta.
Bennett R, 2020 [12]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Post traumatic stress disorder (PTSD)	14 mesos (interval:12-18). Temps de seguiment de 3 dels 5 estudis en què se n'informa.	No valorats	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ Població: infants i adolescents (en alguns estudis, amb famílies o persones cuidadores) Tipus de violència: estudi en l'àmbit de la violència sexual i física (i altres) Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia TEPT.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Howarth E, 2017 [13]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional 	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Internalising symptoms and externalising behaviour, mood, depression symptoms and diagnosis, post-traumatic stress disorder symptoms and self-esteem. 	<p>Studies evaluating psychotherapeutic interventions (range: 8-80 weeks; except for play therapies including 2 weeks follow-ups)</p>	No descrits	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>Inclou altres formes de CBT; CPT-CBT i altres</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <p><i>Play therapy</i></p> <p>Població: infants i adolescents (en alguns estudis, amb famílies o persones cuidadores)</p> <p>Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, exposició a violència domèstica (estudis mixtos)</p> <p>Impacte: <i>efectes ++ en la millora de la conducta i la salut mental amb resultats incerts. Les intervencions familiars (famílies i infants) mostren més probabilitat de millorar les conductes externalitzants dels infants i adolescents.</i></p>
Macdonald G, 2012 [14]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Empoderament/ autoeficàcia – Restabliment de vincles 	<p>Infants i adolescents:</p> <p>Depression, post-traumatic stress disorder (PTSD), anxiety and child behaviour problems were the primary outcomes.</p> <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Empoderament/ autoeficàcia – Restabliment de vincles 	<p>Between 6 weeks and 2 year follow-ups</p>	No study reported adverse effects.	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>També inclou altres formes de CBT</p> <p>Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual</p> <p>Impacte: <i>efectes ++ en la reducció de les seqüeles de l'abús sexual en la infància, tot i que no són estadísticament significatius, i sobretot en la reducció dels símptomes de TEPT i ansietat en les CBT.</i></p>

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Mavranezouli I, 2020 [15]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Changes in PTSD symptom scores between baseline and treatment endpoint.	Interval: 1-4 months of follow-up	Not described	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ També inclou altres formes de CBT EMDR ② Psicodinàmica ④ Play therapy Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, accidents, violència domèstica, desastres naturals; en la majoria d'estudis es descriu un índex de traumes sense explicar-ne el tipus; estudis mixtos. Impacte: efectes ++ en el maneig de la simptomatologia de TEPT en el cas de la TF-CBT i la teràpia del joc. L'EMDR mostra efectes ++, tot i que en menor grau, com altres intervencions com ara la psicoteràpia familiar combinada amb altres components o tècniques.
McTavish JR, 2019 [16]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Reducció de simptomatologia (síntomes d'internalització i externalització, ansietat, depressió, TEPT).	Fins a 24 mesos de seguiment	No descrits	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ També inclou altres formes de CBT. Group based CBT, Risk reduction through family therapy EMDR ② Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: efectes ++ en la reducció petita o mitjana de la simptomatologia associada en la TF-CBT en comparació amb altres formes de CBT, tot i que amb incertesa. Els autors també expressen incertesa sobre el fet que les teràpies familiars basades en la reducció de risc redueixin la simptomatologia estudiada.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Lester S, 2019 [17]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional – Millora del funcionament social i rendiment	Infants i adolescents: – Improvement in mental health outcomes (such as anxiety or depression), behavioural outcomes – Outcomes on family or social outcomes such as family relationships or social support	Interval: entre 3 i 12 mesos i més de 12 mesos; no sempre informat	Adverse effects for risky sexual behaviour (1 nRCT). Broning et al. 2010. Evans 2017: Adverse effects on school attendance for children and young people ≤18 years, currently looked-after or previous care experience.	TF-CBT 1 TF-CBT i altres modalitats de CBT Població: infants i adolescents Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, accidents, desastres naturals, exposició a violència domèstica, altres (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia associada (TEPT) en la TF-CBT en l'àmbit del maltractament o abús que es mostren al cap d'un any de seguiment postintervenció. En altres modalitats de CBT (prolonged exposure) es va mostrar algun efecte en aquest tipus de desenllaç sobre l'estat de salut dels infants i adolescents.
Chen R, 2018 [18]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Post traumatic stress disorder (PTSD) symptom severity	1,8 mesos (interval: 2 setmanes - 3 mesos)	No valorats	EMDR 2 Població: infants i adolescents (estudis mixtos amb població adulta) Tipus de violència: estudis mixtos en els àmbits de violència sexual, física, traumes múltiples (incloses tortura i violència) Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia (TEPT i altres, com depressió o ansietat).

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Lorenc T, 2020 [19]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional	Infants i adolescents: Mental health outcomes (e.g. anxiety, depression).	ND	No valorats	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ En aquesta RSEC, s'inclou una perspectiva més amplia de la teràpia CBT, no la TF-CBT Parent-child interaction therapy Població: infants i adolescents (estudis mixtos amb població adulta); famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, altres tipus de negligències, maltractament emocional, sense sostre, infants sota tutela legal (estudis mixtos). Impacte: efectes ++ en la millora de la salut mental, especialment en la CBT. En altres tipus d'intervencions psicològiques (teràpia familiar o psicoteràpia psicodinàmica) es van mostrar efectes, però no evidència robusta sobre la seva efectivitat.
Cary CE, 2012 [20]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: Post traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, depression symptoms and behavior problems	12 mesos (metanàlisi)	No valorats	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ Mother-child cognitive behavioural therapy (CBT) Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis mixtos en els àmbits de violència sexual, exposició substancial a violència, altres esdeveniments greus Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia associada (TEPT).

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Leenarts, LE, 2013 [21]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: – Post-traumatic stress disorder (PTSD) or PTSD symptoms – Memory-related distress, anxiety, fear, problem behaviour	Interval: 3-12 mesos; no informació o manca de seguiment	None of the studies reported about possible side effects of the evaluated treatments	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ Inclou altres formes de CBT Child and Family Traumatic Stress Intervention, Risk reduction through family therapy (RRFT), Family CBT Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, accidents, desastres naturals, exposició a violència domèstica, altres (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la millora de simptomatologia associada (TEPT) en la TF-CBT en l'àmbit del maltractament o abús que es mostren al cap d'un any de seguiment postintervenció. En altres modalitats de CBT (prolonged exposure) es va mostrar algun efecte en aquest tipus de desenllaç sobre l'estat de salut mental dels infants i adolescents.
Choudhary V, 2016 [22]	Infants i adolescents: – Millora del benestar psicològic i emocional – Reducció de simptomatologia associada – Restabliment de vincles	Infants i adolescents: Posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms, depressive symptoms, shame, guilt, fear, academic achievement, and behavioral difficulties	No informat	No valorats	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ També inclou altres formes de CBT Psicodinàmica ④ Play therapy Població: infants i adolescents (i famílies o persones cuidadores) Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia (TEPT i depressió) i menys culpabilització materna en la TF-CBT i altres formes de CBT. També efectes ++ en estudis amb la teràpia del joc.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Kim S, 2016 [23]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Habilitats personals 	<p>Infants i adolescents:</p> <p>Children: PTSD, depression, behavioural problems, shame, fear, anxiety, sexually inappropriate behaviour</p> <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <p>Abuse-related attributions, personal safety skills,</p>	Interval: 1 mes-2 anys	No descrits	<p>TF-CBT ①</p> <p>Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual</p> <p>Impacte: efectes ++ en la millora de simptomatologia associada (TEPT) en la TF-CBT després d'abús, seguit d'altres teràpies anomenades "creative-based therapies".</p>
de Medeiros C, 2010 [24]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada 	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Post traumatic stress symptoms (PTSD) symptoms 	No disponible	No valorats	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>També inclou altres formes de CBT CBT –family based</p> <p>Població: infants i adolescents; famílies i persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual amb TEPT</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció de simptomatologia associada (TEPT). S'incorporen comparacions entre CBT individual, grupal i familiar i no es mostren diferències entre aquestes modalitats.</p>

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Lewey JH, 2018 Comentari editorial Ross, 2019 [25]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada	Infants i adolescents: – Posttraumatic stress symptoms	No mencionat	Adverse events checklist	TF-CBT ① EMDR ② Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de la violència sexual, física, accident, desastres naturals, guerra, atacs terroristes, abús emocional, exposició a violència domèstica, altres (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la millora de simptomatologia associada (TEPT) en la TF-CBT i l'EMDR. Quan es tenen en compte anàlisis de variabilitat, la TF-CBT mostra més efectivitat marginal que l'EMDR.
Lindstrom Johnson S, 2018 [26]	Infants i adolescents: – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional Famílies i persones cuidadores: – Empoderament/ autoeficàcia – Reducció del malestar	Infants i adolescents: – Internalizing, externalizing, trauma symptoms – Famílies i persones cuidadores: – Positive parenting, negative parenting, parenting stress	Interval: 3-17 setmanes	Not studies reported side effects.	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ r Inclou també altres modalitats CBT Dyadic filial therapy, combined parent-child CBT, CBITS+family (CBT variant) EMDR ② Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, exposició a violència domèstica, violència familiar (estudis mixtos) Impacte: efectes ++ en la millora de la simptomatologia associada al trauma, amb més impacte en el cas de les intervencions focalitzades (per exemple, TF-CBT) que altres intervencions focalitzades en la violència de gènere o el conflicte familiar.

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Miller-Graff LE, 2016 [27]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada 	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de la simptomatologia associada a trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) 	No descrit.	No descrit.	<p>TF-CBT ① Teràpia familiar ③</p> <p>EMDR ②</p> <p>Població: infants i adolescents (en alguns estudis, amb famílies o persones cuidadores)</p> <p>Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, exposició a violència, en la majoria dels quals no es descriu el tipus d'abús o maltractament (sobretot violència social i per guerra); estudis mixtos.</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció de simptomatologia associada (TEPT) en intervencions basades en el paradigma CBT; en les TF-CBT es mostren dimensions de l'efecte grans i en l'EMDR, petites.</p>
Retzlaff R, 2013 [28]	<p>Infants i adolescents:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Reducció de simptomatologia associada – Millora del benestar psicològic i emocional <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Restabliment de vincles 	<p>Infants i adolescents:</p> <p>Internalizing and externalizing disorder symptoms, mental health symptoms,</p> <p>Famílies i persones cuidadores:</p> <p>Parent psychiatric distress, families' social problems, parent-child interaction</p>	Interval: 1-4 months, 6 months or more	No valorats	<p>Teràpia familiar ③</p> <p>Family therapy; multisystemic therapy (MST)</p> <p>Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, dol, exposició a violència domèstica, tortura, altres (estudis mixtos).</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció dels símptomes internalitzants (canvis d'humor, trastorns alimentaris) de la ST (família, grup, grup multifamiliar, teràpia familiar). Efectes ++ en la millora dels vincles entre famílies i infants en les MST; l'MST-CAN és més beneficiosa en l'àmbit d'abús, amb efectes ++ en la millora de la salut mental dels infants i adolescents i la simptomatologia psiquiàtrica dels familiars.</p>

Taula 5 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals en intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual (resultats RSEC).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Rosa-Alcázar AI, 2010 [29]	Infants i adolescents: – Millora del funcionament social i el rendiment	Infants i adolescents: No queda clar quins són; es mencionen: còmput global mitjà; abusos en el menor, desenvolupament infantil, competències socials del menor, problemes de conducta del menor Famílies i persones cuidadores: No queda clar quins són	No es descriu	No es descriu	TF-CBT ① Teràpia familiar ③ Població: infants i adolescents / famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència física, negligència, altres tipus maltractament Impacte: efectes ++ en la millora dels trastorns de conducta; tant els cognitivoconductuals com els no cognitivoconductuals presenten un efecte gairebé nul.

Taula 6a. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Barlow J, 2015 [1]	<p>Efectes ++ en la millora del vincle</p> <p>Teràpia familiar ③; intervenció: psicoteràpia per a infants i famílies (PIP) comparada amb grup de control</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ Infants amb vincle segur (RR: 8,9, CI 95%: 1,2-63,7) — ↓ Nombre d'infants amb estil de vincle evasiu (RR: 0,48, CI 95%: 0,2-0,9) 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Teràpia familiar ③ intervenció: psicoteràpia per a infants i famílies (PIP) comparada amb grup de control</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Efectes en el control de la incidència de depressió de familiars (RR: 0,74, CI 95%: 0,52-1,04); – ∅ Efectes en els nivells de depressió autodeclarats pels familiars (SMD: -0,22, CI 95%: -0,46-0,02)
Gillies D, 2016 (+) [2]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (SMD: -0,8, CI 95%: -1,6--0,1)* <p>Teràpia familiar ③: Family therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (SMD: -0,5, CI 95%: -0,9--0,1)* <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>S'inclou la teràpia TF-CBT i altres modalitats de CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (SMD: -0,4, CI 95%: -0,5--0,2)* — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (SMD: -0,1, CI 95%: -0,4--0,6) grup de control: EMDR ② — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (SMD: -0,2, CI 95%: -0,6--0,98) grup de control: teràpia del joc ④ psicodinàmica. 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Eye movement desinsitization; EMDR ②</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Efectes en la reducció de símptomes de TEPT a més llarg termini

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

* grups de control: tractament habitual, llista d'espera, sense teràpia, altres intervencions psicològiques o tractament farmacològic.

a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6a [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Gillies D, 2012 (+) [3]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ① S'inclouen la teràpia TF-CBT i altres modalitats de CBT</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT al cap d'un mes (global, SMD: 0,9, CI 95%: -1,2--0,4)* — ↓ Síntomes d'ansietat al cap d'un mes (global, SMD: 0,6, CI 95%: -1,0--0,1) * — ↓ Síntomes depressió al cap d'un mes (global, SMD: -0,7, CI 95%: -1,1--0,4)* <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ① S'inclouen la teràpia TF-CBT i altres modalitats de CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT a curt i mitjà termini (curt termini; n = 98, SMD: -1,3, CI 95%: 1,8--0,9; mitjà termini; n = 36, SMD: -0,7, CI 95%: -1,4--0,01). — ↓ Síntomes de trauma en infants i adolescents que han viscut violència (d = 0,6, un estudi; dimensió de l'efecte moderada)*** 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ① S'inclouen la teràpia TF-CBT i altres modalitats de CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Efectes no significatius sobre els nivells d'ansietat, però menys puntuació dels símptomes de depressió a curt termini (tres estudis, n = 98, SMD: -0,8, CI 95%: -1,5--0,1).

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

* grups de control: tractament habitual, llista d'espera, sense teràpia, altres intervencions psicològiques o tractament farmacològic.

a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6a [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Goldman Fraser J, 2013 (+) [4]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic; efectes ++ en la millora del vincle</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ En la conducta (d = 0,3, dimensió de l'efecte petita, dos estudis)* — ↓ Síntomes de depressió (d = 0,3, DE petita)* — ↓ Síntomes de trauma (interval d = 0,4-0,7, DE petita p moderada)* — ↓ Síntomes de depressió dels familiars (d = 0,4, DE petita) i á suport de pràctiques parentals positives (d = 0,6, DE moderada)* <p>Teràpia familiar ③</p> <p>CPT-CBT i altres</p>	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ No es mostren diferències significatives en els símptomes de trauma o conductes externalitzants. <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ No es mostren diferències significatives en els símptomes d'ansietat o problemes externalitzants. Resultats mixtos per als problemes internalitzants i les conductes sexualitzades. <p>Teràpia familiar ③</p> <p>CPT-CBT i altres</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ No es mostren diferències significatives en els problemes internalitzants i externalitzants. Resultats mixtos per al suport de pràctiques parentals positives i càstig físic.

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

* grups de control: tractament habitual, llista d'espera, sense teràpia, altres intervencions psicològiques o tractament farmacològic.

^a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6a [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
<p>Macdonald G, 2016 [5]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic; efectes ++ en la millora de la limitació funcional</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: component més ampli de CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT postintervenció global CBT (SMD: -0,4, CI 95%: -4,4--1,5) — ↓ Síntomes de depressió postintervenció global CBT (diferència mitjana al CDI: -2,8, CI 95%: -4,5--1,1) — ↓ Síntomes d'ansietat postintervenció global CBT (SMD: -0,2, CI 95%: -0,03--0,4). — ↓ Síntomes de TEPT al cap de 7,5 mesos de l'inici de la intervenció TF-CBT en comparació amb grup de control (mitjanes: 11,3 i 16,9; SD: 10,5 i 11,5 respectivament; d = 0,51; DE petita, p = 0,001). — ↓ Limitació funcional (influència del trauma sobre les funcions diàries) al final de la intervenció més elevada en la TF-CBT en comparació amb el grup de control (mitjanes: 10,3 i 9,2; SD: 2 i 0, respectivament; d = -0,5, p = 0,001). <p>Teràpia familiar ③</p> <p>MST: multisystemic therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT autodeclarats al cap de 16 mesos del basal (n = 90; un 18% al basal en comparació amb un 9% postintervenció en el grup d'intervenció MST en comparació amb un 19% i un 21%, respectivament, en el grup de control en consultes externes). 	<p>Efectes no significatius en la conducta sexualitzada i l'empoderament de les famílies</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: component més ampli de CBT</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ No es mostren diferències postintervenció en la conducta sexualitzada, els símptomes externalitzants, el maneig de la conducta per part de les famílies o el support parental als infants i adolescents. – ∅ En un estudi es mostren beneficis similars en la reducció dels símptomes de TEPT per a la CBT i l'EMDR. <p>Teràpia familiar ③</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Els quatre estudis en MST són heterogenis i els resultats, variables.
<p>Purgato M, 2018 [6]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA component més ampli de la CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de TEPT (SMD: -1,6, CI 95%: -3,1-0,01; 130 participants) en comparació amb el grup de control. 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ En cap ACA no es van oferir resultats de depressió major o ansietat en infants. – ∅ Els efectes sobre l'adherència eren incerts (RR: 1,9, CI 95%: 0,5-7,5; 138 participants).

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

* grups de control: tractament habitual, llista d'espera, sense teràpia, altres intervencions psicològiques o tractament farmacològic.

a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6a [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Sánchez de Ribera O, 2020 [7]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ Millora dels símptomes de TEPT en la TF-CBT game based CBT (d = 0,59, DE moderada) — ↑ Millora en el desenllaç global de la TF-CBT game based CBT (d = 0,68, DE moderada) — ↑ Diferències petites en la millora dels símptomes internalitzants en les modalitats CBT postintervenció (d = 0,36, CI 95%:-0,15, 0,86)*. <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ Millora dels símptomes externalitzants en les modalitat CBT i una mescla d'intervencions psicològiques (CBT i altres d = 0,47; interval: 0,31-0,64, <i>Trask et al.</i>), play therapy, supportive therapy, psychodynamic therapy, humanistic therapy globalment (d = 0,66; interval:0,54-0,79, DE petita o moderada, Sánchez Meca). 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Dimensions de l'efecte agregades i heterogènies en la millora dels símptomes internalitzants – ∅ Diferències no significatives a escala global en les diferents modalitats de CBT (CBT, IRT, CCT, EMDR, RAP, SC, SIT, TF-CBT) en comparació amb el grup de control (g = 1,4, CI 95%: 0,78-1,95).

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

* grups de control: tractament habitual, llista d'espera, sense teràpia, altres intervencions psicològiques o tractament farmacològic.

a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6a [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat dels estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat elevades (RSEC, n = 8).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Viswanathan M, 2020 [8]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de depressió en les modalitats de CBT (Shirk) (diferència de mitjanes: 29,8, DE: 10,5) en comparació amb el grup de control (TAU; diferència de mitjanes: 32,2, SD: 13,0). — ↓ Remissió del diagnòstic de depressió al cap de 16 setmanes en les modalitats de CBT (Shirk) (50% en la CBT i 48% en el grup control). — ↓ Síntomes de depressió en l'estudi de Diamond (2002) (DE: 1,2, p = 0,005). <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>Teràpia familiar ③ com a grup de control</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Remissió dels símptomes de depressió posttractament en grup d'adolescents en comparació amb la CBT, la teràpia familiar (<i>systemic behaviour family therapy</i>) i el grup de control (<i>non-directive supportive therapy</i>), amb uns percentatges de resultats de 80,0, 50,0 i 50,0, respectivament (n = 63, $\chi^2 = 5,76$). 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ Diferències no significatives en la millora dels símptomes depressius en comparació amb la modalitat CBT en la <i>systemic behaviour family therapy</i> i el grup de control (<i>non-directive supportive therapy</i>). La reducció més elevada es va produir en la modalitat CBT.

a Es presenten les RSEC amb robustesa general ● elevada i qualitat AMSTAR-2 ● alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6b. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat moderades o elevades (RSEC, n = 2)^a.

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Hetrick S, 2010 (+) [9]	<p>Sense diferències significatives</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>TF-CBT combined with pharmacological treatment</p>	<p>Efectes no significatius en la funció</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>TF-CBT combined with pharmacological treatment</p> <p>— ↑ Efectes no significatius en la funció general; un estudi n = 24, amb infants i adolescents, en què es combinen SSRI i TF-CBT vs. TF-CBT sense fàrmacs (RR: 0,5, M-H, Fixed, CI 95%: 0,05-4,8 afavorint la teràpia combinada; pèrdues de seguiment i RR: 7,1 CI: -1,2-15,4 en la millora segons la Children's Global Assessment Scale).</p>

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

a Es presenten les RSEC de robustesa general ● moderada i qualitat AMSTAR-2 ●● moderada o alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6b [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general i qualitat moderades o elevades (RSEC, n = 2)^a.



Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Sánchez-Meca J, 2011 [10]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ Desenllaç global, la TF-CBT combinada amb teràpies de suport (d = 1,7, DE elevada) i elements de les teràpies psicodinàmiques (per exemple, CBT + suport therapy + play therapy; d = 1,3, DE elevada) va mostrar els millors resultats.* — ↑ Millora global de les conductes sexualitzades en els grups d'intervenció (d = 0,45, DE petita, CI 95%: 0,35-0,56).* — ↑ Millora global dels símptomes d'ansietat o estrès en els grups d'intervenció (d = 0,53, DE petita, CI 95%: 0,40-0,66).* — ↑ Millora global dels símptomes d'ansietat en els grups intervenció (d = 0,41, DE petita, CI 95%: 0,37-0,86).* — ↑ Millora dels problemes de conducta en els grups d'intervenció (d = 0,66, DE moderada, CI 95%: 0,54-0,79).* 	<p>Efectes no significatius en cap desenllaç</p> <ul style="list-style-type: none"> — ∅ Diferències no significatives en cap dels desenllaços en els grups control.

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

a Es presenten les RSEC de robustesa general ● moderada i qualitat AMSTAR-2 ●● moderada o alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.



Taula 6c. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general elevada i qualitat baixa segons AMSTAR-2 (RSEC, n = 7).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Abbass A, 2013 [11]	<p>Sense diferències significatives</p> <p>Psicodinàmica 4</p> <p><i>Psychodynamic psychotherapy (STPP)</i></p>	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic i la funció social</p> <p>Psicodinàmica 4</p> <p><i>Psychodynamic psychotherapy (STPP)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ø Efecte global abans i després (g: 1,1; CI 95%: 0,8-1,3, DE elevada) – Ø Millora de la psicopatologia general (g: 1,3, CI 95%: 0,8-1,7, DE elevada) i la somatització (d: 1,3, CI 95%: 0,5-3,2, DE elevada). – Ø Millora dels símptomes d'ansietat (g: 0,8, CI 95%: 0,5-2,1, DE elevada), l'estat d'ànim (g: 0,70, CI 95%: 0,2-1,6, DE moderada) i els problemes de personalitat (g: 0,8, CI 95%: 0,4-1,2, DE elevada). – Ø Millora de la funció interpersonal (d: 0,41, CI 95%: 0,3-1,1, DE petita).
Bennett R, 2020 [12]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) 1</p> <p>Teràpia familiar 3</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trials included treatments ranging from trauma-focused CBT to creative-based therapies. Trauma-focused CBT remained the best supported treatment, with new evidence that symptom improvements are maintained at longer-term follow up. 	

^a Es presenten les RSEC de robustesa general  elevada (a més de ser d'institucions referents) i qualitat AMSTAR-2  baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb una puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6c [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general elevada i qualitat baixa segons AMSTAR-2 (RSEC, n = 7).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
<p>Howarth E, 2017 [13]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: dimensió més ampla de la CBT</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <p><i>Play therapy</i></p> <p>— ↑ Millora en la conducta i els desenllaços de salut mental en 13 assaigs amb efectes modestos. Heterogeneïtat significativa i risc de biaix alt o no clar.</p>	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <p>CPT-CBT i altres</p> <p>– ∅ Millora de les conductes en intervencions familiars (no familiars agressors) i en infants i adolescents. Tot i així, s'observa molta incertesa sobre els grups comparadors, especialment en els desenllaços de salut mental.</p>
<p>Lester S, 2019 [14]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: component més ampli de la CBT</p> <p>— ↑ Millora dels desenllaços de salut mental en infants que han viscut violència.</p>	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic, la funció i el rendiment</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: component més ampli de la CBT</p> <p>– ∅ Diferències no significatives en els desenllaços que mesuren conductes.</p> <p>– ∅ Evidència limitada: la CBT pot no millorar l'estat de salut mental d'infants i famílies que tenen problemes de salut mental o estan exposats a violència domèstica o pot oferir resultats mixtos en salut mental per a joves que viuen al carrer.</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <p>– ∅ Evidència limitada pel que fa a desenllaços més amplis com la funció social o les circumstàncies vitals respecte de la CBT i l'EMDR.</p>

^a Es presenten les RSEC de robustesa general  elevada (a més de ser d'institucions referents) i qualitat AMSTAR-2  baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb una puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6c [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general elevada i qualitat baixa segons AMSTAR-2 (RSEC, n = 7).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
<p>Macdonald G, 2012 [15]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>NOTA: component més ampli de la CBT</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <p>NOTA: CBT familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Síntomes de depressió (dades agregades de cinc estudis amb una reducció mitjana d'1,9 DE en escales com el Child Depression Inventory immediatament després de la intervenció; reducció de 4,0, millora de 0,4). — ↓ Síntomes de TEPT (dades agregades de sis estudis amb una reducció mitjana de 0,44 DE en escales; CI 95%: 0,2-0,7). — ↓ Síntomes d'ansietat (dades agregades de cinc estudis amb una reducció mitjana de 0,23 DE en escales; CI 95%: 0,3-0,4). 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT)</p> <p>NOTA: component més ampli de la CBT</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <p>NOTA: CBT familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> — ∅ Impacte positiu en les seqüeles de la violència sexual que afavoreix la <i>cognitive behavioural therapy</i> (CBT) en comparació amb altres tractaments CBT, tot i que molts resultats no eren estadísticament significatius.

a Es presenten les RSEC de robustesa general ● elevada (a més de ser d'institucions referents) i qualitat AMSTAR-2 ● baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.



Taula 6c [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general elevada i qualitat baixa segons AMSTAR-2 (RSEC, n = 7).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Mavranezouli I, 2020 [16]	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>— ↓ Síntomes de TEPT des del basal fins a la mesura final postintervenció (formats individuals de CBT en comparació amb llista d'espera, SMD: -2,9 i CI 95%: -3,9-1,9; TF-CBT, n = 25, SMD: 1,2, CI 95%:-1,8-0,5; formats grupals de TF-CBT, SMD: -0,91 i CI 95%:-1,5-0,3).</p> <p>Eye movement desensitization; EMDR ②</p> <p>Psicodinàmica ④</p> <p>— ↓ Síntomes de TEPT en altres intervencions en comparació amb llista d'espera (teràpies combinades somàtiques/cognitives, SMD: -2,14, CI 95%: -3,3-0,9; teràpies psicodinàmiques amb component de teràpia del joc, SMD: -1,35, CI 95%:-2,5-0,2, n = 83, i EMDR, SMD:-0,99, CI 95%:-1,8-0,2, n = 85).</p>	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <p>— ∅ Síntomes de TEPT: els resultats de la teràpia familiar van mostrar efectes inconclusius en comparació amb la llista d'espera (SMD: -0,37, CI 95%: -1,60-0,8).</p>

a Es presenten les RSEC de robustesa general ● elevada (a més de ser d'institucions referents) i qualitat AMSTAR-2 ● baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Taula 6c [continuació]. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat i consideracions metodològiques i implicacions futures rellevants en els estudis amb intervencions psicològiques dirigides a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual amb RSEC de robustesa general elevada i qualitat baixa segons AMSTAR-2 (RSEC, n = 7).^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
<p>McTavish JR, 2019 [17]</p>	<p>Efectes ++ en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↑ Millora dels símptomes internalitzants (TF-CBT en comparació amb grups de control comunitaris; interval de DE: 0,2-0,5; en aquests estudis es mostra variabilitat en les DE quant a la reducció dels símptomes d'ansietat i depressió). — ↓ Reducció dels símptomes de TEPT postintervenció (TE > 0,8, TF-CBT en comparació amb grups de control comunitaris). <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Reducció dels símptomes de TEPT postintervenció (interval n = 32-395, en la TF-CBT, intervencions dirigides a infants i adolescents i persones cuidadores, en comparació amb grups de control en llista d'espera, no CBT o narrativa del trauma en quatre estudis amb DE petites). — ↓ Reducció dels símptomes internalitzants (amb DE petites, moderades) i â reducció dels símptomes externalitzants i de TEPT (amb DE petites, moderades). 	<p>Efectes no significatius en el benestar psicològic</p> <p>Cognitive behavioural therapy-trauma focused (TF-CBT) ①</p> <p>Teràpia familiar ③</p> <ul style="list-style-type: none"> — -∅ En alguns estudis d'aquesta RSEC no es mostren efectes en els símptomes internalitzants, la depressió, l'ansietat i el TEPT o els problemes externalitzants.

^a Es presenten les RSEC de robustesa general  elevada (a més de ser d'institucions referents) i qualitat AMSTAR-2  baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb una puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 2 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.







3

Taules de resultats de les intervencions psicològiques en joves ofensors amb actes de violència sexual o física cap a altres infants i adolescent

En aquesta secció es presenten els resultats que fan referència a la població de joves ofensors que han comès actes de violència sexual o física cap a altres infants i adolescents amb intervencions psicològiques seleccionades amb o sense les seves famílies cuidadores.









Taula 7. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: joves ofensors amb episodis de violència física o sexual cap a altres infants i adolescents (amb o sense les seves famílies; RSEC, n = 8).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Disseny d'estudi	Qualitat metodològica global RSEC
Corabian P, 2010 Canadà [1]	No	No	No	No	Sí 5 Sexual offenses treatment (SOT): inclouen cognitive behavioural therapy (CBT)	– Joves ofensors	Violència sexual	HTA report (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Enebrink P, 2011 (+) Suècia [2]	No	No	Sí 3 Multisystemic therapy (MST): based on models of systemic family theory, social learning theory, socio-ecological theory	No	Sí 5 In young Abusers: Multisystemic therapy (MST), Non-manualized cognitive behavioural therapy (CBT)	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, problemes de conducta sexual	ACA, quasi-experimentals, observacionals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Alta
Långström N, 2016 Suècia [3]	No	No	Sí 3 MST (multisystemic therapy), CBT-PS (cognitive behavioural therapy-parent suport)	No	Sí 5 CBT (cognitive behavioural therapy)	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual	ACA i estudis prospectius observacionals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Elevada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa





(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions.

Taula 7 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: joves ofensors amb episodis de violència física o sexual cap a altres infants i adolescents (amb o sense les seves famílies; RSEC, n = 8).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Disseny d'estudi	Qualitat metodològica global RSEC
Hockenull JC, 2012 Regne Unit [4]	No	No	No	No	Sí 5 Cognitive behavioural therapy (CBT), Violence Group, EQUIP(*)	– Joves ofensors	Violència (física, sexual, altres)	ACA i altres longitudinals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
Rhoden MA, 2018 EUA [5]	Sí 1 Group trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT) for juvenile offenders	Sí 2 Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) for juvenile offenders	Sí 3 Risk reductiong through family therapy, adolescent and Parents-Adjudicated and At-Risk Youth	No	Sí 5 A més de TF-CBT, EMDR i teràpies familiars, TARGET, cognitive processing therapy, structured psychotherapy, prolonged exposure therapy	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	Violència sexual, física, múltiples negligències, maltractament psicològic, violència domèstica	ACA, quasi-experimentals, estudis qualitius (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Baixa
van der Stouwe T, 2014 Països Baixos [6]	No	No	Sí 3	No	Sí 5 Multisystemic therapy (MST) or mutisystemic treatment	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	Delinqüència, delictes en general, violència, violència sexual (tres estudis)	ACA i quasi-experimentals (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Baixa

(*) EQUIP: psychoeducation, meditation, cognitive behaviour anger management, list of drugs (anticonvulsant drugs, atypical antipsychotic drugs).

Taula 7 [continuació]. Intervencions psicològiques, poblacions i característiques de les revisions sistemàtiques de l'evidència incloses: joves ofensors amb episodis de violència física o sexual cap a altres infants i adolescents (amb o sense les seves famílies; RSEC, n = 8).

Autor, any i país	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Intervenció joves ofensors	Població	Tipus de violència	Disseny d'estudi	Qualitat metodològica global RSEC
Dopp A, 2017 EUA [7]	No	No	Sí 3 Multisystemic therapy (MST), functional family therapy (FFT), treatment foster care Oregon (TFCO), brief strategic family therapy (BSFT) or other.	No	Sí 5 Family based treatments for juvenile offenders	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	Violència física, sexual, violència	ACA i quasi-experimentals (RSEC amb metanàlisi)	Robustesa general:  Moderada Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa
Sydow K, 2013 [8]	No	No	Sí 3 Systemic family therapy (structural family therapy, brief strategic family therapy, functional family therapy, multidimensional family therapy, multisystemic therapy)*	No	Sí 5	– Joves ofensors – Famílies/ persones cuidadores	En gairebé tots els estudis sobre abús de substàncies; violència sexual, física	ACA (RSEC narrativa)	Robustesa general:  Baixa Qualitat AMSTAR-2:  Críticament baixa

(*) Systemic/systems-oriented therapy in various forms (family, individual, group, multi-family group therapy).

Beneficis i riscos generals

Taula 8. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals de les intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors (RSEC, n = 8).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Corabian P,* 2010 [1]	Joves ofensors: – Reducció del volum de nous episodis d'abús	Joves ofensors: Violent or nonviolent recidivism, sexual or nonsexual recidivism	4,3 anys (interval:3,8-5,0)	No descrits	Teràpies amb joves ofensors 5 Sexual offenses treatment (SOT): inclouen cognitive behavioural therapy (CBT) Població: joves ofensors (estudis mixtos amb persones adultes) Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: efectes ++ en la reducció potencial de les recidives sexuals i no sexuals.
Enebrink P,* 2011 [2]	Joves ofensors: – Reducció del volum de nous episodis d'abús	Joves ofensors: Conviction on charges, arrest by police on suspicion of sexual offences against children, including possession of child pornography. Breaches of conditions while serving a sentence for sexual offending. Self-reported sexual offences against children, including child pornography offences.	12 anys (interval: 8,9-16,0)	Some evidence suggests that group treatment and residential (inpatient) interventions for lower risk adolescent offenders might increase recidivism. As in adults and adolescents, excessively intense and inadequately administered or focused interventions for children with SBP might increase the risk of future antisocial behaviour.	Teràpies amb joves ofensors 5 Teràpia familiar 3 Multisystemic therapy (MST), Cognitive behavioral therapy (CBT) Població: joves ofensors (estudis mixtos amb infants o adolescents i persones adultes) i famílies o persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual i problemes de trastorn sexual Impacte: efectes ++ en la reducció de les recidives d'abús sexual de les intervencions MST i SAFE-T, que inclouen components de tractaments de la teràpia familiar estructurada i la CBT. Limitacions metodològiques i diferències significatives.

*Inclou estudis en persones adultes, desenllaços i resultats dels estudis en què també s'inclou població adolescent.

Taula 8 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals de les intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors (RSEC, n = 8).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Långström N, 2016 [3]	Joves ofensors: – Reducció del volum de nous episodis d'abús	Joves ofensors: Arrests, convictions, breaches of conditions, reoffenses and self reported sexual abuse of children after one year or more	Interval: entre 30,8 setmanes i 24,4 mesos; no queda clar el tall de seguiment abans i després	Information concerning adverse outcomes of treatment (other than criminal reoffending) was not available.	Teràpies amb joves ofensors 5 Teràpia familiar 3 Cognitive Behavioural Therapy (CBT), Multisystemic therapy (MST) Població: joves ofensors (estudis mixtes amb persones adultes) i famílies o persones cuidadores Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual Impacte: efectes ++ limitats en la prevenció de recidives en la MST i insuficients en el cas de la CBT per a aquest desenllaç en població adolescent. En joves menors de 13 anys amb problemes de conducta sexual cap a altres infants no es mostren efectes ++ suficients en la CBT combinada amb el suport parental pel que fa a les recidives sexuals.
Hockenull JC, 2012 [4]	Joves ofensors: – Reducció de simptomatologia associada	Joves ofensors: Conflict tactic scale (CTS) physical, State-Trait. Anger Expression Inventory (STAXI) monthly, self-reported aggression, anger inventory/provocation/ carer/client	Mitjana: 524 dies; mitjana: 183,40 dies (interval: entre 30 minuts i 14 anys)	No descrits	Teràpies amb joves ofensors 5 Cognitive Behavioural Therapy (CBT) Violence Group, EQUIP Població: joves ofensors (estudis mixtos amb persones adultes) Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència (física, sexual, altres). Impacte: efectes ++ (petits impactes) en la conducta violenta en les intervencions psicològiques analitzades, especialment en la CBT (de diferents tipus) en comparació amb els grups de control.

Taula 8 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals de les intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors (RSEC, n = 8).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Rhoden MA, 2018 [5]	Joves ofensors: – Reducció de simptomatologia associada	Joves ofensors: Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms and externalizing behavioral problems	Fins a 6 mesos o estudis sense informació del seguiment	No descrits	Teràpies amb joves ofensors 5 Teràpia familiar 3 Població: joves ofensors o famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de violència sexual, física, múltiples negligències, maltractament psicològic, violència domèstica. Impacte: efectes ++ en la reducció dels símptomes internalitzants (canvis d'humor, trastorns alimentaris) de la ST (família, grup, grup multifamiliar, teràpia familiar). Efectes ++ en la millora dels vincles entre famílies i infants en les MST; l'MST-CAN és més beneficiosa en l'àmbit de l'abús, amb efectes ++ en la millora de la salut mental en infants i adolescents i de la simptomatologia psiquiàtrica dels progenitors.
van der Stouwe T, 2014 [6]	Joves ofensors: – Reducció del volum de nous episodis d'abús – Reducció de simptomatologia associada – Millora del funcionament social i el rendiment	Joves ofensors: Psychopathology, internalizing and externalizing skills, skills and cognitions Famílies i persones cuidadores: Parental skills, family functioning, parental mental health	Interval: 0-12 months and until 13,7 years follow up.	No descrits	Teràpies amb joves ofensors 5 Teràpia familiar 3 Multisystemic (family) therapy Població: joves ofensors o famílies i persones cuidadores Tipus de violència: estudis en els àmbits de delinqüència, delictes en general, violència, violència sexual (tres estudis); estudis mixtos. Impacte: efectes ++ en la reducció de la delinqüència i la psicopatologia, l'ús de substàncies i els factors familiars en la MST (efectes petits).

Taula 8 [continuació]. Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos generals de les intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors (RSEC, n = 8).

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Dopp A, 2017 [7]	Joves ofensors: – Reducció de simptomatologia associada	Joves ofensors: Antisocial behavior after the completion of treatment	2,5 anys (interval: 0-21,9)	No valorats	<p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Teràpia familiar 3</p> <p>Family based treatment</p> <p>Població: joves ofensors (i famílies i persones cuidadores)</p> <p>Tipus de violència: estudis en l'àmbit de la violència sexual, física, violència</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció de la conducta antisocial tenint en compte les teràpies familiars amb joves ofensors.</p>
Sydow K, 2013 [8]	Joves ofensors: – Millora del funcionament social i el rendiment – Reducció de simptomatologia associada	Joves ofensors: Social and family functioning, ADHD symptoms improvement, reduction in behavioural problems, family interaction	Follow up until 14 years in some studies. Range: 3 months to 12 months, more than 12 month and up to 14 years	We found no indication for adverse effects of systemic (family) therapy	<p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Teràpia familiar 3</p> <p>Systemic family therapy</p> <p>Població: joves ofensors i famílies o persones cuidadores</p> <p>Tipus de violència: en gairebé tots els estudis sobre abús de substàncies, violència sexual, física (estudis mixtos)</p> <p>Impacte: efectes ++ en la reducció de trastorns externalitzants i delinqüència juvenil en la SFT. En diversos estudis la SFT va mostrar més eficàcia que els grups de control sense intervenció psicosocial; era igual d'eficaç que les CBT a escala individual o grupal.</p>

Taula 9a. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat, consideracions metodològiques i implicacions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions per a joves ofensors basats en RSEC de robustesa general i qualitat moderades o elevades^a

Autor, any	Millores en el grup d'intervenció	Millores no significatives en el grup d'intervenció
<p>Corabian P, 2010 [1]</p>	<p>Efectes ++ en la reducció d'episodis violents</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Sexual offenses treatment (SOT): inclouen cognitive behavioural therapy (CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Recidives vinculades a episodis violents (efect en comparació amb programes adreçats només a persones adultes, OR:1,4, CI 95%: 1,08-1,90).* — ↓ Taxa de reincidència (amb efectes fixos i aleatoris, indiquen taxes més baixes en els grups d'intervenció en comparació amb els controls tant en persones adultes, OR: 0,7, CI 95%: 0,6-0,9, com en adolescents, OR: 0,2, CI 95%: 0,1-0,6). 	<p>Efectes no significatius o en el límit de la significació</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Sexual offenses treatment (SOT): inclouen cognitive behavioural therapy (CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> — Els resultats de les recidives vinculades a episodis violents descrits en els efectes ++ es troben en el límit de la significació estadística (per a joves ofensors, OR: 2,3, IC 95%: 1,01-5,4, i només per a persones adultes, OR: 1,4, CI 95%: 1,08-1,90).*
<p>Enebrink P, 2011 [2]</p>	<p>Efectes ++ en la reducció d'episodis violents</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Teràpia familiar 3</p> <p>Multisystemic therapy (MST), Cognitive behavioral therapy (CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> — ↓ Recidives vinculades a episodis violents en la <i>multisystemic therapy</i> (MST) i la <i>cognitive behavioural therapy</i> (CBT) en un ACA, (9 anys de seguiment; RR: 0,18, CI 95%: 0,04-0,7; 46% de recidives en el grup de control). 	<p>Efectes no significatius o en el límit de la significació</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <ul style="list-style-type: none"> — ∅ Diferències no significatives en les recidives sexuals en el grup d'intervenció de la CBT en comparació amb el grup de control (un estudi observacional amb 148 joves ofensors, RR: 0,4, CI 95%: 0,16-1,03); 21% d'esdeveniments en el grup de control. — ∅ Diferències no significatives en els efectes de la CBT en infants amb problemes de conducta sexualitzada cap a altres infants en un ACA amb n = 135 (RR: 0,16, CI 95%: 0,02-1,25); 10% d'esdeveniments en el grup de control.

a Es presenten les RSEC de robustesa general ● moderada i qualitat AMSTAR-2 ●● moderada o alta; heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 3 es presenten les RSEC amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

* NOTA: no queden clars el lloc, el tipus d'intervenció, el nombre de sessions, el tipus de delictes i les característiques de la població, entre altres variables clau.

Taula 9b. Resultats específics d'eficàcia i efectivitat, consideracions metodològiques i implicacions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions per a joves ofensors basats en RSEC de robustesa general moderada i qualitat baixa segons AMSTAR-2^a

Autor, any	Milliores en el grup d'intervenció	Milliores no significatives en el grup d'intervenció
Långström N, 2016 [3]	<p>Efectes ++ en la reducció d'episodis violents</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Cognitive Behavioural Therapy (CBT)</p> <p>Teràpia familiar 3</p> <p>Multisystemic therapy (MST)</p> <p>— ↓ Reducció de les recidives dels joves ofensors en la MST en comparació amb el tractament habitual amb CBT (un ACA amb 24 casos, Borduin; prevenció de recidives, RR: 0,18, CI 95%: 0,04-0,73). En un estudi observacional comparant CBT (n = 58) i teràpia familiar (n = 90) es mostra una probabilitat més alta de recidives en el grup de control (Worling). En ambdós estudis s'estima un risc de biaix moderat.</p>	<p>Efectes no significatius o en el límit de la significació</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Cognitive Behavioural Therapy (CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> – ∅ No es mostra evidència sobre l'efecte de la CBT en les recidives sexuals en joves ofensors amb risc baix o alt de recidiva. – ∅ Evidència insuficient per determinar si l'efecte de la CBT combinada amb el suport familiar és superior en comparació amb el tractament estàndard en la prevenció de recidives sexuals.
Hockenhull JC, 2012 [4]	<p>Efectes ++ en la reducció d'episodis violents</p> <p>Teràpies amb joves ofensors 5</p> <p>Cognitive Behavioural Therapy (CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'únic conjunt comparable en les teràpies cognitives conductuals (CBT) de diversos tipus amb una sèrie de comparadors actius i en llista d'espera (presó, control de la ira, psicoteràpia i afins). – Entre els estudis localitzats, n'hi ha relativament pocs que se centrin en conductes agressives o violentes com a desenllaços. En la majoria el desenllaç es defineix en termes no conductuals, hostilitat o ira (per exemple, l'STAXI), que només es poden detectar mitjançant l'autoinforme. 	<p>Efectes no significatius o en el límit de la significació</p> <p>No queda clar si es troben diferències significatives.</p>

a Es presenten les RSEC de robustesa general 🟡 moderada i qualitat AMSTAR-2 🔴 baixa (en aquest subgrup de RSEC hi ha un o dos ítems amb una puntuació AMSTAR-2 inferior a 17); heterogeneïtat i limitacions mostrades en els estudis primaris. En l'annex 3 es presenten els estudis amb robustesa i qualitat AMSTAR-2 més baixes.

Reflexions finals

Reptes d'aquest encàrrec

Aquest projecte ha plantejat tres reptes importants:

Nomenclatures, classificacions i components de les intervencions

En el cas de les intervencions basades en teràpies cognitives conductuals focalitzades en el trauma (CBT-TF) i tècniques de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR), es va trobar més homogeneïtat en la nomenclatura utilitzada en la literatura i en els seus components. No obstant això, alguns autors no fan servir el terme “trauma-focused” perquè no són teràpies específiques per a l'abordatge del trauma, sinó CBT general. En aquest cas, es tracta de teràpies cognitivoconductuals més generalistes, que no se centren en el component traumàtic.

Les intervencions en què s'observen més variants quant a la terminologia utilitzada en els estudis publicats són la teràpia familiar, la teràpia psicodinàmica focal i les intervencions dirigides a joves ofensors. En aquest darrer cas, no es van acotar de forma específica a l'inici de l'encàrrec. Aquesta variabilitat ha fet més complexa la definició de les estratègies de cerca, la lectura crítica i l'anàlisi dels beneficis i riscos d'aquestes intervencions i, sobretot, la validació de la seva inclusió i la seva classificació adequada.

Dissenys d'estudi

Un altre repte important ha estat determinar els tipus de disseny d'estudi que s'inclourien en aquesta revisió sistemàtica. Algunes de les intervencions són complexes i multicomponent, fet que en dificulta l'avaluació mitjançant assaigs experimentals (aleatoritzats). En aquest context de violència sexual i física, es poden plantejar consideracions ètiques en el procés d'aleatorització dels pacients en les intervencions. A més, incloure pacients amb uns criteris d'inclusió molt estrictes pot ser un repte afegit.

Per avaluar els beneficis en les condicions de la pràctica clínica rutinària (efectivitat clínica) caldrien mostres suficientment grans i representatives de la població tractada. Per tant, a més d'incloure assaigs experimentals controlats i aleatoritzats (ACA) per valorar-ne l'eficàcia, es van considerar altres dissenys d'estudi observacionals, com els quasiexperimentals i els assaigs no aleatoritzats, per avaluar-ne l'efectivitat.

Característiques de la població d'estudi

El tercer repte està relacionat amb la població estudiada. Es van incloure estudis amb infants i adolescents i les seves famílies cuidadores que haguessin viscut esdeveniments de violència física o sexual, amb o sense altres tipus de maltractament, com el psicològic o l'emocional, la negligència o l'abandonament. Per tal de potenciar la màxima homogeneïtat es van descartar estudis en població adulta, tret que s'inclouguessin estudis mixtos de població infantil o adolescent i població adulta. En el cas dels joves ofensors, també es va acotar l'edat fins als 18 anys.

Una possibilitat inicialment discutida era focalitzar la cerca de l'evidència segons psicopatologies més freqüents, com el TEPT, la depressió, l'ansietat o els trastorns de conducta. Tanmateix, això

es va desestimar, ja que no tots els infants o adolescents que presenten aquest tipus de problemes de salut mental han viscut maltractament o violència. En aquest sentit, per exemple, es va veure que en alguns estudis dirigits a avaluar la TF-CBT o l'EMDR en poblacions en edats pediàtriques es combinen estudis de poblacions que han viscut diferents tipus de traumes. En cas que els estudis estiguessin dirigits a un tipus de patologia específica com el TEPT, s'hi podien incloure poblacions amb traumes derivats de diversos esdeveniments adversos primerencs, com ara guerres, morts de familiars, desastres naturals, accidents o altres tipus de violència. Per aquest motiu, la població d'estudi d'aquesta revisió no es va acotar per patologia. A més, com s'ha mencionat a la introducció, no tots els infants i adolescents que presenten episodis de violència física o sexual acaben desenvolupant psicopatologia.

D'altra banda, cal tenir present que la gravetat de la violència viscuda no és l'única variable que pot influir a l'hora de presentar seqüeles o no, sinó que hi ha altres variables importants, com la cronificació o la relació amb l'ofensor. En aquest sentit, cal aprofundir en els factors pronòstics per entendre millor aquests mecanismes.

Intervencions i beneficis mostrats

Les intervencions psicològiques estudiades amb més freqüència i dirigits a millorar la simptomatologia en salut mental i el benestar psicològic en la infància i l'adolescència quan s'ha viscut aquest tipus d'esdeveniments traumàtics han estat les TF-CBT i l'EMDR. També s'han trobat de forma freqüent estudis sobre psicoteràpies enfocades a treballar de manera conjunta amb les famílies o les persones cuidadores principals (amb abordatge CBT, TF-CBT o altres modalitats de les teràpies cognitives conductuals, a més d'abordatges sistèmics). En el cas de les intervencions psicodinàmiques, en la majoria dels estudis de millor qualitat metodològica s'inclou el component de la teràpia del joc o es combina amb altres intervencions psicològiques, com ara la CBT o la TF-CBT. Tot i observar beneficis de les psicoteràpies familiars, no s'han trobat estudis sobre les teràpies familiars de reparació.

Entre les intervencions psicològiques estudiades, s'han mostrat beneficis de la TF-CBT, l'EMDR, els components de la teràpia del joc amb perspectiva psicodinàmica i les teràpies familiars en infants i adolescents que han viscut sobretot violència sexual en comparació amb les intervencions habituals (psicosocials, comunitàries o altres intervencions), la llista d'espera o la no intervenció.

Quant a les intervencions psicològiques en joves ofensors (en referència principalment a la violència sexual o física cap a altres infants i adolescents), la major part d'aquestes incorporaven un abordatge mixt amb les seves famílies i les més freqüents eren les que incorporaven un abordatge sistèmic (MST, ST) o cognitiu conductual (CBT), com la intervenció anomenada teràpia de l'abús sexual (SOT). Es mostren certs beneficis en la reducció del nombre de nous episodis de violència o la millora de la simptomatologia clínica de les conductes violentes i externalitzants.

Tot i aquests beneficis, i tal com s'apunta en les RSEC de referència publicades per Cochrane, AHRQ o l'OMS, s'han descrit una baixa qualitat metodològica dels estudis primaris inclosos; una elevada heterogeneïtat de les poblacions i intervencions, que mostren diversitat de nomenclatures i components, així com desenllaços molt diversos. Les mides mostrals reduïdes de pacients en molts d'aquests estudis primaris, la manca de seguiments a llarg termini, així com la falta d'informació sobre variables rellevants (qui fa la intervenció, en quin context es fa o l'edat i el gènere

dels infants i adolescents i les seves famílies), dificulten la formulació de conclusions robustes pel que fa a l'eficàcia i l'efectivitat clíniques de les intervencions avaluades. A part que no en tots els estudis analitzats es detalla aquesta informació PICO, una limitació addicional és que no s'hi descriu el perfil dels professionals que implementen les intervencions, que podria ser un factor important a tenir present en l'avaluació dels beneficis de les intervencions.

En la majoria dels estudis no es fa cap menció sobre la valoració de la seguretat clínica o l'aparició d'efectes adversos de la intervenció. En cas que s'hagi fet, l'augment de símptomes clínics s'ha considerat com a potencials esdeveniments adversos. En aquest sentit, en estudis futurs s'hauria de confirmar l'augment de la simptomatologia clínica o de les seqüeles no desitjades a causa de les intervencions (victimització secundària).

Limitacions d'aquest projecte

Cal mencionar limitacions importants en aquest projecte. D'una banda, es va desenvolupar un protocol d'estudi registrat a PROSPERO i aplicat a una metodologia robusta i sistemàtica, tot i que l'equip s'ha trobat amb dificultats en el procés d'inclusió i lectura crítica. Els estudis no sempre eren prou explícits sobre si es consideraven intervencions psicoeducatives, psicosocials o psicològiques ni sobre el tipus de modalitat o psicoteràpia que complia els criteris d'inclusió. L'heterogeneïtat en la nomenclatura podria haver introduït algun biaix, en el sentit d'haver provocat l'exclusió d'alguna publicació rellevant en la primera fase de selecció dels estudis.

D'altra banda, el procés de lectura crítica de les RSEC es va estendre més del previst pel volum d'estudis identificats i l'heterogeneïtat trobada. L'equip coordinador d'AQuAS va executar les cerques per complementar la documentació amb estudis primaris (fase 2). Els pocs estudis que es va acordar incloure en la fase 2 no van aportar evidència addicional robusta. Per aquest motiu, la base principal d'aquesta RSEC són les revisions i la metanàlisi.

No es va aplicar cap criteri d'exclusió respecte a la qualitat i tampoc no es va aplicar la metodologia GRADE, que implica la selecció dels estudis de millor qualitat, se centra en l'evidència dels estudis primaris i valora l'evidència segons un subgrup de desenllaços acordats. En estudis futurs es podrien aplicar abordatges més sofisticats.

Atesa l'heterogeneïtat, es va incloure el màxim de publicacions possible per entendre el fenomen d'estudi (incloent-hi poblacions, intervencions, desenllaços i resultats, i valorant les conclusions i recomanacions dels autors i les limitacions mencionades), però no es va dur a terme una anàlisi de solapament d'estudis primaris entre les RSEC incloses per a la síntesi de l'evidència. De nou, aquest fet podria sobreestimar els beneficis mostrats de les intervencions psicològiques analitzades. Aquest tipus d'anàlisi més complexa s'hauria de tenir en compte en estudis futurs amb preguntes clíniques molt més acotades.

Hauria estat desitjable comentar els resultats amb un grup més ampli de professionals, així com incorporar la veu dels infants i adolescents que han viscut violència sexual o física, la dels joves ofensors i la de les seves famílies per tal de recollir les seves preferències i els seus valors respecte a les intervencions valorades. Tot i això, el fet que a l'equip hi hagi una àmplia representació multidisciplinària i diferents enfocaments terapèutics ha permès tenir en compte diverses mirades.

Per acabar, cal dir que l'abast de l'estudi inclou cinc intervencions. És possible que s'hagin deixat de banda altres intervencions psicològiques d'interès que s'estan aplicant en la pràctica clínica rutinària i de les quals no es té evidència en aquests moments, com ara les teràpies de trauma i regulació de l'afecte, vinculació, autoregulació i competència o herois de la vida real, així com la teràpia dialecticoconductual, que cada cop s'aplica més en casos de violència sexual (Perry i Cristine, 2015).

Conclusions generals

En la línia de l'evidència descrita en les revisions sistemàtiques de referència, en aquest projecte es recullen estudis en què es descriuen els beneficis de les intervencions psicològiques valorades.

Els beneficis d'aquestes intervencions se centren en la millora de l'estat de salut mental, el restabliment de vincles i les relacions de les famílies cuidadores amb els infants i adolescents que han viscut violència sexual o física. En el cas dels joves ofensors, els beneficis descrits en les publicacions es vinculen sobretot a la reducció del nombre d'episodis violents. En els estudis es descriuen beneficis a curt termini comparant les intervencions psicològiques seleccionades amb grups de control que reben intervencions habituals (psicosocials, comunitàries), estan en llista d'espera o no reben cap intervenció.

Tot i les limitacions mencionades, actualment les intervencions que més evidència han mostrat en termes de reducció de l'impacte negatiu de la violència sexual i física sobre la salut dels infants i adolescents han estat la TF-CBT i l'EMDR, amb intervencions psicològiques combinades amb les famílies. En el cas dels joves ofensors, les intervencions més freqüents en la literatura i que més beneficis han mostrat són les teràpies sistèmiques familiars.

Recomanacions per a investigacions i accions futures

Cal continuar promovent la cultura avaluativa de les intervencions psicològiques en aquest àmbit d'estudi, de l'atenció en la pràctica clínica rutinària al sistema d'utilització pública de Catalunya. També cal continuar investigant els beneficis i riscos d'aquest tipus d'intervencions psicològiques complexes a les àrees de pediatria i salut mental.

Serà necessari que les entitats implicades puguin comentar els resultats de l'evidència trobada a escala operativa, tenint en compte les característiques del proveïdor, el territori, el context d'atenció, les necessitats de la població atesa i els seus valors i preferències.

Es considera clau fomentar l'enregistrament sistemàtic de la informació bàsica de la població atesa per part dels professionals per poder descriure l'ús i l'accés que se'n fa als serveis de Catalunya. Per exemple, és rellevant recollir de forma sistemàtica informació sobre les característiques demogràfiques (edat i gènere), l'estat de salut (físic i mental) i les intervencions que s'apliquen segons el context de les organitzacions (si es fan intervencions en l'àmbit públic, concertat o privat de forma complementària i altres intervencions, com les farmacològiques, les psicoeducatives o les tècniques de meditació).

A continuació, s'enumeren alguns elements destacats que emergeixen del treball de síntesi dut a terme, les recomanacions mencionades en els estudis inclosos i les reflexions de l'equip que s'haurien de tenir presents per a estudis avaluatius en el futur:

- Importància d'avaluar quins components específics de les teràpies generen millores (Cary, 2012; Chen, 2018).
- Definir quan apareixen els símptomes (i si apareixen) i quan caldria intervenir segons les necessitats de la població i fer èmfasi en els seguiments per prevenir i proposar les estratègies d'actuació més adequades en funció dels perfils i el context.
- Aprofundir en quins perfils d'infants i adolescents presenten més beneficis aquestes intervencions; quins són els mecanismes de protecció, resiliència i risc d'augment de les potencials seqüeles en la salut, i millora dels vincles, el funcionament social i familiar i les recidives.
- Avaluar els possibles efectes negatius de les intervencions (segons Leenarts, 2013), tenint present la possible victimització secundària o la no efectivitat de les intervencions.
- Aquest estudi se centra en intervencions psicològiques específiques. Malgrat això, en la pràctica clínica rutinària les intervencions psicoterapèutiques en l'àmbit de la violència i l'assistència pública poden ser multimodals. En estudis futurs caldrà aprofundir en l'evidència de la combinació d'aquestes intervencions i explorar si milloren l'eficàcia i l'efectivitat terapèutiques i el benestar psicològic dels infants i adolescents (Cloitre, 2009; Cloitre, 2002; Gudiño 2014).
- Aprofundir en els antecedents de violència a la família, que són clau a l'hora de definir els abordatges i les intervencions més adients, ja que la transmissió intergeneracional de la violència, tant en la població que ha viscut violència com en la població que l'ha perpetrat, és un element habitual en la pràctica clínica rutinària.
- Cal continuar avançant en l'estudi d'altres factors que poden intervenir en l'anàlisi de l'eficàcia i l'efectivitat, com ara les característiques dels professionals (psicoterapeutes) i com aquestes poden influir sobre els beneficis de les intervencions psicològiques. En aquest sentit, factors com la necessitat formativa, l'empatia, les habilitats comunicatives o la connexió entre el psicoterapeuta i els pacients s'haurien de tenir presents per avaluar l'eficàcia i l'efectivitat de les intervencions psicològiques seleccionades.
- Consensuar les escales i els qüestionaris més rellevants per avaluar l'impacte de les seqüeles en la salut mental a causa de la violència sexual, física o altres negligències o esdeveniments violents en la pràctica clínica rutinària a Catalunya i en el context del Sistema Nacional de Salut en general.
- Finalment, és clau avaluar fins a quin punt els aspectes organitzatius i del seu funcionament poden tenir un impacte favorable o indesitjable sobre els pacients. De forma específica, si el treball multidisciplinari, coordinat i centrat en les persones de 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, entre altres, poden potenciar els beneficis per als infants i adolescents i les seves famílies. És clau avaluar l'impacte de les intervencions en el temps i a mitjà i llarg termini i reforçar les actuacions en salut mental i en l'àmbit pediàtric.

Consideracions finals

La participació multidisciplinària i experta d'un equip ampli de professionals al llarg del projecte ha aportat molt valor a aquesta revisió. Sense l'equip aquest treball col·laboratiu i de transferència del coneixement no hauria estat possible.

A partir dels resultats d'aquest estudi s'espera poder definir, conjuntament amb entitats proveïdores i organitzacions referents, actuacions formatives alineades amb el Protocol d'actuació davant de maltractaments de la Secretaria de Salut Pública del Departament de Salut i el Pla director de salut mental i addiccions del Servei Català de la Salut.

Per acabar, cal reforçar els plans funcionals ja existents i continuar promovent l'avaluació contínua de la qualitat assistencial en aquests àmbits que tradicionalment han estat menys avaluats.

