

**INFORME**  
Setembre 2021

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

## Annexos

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 centres 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, juliol 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

## Annexos

*ciberesp*

Salut/  Agència de Qualitat i Avaluació  
Sanitàries de Catalunya



**Generalitat  
de Catalunya**

# Índex annexos

<b>Annex 1. Bibliografia</b>	<b>5</b>
<b>Annex 2. Resultats addicionals nens, nenes i adolescents</b>	<b>13</b>
<b>Annex 3. Resultats addicionals joves ofensors</b>	<b>69</b>
<b>Annex 4. Resultats estudis primaris (fase 2)</b>	<b>90</b>
<b>Annex 5. Bibliografia exclosos i motius</b>	<b>108</b>
<b>Annex 6. Criteris inclusió i exclusió</b>	<b>117</b>

# Annex 1. Bibliografia

## Inclusos fase 1: RSECs:

- **Abbass**, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 863–875. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- **Barlow**, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K., & Wei, Y. (2015). Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD010534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub2>
- **Bennett, R. S.**, Denne, M., McGuire, R., & Hiller, R. M. (2020). A Systematic Review of Controlled-Trials for PTSD in Maltreated Children and Adolescents. *Child Maltreatment*, 1077559520961176. <https://doi.org/10.1177/1077559520961176>
- **Cary CE**, 2012. (2012). The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *DARE*. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2012.01.003>
- **Chen, R.**, Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 9, 534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>
- **Choudhary, V.**, Satapathy, S., & Sagar, R. (2016). Review of Randomized Controlled Trials on Psychological Interventions in Child Sexual Abuse: Current Status and Emerging Needs in the Indian Context. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(4), 279–284. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.185954>
- **Corabian P**, 2010. (2010). Treatment for convicted adult male sex offenders. *Health Technology Assessment (HTA) Database*. Retrieved from <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=32010001719>
- **de Medeiros C**, D.D., M., & J., D. J. M. (2010). A systematic review to study the efficacy of cognitive behavioral therapy for sexually abused children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 37(2), 63–73. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000200006>
- **Dopp, A. R.**, Borduin, C. M., White, M. H., & Kuppens, S. (2017). Family-based treatments for serious juvenile offenders: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 335–354. <https://doi.org/10.1037/ccp0000183>
- **Enebrink P**, 2011. (2011). Medical and psychological methods for preventing sexual offences against children. *Health Technology Assessment (HTA) Database*. Retrieved from <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=32011001015>
- **Fraser Goldman J.**, Lloyd, S., Murphy, R., Crowson, M., Zolotor, A. J., Coker-Schwimmer, E., & Viswanathan, M. (2013). A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused

- interventions for children exposed to maltreatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, 34(5), 353–368. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31828a7dfc>
- **Gillies, D.**, Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., & O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD012371. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
  - **Gillies, D.**, Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD006726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
  - **Hetrick, S. E.**, Purcell, R., Garner, B., & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD007316. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007316.pub2>
  - **Hockenull, J. C.**, Whittington, R., Leitner, M., Barr, W., McGuire, J., Cherry, M. G., ... Dickson, R. (2012). A systematic review of prevention and intervention strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16(3), 1–152. <https://doi.org/10.3310/hta16030>
  - **Howarth, E. et al.** (2017). IMPROving Outcomes for children exposed to domestic Violence (IMPROVE): an evidence synthesis. *Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 Dec. Public Health Research*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27977089/>
  - **Kim, S.**, Noh, D., & Kim, H. (2016). A Summary of Selective Experimental Research on Psychosocial Interventions for Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(5), 597–617. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1181692>
  - **Långström, N.**, Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 347, f4630. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4630>
  - **Leenarts, L. E. W.**, Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269–283. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>
  - **Lester S.**, 2019. (2019). What helps to support people affected by Adverse Childhood Experiences? A Review of Evidence. *EPPI Centre*. Retrieved from [http://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/ACEs\\_report-041119\\_1.pdf](http://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/ACEs_report-041119_1.pdf)
  - **Lewey JH, et al.** (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7163897/>
  - **Lindstrom Johnson, S.**, Elam, K., Rogers, A. A., & Hilley, C. (2018). A Meta-Analysis of Parenting Practices and Child Psychosocial Outcomes in Trauma-Informed Parenting Interventions after Violence Exposure. *Prevention Science : The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 19(7), 927–938. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0943-0>
  - **Lorenc, T.**, Lester, S., Sutcliffe, K., Stansfield, C., & Thomas, J. (2020). Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 657. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08789-0>
  - **Macdonald, G.**, Higgins, J. P. T., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P., Klein, P., ... Taylor, M. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(5), CD001930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001930.pub3>

- **Macdonald, G.**, Livingstone, N., Hanratty, J., McCartan, C., Cotmore, R., Cary, M., ... Churchill, R. (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20(69), 1–508. <https://doi.org/10.3310/hta20690>
- **Mavranezouli, I.**, Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., ... Pilling, S. (2020). Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- **McTavish, J. R.**, Santesso, N., Amin, A., Reijnders, M., Ali, M. U., Fitzpatrick-Lewis, D., & MacMillan, H. L. (2019). Psychosocial interventions for responding to child sexual abuse: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 104203. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104203>
- **Miller-Graff, L. E.**, & Campion, K. (2016). Interventions for Posttraumatic Stress With Children Exposed to Violence: Factors Associated With Treatment Success. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 226–248. <https://doi.org/10.1002/jclp.22238>
- **Purgato, M.**, Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., & Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD011849. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
- **Retzlaff, R.**, von Sydow, K., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: a systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52(4), 619–652. <https://doi.org/10.1111/famp.12041>
- **Rhoden, M.-A.**, Macgowan, M. J., & Huang, H. (2018). A Systematic Review of Psychological Trauma Interventions for Juvenile Offenders. *Research on Social Work Practice*, 29(8), 892–909. <https://doi.org/10.1177/1049731518806578>
- **Roos, C.** de, Rommelse, N., Donders, R., Knipschild, R., Bicanic, I., & Jongh, A. de. (2020). Response to “Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(1), 89–91. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00257-1>
- **Rosa-Alcázar, A. I.**, Sánchez-Meca, J., & López-Soler, C. (2010). [Psychological treatment of physical maltreatment and negligence in children and adolescents: a meta-analysis]. *Psicothema*, 22(4), 627–633.
- **Sánchez de Ribera, O.**, Trajtenberg, N., & Christensen, L. S. (2020). Evaluating the quality of meta-analytical reviews using the AMSTAR-2: A systematic review of meta-analytical reviews regarding child sexual abuse interventions. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104463. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104463>
- **Sánchez-Meca, J.**, Rosa-Alcázar, A. I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1). Retrieved from <http://www.epistemonikos.org/documents/661aa4de9bcd879daf1fcb52fd7d74f7d5ebd7fb>
- **Sydow, K.** von, Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576–618. <https://doi.org/10.1111/famp.12047>

- **van der Stouwe, T.**, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- **Viswanathan M**, 2020. (2020). Treatment of Depression in Children and Adolescents. *Effective Health Care Program (AHRQ)*. Retrieved from <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/cer-224-depression-children-final-report.pdf>

## Inclusos fase 2: estudis primaris basats en un ACA o quasiexperimentals:

- **Asscher, J. J.**, Deković, M., Van den Akker, A. L., Prins, P. J. M., & Van der Laan, P. H. (2018). Do Extremely Violent Juveniles Respond Differently to Treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 958–977. <https://doi.org/10.1177/0306624X16670951>
- **Farnia, V.**, Naami, A., Zargar, Y., Davoodi, I., Salemi, S., Tatari, F., ... Alikhani, M. (2018). Comparison of trauma-focused cognitive behavioral therapy and theory of mind: Improvement of posttraumatic growth and emotion regulation strategies. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 58. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_140\\_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_140_17)
- **Hahn, H.**, Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect*, 92, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.010>
- **Kane, J. C.**, Murray, L. K., Cohen, J., Dorsey, S., Skavenski van Wyk, S., Galloway Henderson, J., ... Bolton, P. (2016). Moderators of treatment response to trauma-focused cognitive behavioral therapy among youth in Zambia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(10), 1194–1202. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12623>
- **Karam, E. A.**, Sterrett, E. M., & Kiaer, L. (2017). The Integration of Family and Group Therapy as an Alternative to Juvenile Incarceration: A Quasi-Experimental Evaluation Using Parenting with Love and Limits. *Family Process*, 56(2), 331–347. <https://doi.org/10.1111/famp.12187>
- **Kolko, D. J.**, Herschell, A. D., Baumann, B. L., Hart, J. A., & Wisniewski, S. R. (2018). AF-CBT for Families Experiencing Physical Aggression or Abuse Served by the Mental Health or Child Welfare System: An Effectiveness Trial. *Child Maltreatment*, 23(4), 319–333. <https://doi.org/10.1177/1077559518781068>

## Bibliografia general:

- Amado BG, Arce R, Herraiz A. **Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review**. *Psychosocial Intervention* 24 (2015) 49–62.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. **Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis**. *British Journal of Psychiatry*; 2007; 190, 97-104; doi:10.11 92 / bjp 106021402.
- Boletín oficial de las cortes generales (BOCG). **Proyecto de ley orgánica de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia**. Congreso de los diputados, junio 2020.



- Brooks Keeshin B, Forkey HC, Fouras G, MacMillan HL. **Children exposed to maltreatment: assessment and the role of psychotropic medication.** *Pediatrics* 2020; 145 (2): e20193751
- [Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Siegel M, Stock S, Medicus J; AACAP Work Group On Quality Issues.](#) **Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 49(4): 414-30.
- Convention on the rights of the children. **General comment N° 24 (2019) on children's rights in the child justice system.** Committee on the rights of children. United Nations, 2019.
- Council of Europe's. **Convention on the Protection of Children against Sexual Exploitation and Sexual Abuse** (Lanzarote Convention; CETS No. 201); Disponible a: <https://www.europewatchdog.info/en/instruments/campaigns/one-in-five/>
- de Roos C, van der Oord S, Zijlstra B, Lucassen S, Perrin S, Emmelkamp P, de Jongh A. **Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: a multicenter randomized clinical trial.** *J Child Psychology and Psychiatry* 58:11 (2017), 1219–28.
- Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. **Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya.** Departament de Treball, Afers Socials i Famílies ; 2017.
- Dowd H, McGuire BE. McGuire. **Psychological treatment of PTSD in children: an evidence-based review.** *The Irish Journal of Psychology*, 32:1-2, 25-39, DOI: 10.1080/03033910.2011.611612
- Cloitre, M, Jackson, C., Bahl, A., & Gudino, O. (2009). **Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation for Adolescents. Brief STAIR-A.** Unpublished Treatment Manual. [http://www.nctsn.org/nctsn\\_assets/pdfs/materials\\_for\\_applicants/STAIRNST\\_2-11-05.pdf](http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/materials_for_applicants/STAIRNST_2-11-05.pdf)
- Cloitre, Marylene, Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). **Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>
- Echeburúa E, de Corral P. **Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia.** *Cuad Med Forense* 2006 ;12K(43-44)75-82.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. **Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador.** *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 2011; 19:2; 469-86.
- Farré, J. M., Peri, J. M., Lacasa, F., López, V., Serrano, E., Castillon, M., Deu, Angels, & Donaire, A. (2012). **Terapéuticas Psicológicas.** In P. Soler-Insa & J. Gascón-Barrachina (Eds.), *RTM IV, Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales.: Vol. 4ª* (Issue 20, p. 715). Comunicación y Ediciones Sanitarias S.L.
- Guerra C, Barrera P, Barrera P. **Psychotherapy for Victims of Sexual Abuse Inspired in Trauma Focused Cognitive-Behavior Therapy.** *Rev Psicología* 2017; 26(2), 1-13.
- Gudiño, O. G., Weis, J. R., Havens, J. F., Biggs, E. A., Diamond, U. N., Marr, M., Jackson, C., & Cloitre, M. (2014). **Group trauma-informed treatment for adolescent psychiatric inpatients: a preliminary uncontrolled trial.** *Journal of Traumatic Stress*, 27(4), 496–500. <https://doi.org/10.1002/jts.21928>

- **Informe sobre l'abús sexual infantil.** Primera edició. Síndic de Greuges de Catalunya;2016.
- Jernbro C, Janson S. **Violence against children in Sweden 2016. A national survey.** The Children's Welfare Foundation, Sweden; 2017.
- Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, and Walt G. **Describing the impact of health research: a Research Impact Framework.** BMC Health Services Research 2006, 6:134. <https://goo.gl/gZh7GF>.
- Leuzinger-Bohleber M, Kachèle H (Eds). **An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis.** Third Edition; London: International Psychoanalytical association; 2015.
- Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, et al. **Effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis.** Health Technology Assessment. National Institute for Health Research 2016.
- Macdonald G, Higgins JPT, Ramchandani P, et al. **Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused (Review).** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001930. DOI: [10.1002/14651858.CD001930.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001930.pub3).
- Maniglio R. **The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews.** *Clinical Psychology Review* 29 (2009) 647–57.
- Moreno-Alcázar A, Treen D, Valiente-Gómez A, Sio-Eroles A, Pérez V, Amann BL, Radua J. **Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials.** *Front Psychol.* 2017 Oct 10;8:1750. doi: [10.3389/fpsyg.2017.01750](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750). eCollection 2017. Review.
- Murray LK\*, Nguyen A, Cohen JA. **Child Sexual Abuse.** *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014 April ; 23(2): 321–337. doi:10.1016/j.chc.2014.01.003.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). **Child abuse and neglect.** NICE guideline 2017, Social Care Institute for Excellence; 2019.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). **Therapeutic interventions after abuse or neglect. A quick guide for practitioners and managers supporting children, young people and families.** Social Care Institute for Excellence; 2018.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). **Harmful sexual behaviour among children and young people.** Social Care Institute for Excellence; 2016.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). **Post-traumatic stress disorder:management.** Social Care Institute for Excellence; 2005.
- National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC). **Child Abuse and Neglect in the UK Today.** London: NSPCC; 2011.
- Orjuela López L, Rodríguez Bartolomé V. **Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales.** Save the children; 2012.
- Parker B, Turner W. **Psychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for children and adolescents who have been sexually abused.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD008162. DOI: [10.1002/14651858.CD008162.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008162.pub2).
- Perry, B. D., & Cristine, L. (2015). The Neurosequential Model of Therapeutics. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), **Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescents** (p. 368). Guilford Press.

- Pértega Díaz S, Pita Fernández S. **Revisiones sistemáticas y metaanálisis**. Cad Aten Primaria 2005; 12(2): 109-12.
- Pértega Díaz S, Pita Fernández S. **Revisiones sistemáticas y metaanálisis II**. Disponible a: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/metaanalisis/RSyMetaanalisis2.asp>
- Prieto-Larrocha M. **Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en Infancia Maltratada**. Tesis doctoral, 2015.
- Puñal-Riobóo J, Baños Álvarez E, Varela Lema L, Castillo Muñoz MA, Atienza Merino G, Ubago Pérez R, Triñanes Pego Y, Molina López T, López García M. En representación del grupo de trabajo de la **Guía para elaboración y adaptación de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias**. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la gestión del conocimiento en salud. Unidad de asesoramiento científico-técnico, avalia-t; 2026.
- -Registro Unificado de casos de Maltrato Infantil (RUMI). **Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia** Boletín número 22; Datos 2019; Ministerio de Sanidad; 2021.
- Registro Unificado de casos de Maltrato Infantil (RUMI). **Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia** Boletín número 21; Datos 2018; Ministerio de Sanidad; 2019.
- Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Jan Stams G. **Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis**. Clinical Psychology Review 29 (2009) 599–606.
- Sant Joan de Déu Barcelona Hospital. **Guies clíniques atenció ASI, agressions sexuals infanto-juvenils**; 2020.
- Secretaria de Salut Pública. **Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i en l'adolescència en l'àmbit de la salut**. Departament de Salut; 2019.
- Shedler J. **La eficacia de la psicoterapia psicodinámica**. American Psychological Association 0003-066X/10/\$12.00 Vol.65, No.2,98 –109 DOI: 10.1037/a0018378
- **The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies**. [Trauma Violence & Abuse](#) 16(4):401-417 · September 2015. DOI: [10.1177/1524838014537905](https://doi.org/10.1177/1524838014537905) (Pubmed)
- World Health Organization. **Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines**. World Health Organization; 2017
- World Health Organization **Guidelines for the management of conditions specifically related to stress**. Geneva: World Health Organization; 2013.

## Bibliografia metodològica:

- Ciapponi A. **AMSTAR-2: herramienta de evaluación crítica de revisiones sistemáticas de estudios de intervenciones de salud**. Evid Act Pract Ambul. 2018;21(1):4-13. Traducido, resumido y comentado de: Shea BJ, y col. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017; 358.j4008. PMID: 28935701 [PubMed - indexed for MED- LINE] PMCID: PMC5833365.

- Grupo de trabajo de la guía para la elaboración de recomendaciones y criterios de uso adecuado. **Guía para la elaboración de recomendaciones y criterios de uso adecuado de tecnologías sanitarias**. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2017.
- Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, *et al*. **GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes**. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):395-400.
- Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, *et al*. **GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes**. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(2):151-7.
- Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: **Assessing risk of bias in included studies**. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org).
- Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, Henry D, Altman DG, Ansari MT, Boutron I, Carpenter JR, Chan AW, Churchill R, Deeks JJ, Hróbjartsson A, Kirkham J, Jüni P, Loke YK, Pigott TD, Ramsay CR, Regidor D, Rothstein HR, Sandhu L, Santaguida PL, Schünemann HJ, Shea B, Shrier I, Tugwell P, Turner L, Valentine JC, Waddington H, Waters E, Wells GA, Whiting PF, Higgins JP. **ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions**. *BMJ*. 2016;355:i4919. doi: 10.1136/bmj.i491

## **Annex 2. Resultats addicionals nens, nenes i adolescents**

**Intervencions psicològiques  
dirigides a infants i adolescents que  
han viscut violència (amb o sense les  
seves famílies cuidadores)**

**Taula 10.** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Abbass A,</b> 2013	Canadà	Universitat (Departament de Psiquiatria)	Metanàlisis per avaluar l'efectivitat de la <b>psicoteràpia psicodinàmica breu</b> per a una sèrie de trastorns mentals comuns en infants i adolescents.	ACA (RSEC amb metanàlisi)	11 (un estudi sobre violència sexual)	6	Ansietat, infant, depressió, psicoteràpia dinàmica.	<b>4</b> <b>Psicodinàmica</b>
<b>Barlow J,</b> 2015	Regne Unit	Universitat (Departament de Salut Mental i Benestar)	Avaluar l'efectivitat de la <b>psicoteràpia per a infants i progenitors (PIP)</b> en la millora de la salut mental dels progenitors i els infants i la relació entre ells.	ACA i quasiexperiments (RSEC amb metanàlisi)	8 (19 informes; un estudi sobre violència)	9	Revisió d'intervenció, revisió Cochrane, biblioteca Campbell.	<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Bennett R,</b> 2020	Regne Unit	Universitat (Departament de Psicologia)	Actualitzar la base d'evidència per a les intervencions psicològiques en casos de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) infantil relacionat amb maltractaments, en assaigs de control d' <b>intervencions psicològiques àmpliament definides</b> .	ACA i quasiexperiments (RSEC)	20	3 (actualització de Leenarts, 2013)	Revisió sistemàtica, maltractament infantil, tractament del TEPT, adolescència.	<b>1</b> <b>TF-CBT</b> <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Cary CE,</b> 2012	EUA	Universitat (Facultat d'Administració de Serveis Socials)	L'objectiu d'aquest estudi és revisar sistemàticament l'evidència de la capacitat de la <b>teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)</b> de reduir els símptomes d'estrès posttraumàtic, depressió i problemes de conducta en infants i adolescents que hagin viscut una situació traumàtica.	ACA (RSEC amb metanàlisi)	10 (12 publicacions)	8	TF-CBT, estrès posttraumàtic, depressió, problemes de conducta.	<b>1</b> <b>TF-CBT</b> <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
Chen R, 2018	Xina / Regne Unit	Hospital i universitat (Departament de Psiquiatria)	En aquest estudi es van revisar sistemàticament tots els assaigs controlats i aleatoritzats (ACA) en què s'avaluï l'efecte de l' <b>EMDR</b> en els símptomes de TEPT en persones adultes i infants exposats a un trauma infantil.	ACA	6	3	Trauma infantil, EMDR, revisió sistemàtica, símptomes de TEPT, infants i persones adultes, trauma complex.	2 EMDR
Choudhary V, 2016	Índia	Centre de salut (Departament de Psiquiatria)	Revisar l'evidència existent de les <b>intervencions integrades amb la teràpia cognitiva conductual (CBT)</b> en infants que hagin patit abusos sexuals.	ACA	17	3	Abusos sexuals infantils, intervenció psicològica, assaigs controlats i aleatoritzats, trauma.	1 TF-CBT 3 Teràpia familiar 4 Psicodinàmica
de Medeiros C, 2010	Brasil	Universitat (Departament de Psiquiatria)	Dur a terme una revisió sistemàtica dels estudis en què s'investiga l'ús de la <b>teràpia cognitiva conductual (CBT)</b> per al tractament d'infants i adolescents amb PETP que hagin patit abusos sexuals.	ACA	3 (se'n van excloure 40 per baixa qualitat)	8	PETP, abusos sexuals, infants, tractament, revisió sistemàtica	1 TF-CBT 3 Teràpia familiar

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
Gillies D, 2016	Austràlia	Centre de salut mental; Grup Cochrane de Salut Mental Comuna	Avaluar els efectes de les <b>teràpies psicològiques</b> en la prevenció del TEPT i els trastorns negatius emocionals, conductuals i de salut mental associats en infants i adolescents que han tingut una experiència traumàtica.	ACA	51 (20 en població pediàtrica)	4	Revisió d'intervencions, revisió Cochrane	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar*</b></li> </ol>
Gillies D, 2012	Austràlia	Centre de salut mental; Grup Cochrane de Salut Mental Comuna	Examinar l'efectivitat de les <b>teràpies psicològiques</b> la reducció del TEPT i els trastorns negatius emocionals, conductuals i de salut mental associats en infants i adolescents a qui s'hagi diagnosticat TEPT.	ACA (RSEC amb metanàlisi)	14 (20 publicacions)	5	Revisió d'intervencions, revisió Cochrane	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar*</b></li> </ol>
Goldman Fraser J, 2013	EUA	Institució governamental	Revisar sistemàticament l'evidència comparativa d'efectivitat de les <b>intervencions</b> per millorar les seqüeles negatives de l'exposició a maltractaments en infants d'entre 0 i 14 anys.	ACA i quasiexperimentals	17	4	Maltractament infantil, abusos infantils, negligència, trauma infantil, revisió, tractament, psicoteràpia.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>

\* Teràpia psicodinàmica com a grup de control en alguns estudis.



**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Típus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Típus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Hetrick S,</b> 2010	Austràlia	Centre de salut mental; Universitat	Avaluar Sí la combinació de <b>teràpia psicològica</b> i farmacoteràpia ofereix un tractament més eficaç per al TEPT que qualsevol d'aquestes intervencions administrada per separat.	ACA (RSEC amb metanàlisi)	4 (un estudi sobre infants)	8	Revisió d'intervencions, revisió Cochrane	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b></p>
<b>Howarth E,</b> 2017	Regne Unit	Organització governamental	Sintetitzar l'evidència sobre l'efectivitat clínica, la rendibilitat i l'acceptabilitat de les <b>intervencions</b> per a infants exposats a violència domèstica i abusos (VDA), amb l'objectiu de fer recomanacions per a la recerca futura.	ACA i quasiexperimentals	13 (54 informes)	12	Sistema Nacional de Salut del Regne Unit (NHS)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>Kim S,</b> 2016	Corea	Universitat (Facultat d'Infermeria)	Aquest estudi es va dur a terme per examinar les tendències actuals en <b>intervencions psicosocials</b> per a infants víctimes d'abusos sexuals amb una revisió de la recerca recent.	ACA i quasiexperimentals	18	7	Adolescent, abusos sexuals infantils, intervencions psicològiques, símptomes traumàtics	<p>1 <b>TF-CBT</b></p>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Leenarts, LE,</b> 2013	Països Baixos	Universitat (Departament de Psiquiatria Infantojuvenil)	Avaluar els <b>tractaments psicoterapèutics</b> per a infants exposats a maltractaments infantils i descriure els tractaments que se centren en una gran varietat de desenllaços psicopatològics	ACA i quasiexperimentals	33 estudis	4	Infant, trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), tractament, maltractament, conducta agressiva, psicopatologia relacionada amb el trauma	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Lester S,</b> 2019	Regne Unit	Universitat (Centre EPPI, Unitat de Recerca en Ciències Socials)	L'objectiu de la revisió era recopilar, avaluar i presentar evidència sobre <b>allò que ajuda</b> a mitigar els impactes negatius de les experiències adverses en la infància (EAI) o afavorir els desenllaços positius al llarg de la vida.	ACA (també estudis qualitius i consulta a experts)	155	23	Experiències adverses en la infància, revisió de l'evidència	<p>1 <b>TF-CBT</b></p>
<b>Lewey JH,</b> 2018 <b>Comentari editorial</b> <b>Ross,</b> 2019	EUA	Universitat (Departament de Psicologia Clínica)	Es va analitzar amb metanàlisi l'eficàcia de la <b>teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR) i la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)</b> per als símptomes del trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT).	RSEC amb metanàlisi, ACA i quasiexperimentals	10 RSEC amb metanàlisi i 30 ACA/quasi-experimentals	29	Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, CBT focalitzada en el trauma, efectivitat, TEPT, metanàlisi, infants, adolescents	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>2 <b>EMDR</b></p>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Típus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Típus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
Lindstrom Johnson S, 2018	EUA	Universitat (Facultat de Dinàmiques Socials i Familiars)	En aquest estudi s'investiguen amb metanàlisis els efectes de les <b>intervencions parentals habilitades per al tractament</b> de traumes en els desenllaços psicosocials de progenitors i infants per a infants exposats a una experiència traumàtica relacionada amb la violència.	ACA, quasiexperimentals	21	2	Atenció habilitada per al tractament de traumes, intervencions parentals, metanàlisi, revisió.	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
Lorenc T, 2020	Regne Unit	Universitat (Centre per a les Revisions i la Divulgació)	Proporcionar un mapa ampli de l'evidència sobre l'efectivitat de les <b>intervencions</b> per a infants i adolescents que han viscut experiències adverses en la infància (EAI) i identificar mancances en la literatura.	RSEC d'estudis primaris	27 RSEC (se n'exclouen 69 amb AMSTAR < 5,5)	23	Experiències adverses en la infància, abusos infantils, resiliència, psicològic, revisió sistemàtica	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>2 <b>EMDR</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
Macdonald G, 2016	Regne Unit	Universitat (Institut de Recerca de l'Atenció a la Infància)	Fer una síntesi de l'evidència sobre l'efectivitat, la rendibilitat i l'acceptabilitat de les <b>intervencions</b> dirigides a les conseqüències adverses del maltractament infantil.	ACA, quasiexperimentals i uns altres d'observacionals	198	17	Avaluació de tecnologia sanitària	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>2 <b>EMDR</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <p>4 <b>Psicodinàmica</b></p>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Macdonald G,</b> 2012	Regne Unit	Universitat (Institut de Recerca de l'Atenció a la Infància)	Avaluar l'eficàcia de les <b>intervencions cognitives conductuals (CBT)</b> per abordar les seqüeles immediates i a més llarg termini dels abusos sexuals en infants i adolescents de fins a 18 anys.	ACA, quasiexperimentals	10 (16 publicacions)	6	Informe Cochrane, revisió d'intervencions	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>
<b>Mavranezouli I,</b> 2020	Regne Unit	Universitat (psicologia clínica, educativa i de la salut)	L'objectiu d'aquest estudi era examinar l'efectivitat relativa dels <b>tractaments psicològics, psicosocials i altres tractaments no farmacològics</b> del trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) en infants i adolescents mitjançant la metanàlisi en xarxa (MAX).	ACA (RSEC amb metanàlisi)	32	5	Actualització de la directriu de NICE 2014 sobre el TEPT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> <li>4 <b>Psicodinàmica</b></li> </ol>
<b>McTavish JR,</b> 2019	Canadà	Universitat (Departament de Psiquiatria i Neurociències de la Conducta)	Resumir les conclusions d'una revisió sistemàtica en què s'informava sobre el desenvolupament de les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut relatives a les intervencions psicosocials en els abusos sexuals en la infància i l'adolescència.	ACA	15 (24 publicacions)	14	Abusos sexuals, infant, adolescent, intervencions psicosocials, Organització Mundial de la Salut, directriu OMS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Miller-Graff LE,</b> 2016	EUA	Universitat (Departament de Psicologia)	Identificar i oferir una revisió integral actualitzada de la literatura sobre el tractament del TEPT infantil i dur a terme una metanàlisi dels resultats de les <b>intervencions</b> que han contribuït de manera singular a les dades metanalítiques existents.	ACA i quasiexperimentals (RSEC amb metanàlisi)	74	2	Violència, estrès posttraumàtic, TEPT, infants, tractament, intervenció	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>2 <b>EMDR</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Purgato M,</b> 2018	Itàlia	Universitat (Departament de Neurociències)	Comparar l'efectivitat i l'acceptabilitat de les <b>teràpies psicològiques</b> en comparació amb les condicions de control adreçades a tractar les persones amb trastorns mentals que viuen a països amb ingressos baixos i mitjans (PIBM) afectats per crisis humanitàries.	ACA	33 (4 estudis en infants/adolescents)	5	Revisió Cochrane, revisió d'intervencions	<p>1 <b>TF-CBT</b></p>
<b>Retzlaff R,</b> 2013	Alemanya	Centre de salut (Centre de Medicina Psicosocial)	Analitzar l'eficàcia de la <b>teràpia sistèmica</b> en el tractament d'infants i adolescents.	ACA	38	6	Trastorns internalitzants, teràpia sistèmica, teràpia familiar, assaig controlat i aleatoritzat, eficàcia, recerca en psicoteràpia	<p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 10 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Rosa-Alcázar AI,</b> 2010	Espanya	Universitat (Facultat de Psicologia)	Metanàlisi dels estudis avaluatius sobre l'eficàcia diferencial dels <b>tractaments psicològics</b> dirigits a pal·liar els efectes perjudicials d'aquests tipus de maltractament sobre la salut física i mental dels menors.	Estudi avaluatiu abans i després	16	2	Grup de recerca universitari en infància i adolescència	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Sánchez de Ribera O,</b> 2020	Uruguai	Universitat (Facultat de Psicologia)	Aquest article té dos objectius: 1) oferir una revisió sistemàtica actualitzada de les revisions metanalítiques de <b>plans de tractament</b> sobre les intervencions amb víctimes d'abusos sexuals infantils (ASI); i 2) avaluar la qualitat de les revisions metanalítiques amb AMSTAR-2.	RSEC amb metanàlisi	9 (RSEC amb metanàlisi)	8	Abusos sexuals infantils, tractament, metanàlisi, revisió sistemàtica, avaluació de la qualitat, teràpia cognitiva conductual	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>2 <b>EMDR</b></p> <p>4 <b>Psicodinàmica (teràpia del joc)</b></p>
<b>Sánchez-Meca J,</b> 2011	Espanya	Universitat (Facultat de Psicologia)	L'objectiu de la nostra recerca era revisar l'evidència empírica, aplicant la metanàlisi, de l'eficàcia diferencial del <b>tractament psicològic</b> per a infants i adolescents que han patit abusos sexuals.	RSEC i metanàlisi	33	2	Abusos sexuals en la infància i l'adolescència, tractament psicològic, avaluació de resultats, metanàlisi	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>4 <b>Psicodinàmica (teràpia del joc)</b></p>
<b>Viswanathan M,</b> 2020	EUA	Organització governamental	En aquesta revisió sistemàtica (SR) s'aborden l'eficàcia, l'efectivitat comparada i els perjudicis de tipus de tractaments farmacològics i no farmacològics freqüents per a la depressió infantil.	ACA	60 (3 estudis maltractament/abús)	5	Informe AHRQ HTA, revisió de l'efectivitat comparada	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 11.** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC







Autor, any	Diagrama de flux inclosos/ exclosos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Abbass A,</b> 2013	Disponible	Disponible	Sí	JADAD	PRISMA	Elevada	Baixa	Qualitat baixa	 <b>Psicodinàmica</b>
<b>Barlow J,</b> 2015	Disponible	Disponible	Sí	Eina de la Col·laboració Cochrane per avaluar el risc de biaix	Cochrane, GRADE	Elevada	Alta	Qualitat baixa	 <b>Teràpia familiar</b>
<b>Bennett R,</b> 2020	Disponible	Disponible	Sí	Eines de la Col·laboració Cochrane per avaluar el risc de biaix (ROB.2 i ROBINS-I)	PROSPERO, PRISMA	Elevada	Baixa	Qualitat baixa	 <b>TF-CBT</b>   <b>Teràpia familiar</b>
<b>Cary CE,</b> 2012	Disponible parcialment	Disponible	Sí	Criteris ad hoc del grup d'autors	No s'expliciten	Baixa	Baixa	Dificultats en la interpretació dels resultats de la metanàlisi	 <b>TF-CBT</b>   <b>Teràpia familiar</b>
<b>Chen R,</b> 2018	Disponible	Disponible parcialment	Sí	Estàndard Platinum	PRISMA	Moderada	Baixa	Qualitat baixa; baix nombre casos	 <b>EMDR</b>

**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Choudhary V,</b> 2016	Disponible parcialment	Disponible	Sí	No s'explicita	No s'expliciten	<b>Baixa</b>	<b>Críticament baixa</b>	No s'expliciten	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <li><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> <li><b>4</b> <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</li> </ol>
<b>de Medeiros C,</b> 2010	Diagrama de flux no disponible o llistat dels motius d'exclusió	Disponible parcialment	Sí, parcialment	JADAD	No s'expliciten	<b>Baixa</b>	<b>Críticament baixa</b>	Qualitat baixa	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <li><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>
<b>Gillies D,</b> 2016	Disponible	Disponible	Sí	Risc de biaix de Cochrane	Informe Cochrane, GRADE	<b>Elevada</b>	<b>Alta</b>	Qualitat baixa	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <li><b>2</b> <b>EMDR</b></li> <li><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b> NOTA**</li> </ol>
<b>Gillies D,</b> 2012	Disponible	Disponibles	Sí	Risc de biaix de Cochrane	Informe Cochrane; metanàlisi	<b>Elevada</b>	<b>Alta</b>	Qualitat baixa NOTA**	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <li><b>2</b> <b>EMDR</b></li> <li><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>









**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/ exclosos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Goldman Fraser J, 2013</b>	Disponible	Disponible informe AHRQ	Sí, parcialment	Eines per al risc de biaix (preguntes explícites)	PRISMA, normes AHRQ	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>
<b>Hetrick S, 2010</b>	Disponible parcialment	Disponibles	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix	Informe Cochrane	 <b>Moderada</b>	 <b>Alta</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>2 <b>EMDR</b></li> <li>4 <b>Psicodinàmica</b></li> </ol>
<b>Howarth E, 2017</b>	Disponible	Disponible	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix	Registre PROSPERO, PRISMA	 <b>Elevada</b>	 <b>Baixa</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1 <b>TF-CBT</b></li> <li>3 <b>Teràpia familiar</b></li> <li>4 <b>Psicodinàmica (teràpia del joc)</b></li> </ol>
















**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Kim S,</b> 2016	Disponibles	Disponibles	Sí	Eines per al risc de biaix (preguntes explícites)	PRISMA	<b>Elevada</b>	<b>Críticament baixa</b>		<b>TF-CBT</b>
<b>Leenarts, LE,</b> 2013	Disponible, parcialment	No disponibles	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix	No s'expliciten	<b>Baixa</b>	<b>Baixa</b>		<b>TF-CBT</b>  <b>Teràpia familiar</b>
<b>Lester S,</b> 2019	Disponible	Disponible	Sí	AMSTAR	Universitat de York	<b>Elevada</b>	<b>Baixa</b>		<b>TF-CBT</b>
<b>Lewey JH,</b> 2018 <b>Comentari editorial Ross,</b> 2019	No disponible	Disponibles parcialment	Sí	No es menciona	No es mencionen limitacions sobre la qualitat o el risc de biaix	<b>Baixa</b>	<b>Críticament baixa</b>		<b>TF-CBT</b>  <b>EMDR</b>
<b>Lindstrom Johnson S,</b> 2018	Disponible	Disponibles parcialment	Sí	No s'explicita	Es tracta d'una metanàlisi	<b>Baixa</b>	<b>Críticament baixa</b>		<b>TF-CBT</b>  <b>Teràpia familiar</b>








**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/ exclosos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Lorenc T,</b> 2020	Disponible	Disponibles parcialment	Sí	AMSTAR	PROSPERO, NHS CRD	 <b>Moderada</b>	 <b>Baixa</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;"><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>2</b> <b>EMDR</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>
<b>Macdonald G,</b> 2016	Disponible	Disponible	Sí	Risc de biaix de Cochrane	PROSPERO, criteris de la Col·laboració Cochrane, NHS CRD	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;"><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>2</b> <b>EMDR</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>4</b> <b>Psicodinàmica</b></li> </ol>
<b>Macdonald G,</b> 2012	Disponible	Disponible	Sí	Risc de biaix de Cochrane	Revisió Cochrane	 <b>Elevada</b>	 <b>Baixa</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;"><b>1</b> <b>TF-CBT</b></li> <hr/> <li style="text-align: center;"><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></li> </ol>

**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Mavranzouli I,</b> 2020	Disponible	Disponible	Sí	Risc de biaix de Cochrane	Directriu NICE	 <b>Elevada</b>	 <b>Baixa</b>		<div style="text-align: center;"> <b>TF-CBT</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>EMDR</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>Teràpia familiar</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>Psicodinàmica</b></div>
<b>McTavish JR,</b> 2019	Disponible	Disponibles	Sí	Risc de biaix de Cochrane	PROSPERO, PRISMA, GRADE, OMS	 <b>Elevada</b>	 <b>Baixa</b>		<div style="text-align: center;"> <b>TF-CBT</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>Teràpia familiar</b></div>
<b>Miller-Graff LE,</b> 2016	Disponible parcialment	Disponibles parcialment	Sí	No es menciona	No es menciona; és una RSEC amb metanàlisi	 <b>Baixa</b>	 <b>Críticament baixa</b>		<div style="text-align: center;"> <b>TF-CBT</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>EMDR</b></div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <b>Teràpia familiar</b></div>

**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Purgato M, 2018</b>	Disponible	Disponible	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix	Revisió Cochrane; és una RSEC amb metanàlisi	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>		<b>1</b> <b>TF-CBT</b>
<b>Retzlaff R, 2013</b>	No disponible	Disponibles parcialment	Sí	No es menciona	No es menciona	 <b>Baixa</b>	 <b>Críticament baixa</b>		<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Rosa-Alcázar AI, 2010</b>	No disponible	Disponibles parcialment	Sí	Es menciona que s'avaluen estudis amb una escala del 0 al 7	Es tracta d'una metanàlisi	 <b>Baixa</b>	 <b>Críticament baixa</b>		<b>1</b> <b>TF-CBT</b> <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Sánchez de Ribera O, 2020</b>	Disponible	Disponibles	Sí	AMSTAR-2	PRISMA	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>		<b>1</b> <b>TF-CBT</b> <b>2</b> <b>EMDR</b> <b>4</b> <b>Psicodinàmica (teràpia del joc)</b>

**Taula 11 [continuació].** Robustesa, qualitat i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); basats en una RSEC

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Sánchez-Meca J,</b> 2011	Disponible parcialment	Disponibles parcialment	Sí	AMSTAR-2	Es tracta d'una metanàlisi	● Moderada	● Moderada		<p><b>1</b> <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p><b>4</b> <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>Viswanathan M,</b> 2020	Disponible	Disponibles	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix ROBINS-I	Normes AHRQ, GRADE	● Elevada	● Alta		<p><b>1</b> <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>

## Valoració de la qualitat metodològica dels estudis inclosos amb l'escala AMSTAR-2

**Taula 12.** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: RSEC, n = 37

Publicació	1. Pregunta i inclusió	2. Protocol‡*	3. Disseny d'estudi	4. Cerca completa‡	5. Selecció d'estudis	6. Extracció de dades	7. Justificació per a l'exclusió d'estudis‡	8. Dades dels estudis inclosos
Abbass, 2013	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Barlow, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bennett, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Cary, 2012	Sí	Sí parcial	No	Sí parcial	No	No	Sí	Sí
Chen, 2018	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Choudhary, 2016	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	No	No	No	Sí parcial
Corabian, 2010	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
de Medeiros, 2010	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Dopp, 2017	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Enebrink, 2011	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Gillies, 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Gillies, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Goldman Fraser, 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hetrick, 2010	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hockenhull, 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí parcial
Howarth, 2016 ad hoc	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Kim, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí

‡ Ítems crítics que penalitzen la puntuació global en l'AMSTAR-2.

**Taula 12 [continuació].** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en una RSEC\*

Publicació	9a. Risc de biaix ACA‡	9b. Risc de biaix IENA‡	10. Fonts de finançament	11a. Mètode estadístic ACA‡	11b. Mètode estadístic EINA‡	12. Risc de biaix en la metanàlisi	13. Risc de biaix en estudis individuals	14. Heterogeneïtat	15. Biaix de la publicació‡	16. Conflicte d'interessos
Abbass, 2013	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	No
Barlow, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bennett, 2020	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Cary, 2012	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí parcial	No
Chen, 2018	Sí	No	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	No
Choudhary, 2016	No	No	No MA	No MA	No	No	No MA	Sí	No	No
Corabian, 2010	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
de Medeiros, 2010	Sí parcial	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí parcial	No
Dopp, 2017	No	No	No	No	No	No	Sí	No	No	No
Enebrink, 2011	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Gillies, 2012	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Gillies, 2016	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Goldman Fraser, 2013	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Hetrick, 2010	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hockenhull, 2012	Sí parcial	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	No
Howarth, 2016 ad hoc	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Kim, 2016	Sí parcial	No	No MA	No MA	No	No	No MA	No	Sí parcial	No

‡ Ítems crítics que penalitzen la puntuació global en l'AMSTAR-2. No MA: no metaanàlisi.



**Taula 12 [continuació].** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en una RSEC\*

Publicació	1. Pregunta i inclusió	2. Protocol‡*	3. Disseny d'estudi	4. Cerca completa‡	5. Selecció d'estudis	6. Extracció de dades	7. Justificació per a l'exclusió d'estudis‡	8. Dades dels estudis inclosos
Langstrom, 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Leenarts, 2013	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Lester, 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Lewey, 2018	Sí	No	Sí	Sí parcial	No	Sí	No	Sí parcial
Lindstrom Johnson, 2018	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí parcial
Lorenc, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Macdonald, 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Macdonald, 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mavranezouli, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí
McTavish, 2019	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Miller-Graff, 2016	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí
Purgato, 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Retzlaff, 2013	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Rhoden, 2018	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	No	Sí
Rosa-Alcazar, 2010	Sí	Sí parcial	No	Sí	No	Sí	No	No
Sanchez de Ribera, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí parcial
Sanchez-Meca, 2011	Sí	Sí parcial	Sí	Sí parcial	No	No	Sí	Sí parcial
Sydow, 2013	Sí	No	Sí	Sí parcial	Sí	No	No	Sí
Van der Stouwe, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Viswanathan, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

‡ Ítems crítics que penalitzen la puntuació global en l'AMSTAR-2.

**Taula 12 [continuació].** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en una RSEC\*

Publicació	9a. Risc de biaix ACA‡	9b. Risc de biaix IENA‡	10. Fonts de finançament	11a. Mètode estadístic ACA‡	11b. Mètode estadístic EINA‡	12. Risc de biaix en la metanàlisi	13. Risc de biaix en estudis individuals	14. Heterogeneïtat	15. Biaix de la publicació‡	16. Conflicte d'interessos
Langstrom, 2013	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Leenarts, 2013	Sí	No	No MA	No MA	Sí	No	No MA	Sí	Sí	No
Lester, 2019	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Lewey, 2018	No	No	Sí parcial	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Lindstrom Johnson, 2018	No	No	Sí parcial	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Lorenc, 2020	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Macdonald, 2012	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
Macdonald, 2016	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Mavranouzouli, 2020	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
McTavish, 2019	Sí	No	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	No
Miller-Graff, 2016	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Purgato, 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Retzlaff, 2013	No	No	No MA	No	No	No	No	No	No	No
Rhoden, 2018	Sí	No	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	No
Rosa-Alcazar, 2010	Sí parcial	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí parcial	No
Sanchez de Ribera, 2020	Sí	Sí	No MA	No MA	Sí	Sí	No MA	Sí	Sí	Sí
Sanchez-Meca, 2011	Sí parcial	Sí	Sí parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí parcial	Sí
Sydow, 2013	No	No	No MA	No MA	No	No	No MA	No	No	No
Van der Stouwe, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Viswanathan, 2020	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

‡ Ítems crítics que penalitzen la puntuació global en l'AMSTAR-2. No MA: no metaanàlisi.

**Taula 12b [continuació].** Puntuacions globals de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en una RSEC

Publicació	Nombre d'ítems crítics	Nombre d'ítems no crítics	Puntuació global AMSTAR-2
Abbass, 2013	1	1	Baixa
Barlow, 2015	0	0	Alta
Bennett, 2020	1	0	Baixa
Cary, 2012	1	5	Baixa
Chen, 2018	1	1	Baixa
Choudhary, 2016	3	4	Críticament baixa
Corabian, 2010	0	0	Alta
de Medeiros, 2010	3	3	Críticament baixa
Dopp, 2017	4	4	Críticament baixa
Enebrink, 2011	0	0	Alta
Gillies, 2012	0	1	Alta
Gillies, 2016	0	1	Alta
Goldman Fraser, 2013	0	0	Alta
Hetrick, 2010	0	0	Alta
Hockenhull, 2012	1	1	Baixa
Howarth, 2016 ad hoc	1	1	Baixa
Kim, 2016	2	4	Críticament baixa

**Taula 12b [continuació].** Puntuacions globals de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en una RSEC

Publicació	Nombre d'ítems crítics	Nombre d'ítems no crítics	Puntuació global AMSTAR-2
Langstrom, 2013	1	0	Baixa
Leenarts, 2013	1	2	Baixa
Lester, 2019	1	0	Baixa
Lewey, 2018	4	3	Críticament baixa
Lindstrom Johnson, 2018	4	2	Críticament baixa
Lorenc, 2020	1	0	Baixa
Macdonald, 2012	1	1	Baixa
Macdonald, 2016	0	1	Alta
Mavranezouli, 2020	1	1	Baixa
McTavish, 2019	1	1	Baixa
Miller-Graff, 2016	6	5	Críticament baixa
Purgato, 2018	0	0	Alta
Retzlaff, 2013	5	4	Críticament baixa
Rhoden, 2018	1	1	Baixa
Rosa-Alcazar, 2010	2	5	Críticament baixa
Sanchez de Ribera, 2020	0	0	Alta
Sanchez-Meca, 2011	0	3	Moderada
Sydow, 2013	4	4	Críticament baixa
Van der Stouwe, 2014	1	1	Baixa
Viswanathan, 2020	0	1	Alta

## Característiques de la població dels estudis inclosos

**Taula 13.** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Abbass A,</b> 2013	655; interval: 10-60 intervenció interval: 10-61 control	Sí	Sí	No	Violència sexual (n = 71 estudis encaixen)	8-14 (mitjana: 11,3)	0-100 (48,4%)	Depressió, ansietat, anorèxia, personalitat borderline.	<b>4</b> <b>Psicodinàmica</b>
<b>Barlow J,</b> 2015	846	Sí	Sí	Sí	Violència física, sexual, emocional i altres negligències	1-18 (mitjana: 14,0)	?	?	<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Bennett R,</b> 2020	2.872	Sí	Sí	Sí	Violència física, sexual, emocional i altres negligències	3-18	0-100  (62,0%)	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Cary CE,</b> 2012	881	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, exposició substancial a la violència, altres esdeveniments greus	3-18	No es descriu	Síntomes o diagnòstic de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Chen R,</b> 2018	251	Sí	Sí	No	Violència sexual, física, traumes múltiples (incloses tortura i violència)	10-18; també s'inclouen persones adultes (fins als 33)	0-100 (la majoria, 100%)	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic (SEPT o TEPT), problemes de conducta	<b>2</b> <b>EMDR</b>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Choudhary V,</b> 2016	1.264; 695 entre 2.000-15	Sí	Sí	Sí	Violència sexual	2-17	Es descriu en alguns estudis	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), síntomes de depressió, vergonya, por, culpa	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>de Medeiros C,</b> 2010	329	Sí	Sí	Sí	Violència sexual	5-17	69,3-83,0 (79%)	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Goldman Fraser J,</b> 2013	2.156	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, altres tipus de maltractament o negligència	0-14	No es descriu	Conductes internalitzants i externalitzants	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Típus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
Gillies D, 2016	6.201	Sí	Sí	Sí	Violència física, sexual, violència per guerra comunitària	2-24	0-100	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 TF-CBT</li> <li>2 EMDR</li> <li>3 Teràpia familiar</li> </ol>
Gillies D, 2012	758	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, violència civil, desastres naturals, exposició a violència domèstica i altres	3-18	0-100	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), depressió, abús de substàncies, trastorns de conducta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 TF-CBT</li> <li>2 EMDR</li> <li>3 Teràpia familiar</li> </ol>
Hetrick S, 2010	124 (n = 24 encaixen)	Sí	Sí	No	Violència sexual	5-17	100% de nenes en l'estudi infantil	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 TF-CBT</li> <li>2 EMDR</li> <li>4 Psicodinàmica</li> </ol>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Howarth E,</b> 2017	1.345; interval: 19-229	Sí	Sí	Sí	Violència física, sexual, exposició a violència domèstica	0-14; no tots els estudis encaixen	30-70%	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), trastorn de conducta	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>Kim S,</b> 2016	1.201; interval: 6-229	Sí	Sí	Sí	Violència sexual	2-18 (mitjana: 10,4)	61-100%	Simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic (SEPT o TEPT), depressió, ansietat, trastorns de conducta (com a desenllaços)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p>
<b>Leenarts, LE,</b> 2013	2.659	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, física, accidents, desastres naturals, exposició a violència domèstica, altres	6-18	0-100%	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>



**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
Lester S, 2019	276	Sí	Sí	No	Violència sexual, física, abús verbal o emocional, altres negligències	0-18	?	?	1 TF-CBT
Lewey JH, 2018 Comentari editorial Ross, 2019	1.192; interval: 9-114	Sí	Sí	No	Violència sexual, física, accidents, desastres naturals, guerra, atacs terroristes, abús emocional, exposició a violència domèstica, altres	3-18 (mitjana: 12,2)	?	Simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic (SEPT o TEPT) o no coneguda	1 TF-CBT <hr/> 2 EMDR
Lindstrom Johnson S, 2018	1.069; interval infants: 21-155; 292 (amb famílies)	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, física, exposició a violència domèstica, violència familiar	3-17 (mitjana: 6,0)	?	Simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic	1 TF-CBT <hr/> 3 Teràpia familiar

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Lorenc T, 2020</b>	No es descriu	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, física, altres tipus de negligències, maltractament emocional, sense sostre, infants sota tutela legal	0-18; s'inclouen joves adults fins a 25 anys o no s'indica l'edat	No es descriu	Simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic, símptomes de depressió, problemes de conducta, conducta criminal, consum d'alcohol i drogues	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Macdonald G, 2016</b>	8.660 (3-834); 107 estudis n < 50; 14 estudis n > 200	Sí	Sí	Sí	Violència física, sexual, emocional, negligència, altres violències mixtes, exposició a violència domèstica	0-18; s'inclouen estudis en persones adultes joves fins a 25 anys (mitjana: 10,0)	En funció del tipus d'abús: 62% (abús sexual: 80%)	Es descriuen com a desenllaços, no com a característiques de l'estat de salut	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b></p>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Macdonald G,</b> 2012	847; interval: 25-229	Sí	Sí	Sí	Violència sexual	2-17	100% en dos estudis 58-89% en la resta	Simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), depressió, ansietat i problemes de conducta (criteris d'inclusió i desenllaços)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Mavranzouli I,</b> 2020	2.260; interval:29-166	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, física, accidents, violència domèstica, desastres naturals; en la majoria dels estudis es descriu un índex de traumes sense explicitar de quin tipus són.	3-18	0-100%	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), altres: dèficit d'atenció amb hiperactivitat, depressió, trastorns internalitzants i externalitzants	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica (teràpia del joc)</b></p>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>McTavish JR,</b> 2019	421 infants; interval:24-80; 695 infants i persones cuidadores; interval:24-325	Sí	Sí	Sí	Violència sexual	2-18	Estudis només amb noies i mixtos; sense %	Es mesuren trastorns internalitzants i externalitzants com a desenllaços	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Miller-Graff LE,</b> 2016	3.103; interval ACA: 8-211; interval quasi-experimentals: 11-89	Sí	Sí	Sí	ACA: exposició a la violència; en la majoria no es descriu el tipus de violència (s'inclouen violència per guerra i social, sexual)  Quasi-experimentals: en la majoria dels estudis, violència sexual	2-18	No es descriu	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Purgato M,</b> 2018	3.523; interval: 22-347	Sí	Sí	No	Violència sexual, física, dol, exposició a violència domèstica, tortura, altres	5-18; i estudis mixtos amb persones adultes	> 50% en 24 estudis; < 50% en 9 estudis	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) en 25 estudis; en la resta: trastorn per estrès posttraumàtic o depressió, ansietat, distrès emocional	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>
<b>Retzlaff R,</b> 2013	2.548; interval: 10-338	Sí	Sí	Sí	Violència sexual, altres tipus de violència, negligències	0-18; i estudis mixtos > 18 anys	20-100%	Trastorns afectius, ansietat, trastorns obsessivocompulsius, de la conducta alimentària, enuresi i incontinència fecal	<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Rosa-Alcázar AI,</b> 2010	666; interval: 5-55	Sí	Sí	Sí	Violència física, negligència, altres tipus de violència	0-12 mitjana	20-61,5%; en alguns estudis no s'indica	Trastorn de conducta, trastorn combinat de conducta	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

**Taula 13 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Sánchez de Ribera O,</b> 2020	1.839; interval: 516-1.839	Sí	Sí	No	Violència sexual	No es descriu (fins als 18 anys; criteri d'inclusió)	No es descriu	Trastorns internalitzants, externalitzants, conductes sexualitzades, trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) descrits com a desenllaços	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>2 <b>EMDR</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>Sánchez-Meca J,</b> 2011	1.141 després de prova; interval: 4-48	Sí	Sí	No	Violència sexual	4-17 (mitjanes)	0-100%	Conducta sexualitzada, ansietat o estrès, depressió, autoestima (com a desenllaços)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>4 <b>Psicodinàmica</b> (teràpia del joc)</p>
<b>Viswanathan M,</b> 2020	60 estudis; 3 encaixen (sumar)	No	Sí	Sí	Violència sexual, física, relacions sexuals no desitjades i altres (exposició a la violència sexual, domèstica i psicològica).	13-17 (mitjanes)	78-84%	Depressió, simptomatologia de trastorn per estrès posttraumàtic (en un percentatge de les mostres)	<p>1 <b>TF-CBT</b></p> <hr/> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

## Característiques de les intervencions en els estudis inclosos

**Taula 14.** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Abbass A,</b> 2013	No	No	No	<b>Sí 4</b> Psicoteràpia psicodinàmica a curt termini (STPP)	interval: 11-40	No es menciona	Teràpia psicoeducativa en grup, teràpia familiar, teràpia d'exposició prolongada, llista d'espera, teràpia familiar estructural, tractament habitual (TH)	No es menciona el perfil
<b>Barlow J,</b> 2015	No	No	<b>Sí 3</b> Psicoteràpia per a infants i progenitors (PIP)*; intervenció diàdica	No	interval: 8-46 (fins a 49 setmanes)	– Clínica (recerca), domicili, sala de jocs, centre de salut mental, presó, universitat (avaluacions)	Comparacions amb altres grups d'intervenció (per exemple, una altra PIP, guia de videointeracció, psicoeducació, aconsellament o teràpia cognitiva conductual (CBT)	Terapeuta amb màster o doctorat (sense especificar disciplina, psicologia o treball social), supervisat durant la intervenció, terapeutes de salut mental infantil, terapeuta especialista en tractament i altres professionals no especialistes però amb formació en salut, psiquiatres o psicoanalistes.

\* Es menciona que la PIP inclou un model psicodinàmic (origens a Selma Fraiberg; Fraiberg, 1975 i 1980).

**Taula 14.** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Bennett R,</b> 2020 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT); CBT grupal per a progenitors; CBT general amb elements de TF-CBT*	No	<b>Sí 3</b> Individual i per a progenitors; individual; Letting the future in: teràpia conjunta individual i amb els progenitors; TBRI (intervenció relacional basada en la confiança; intervencions parentals habilitades per al tractament de traumes)	No	interval: 8-21 sessions; 30-90 minuts (TF-CBT-FT)  interval:18-50 sessions (familiars)	No es menciona	Llista d'espera (LE), tractament habitual (TH) o qualsevol intervenció activa.	No es menciona el perfil

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

\* Elements: per exemple, psicoeducació, reproduir i expressar emocions.



**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Cary CE,</b> 2012 (+)	<b>Sí 1</b> TF-CBT (teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma)	No	<b>Sí* 3</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT) per a mares i infants	No	interval: 8-12 sessions; 30-90 minuts	No es menciona	Llista d'espera (LE), tractament habitual (TH), teràpia centrada en els infants (CCT), teràpia cognitiva conductual per a infants	Metges formats a la universitat, metge comunitari i també orientadors escolars o mestres
<b>Chen R,</b> 2018	No	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	No	No	interval: 3-12 (estudis en població infantil o adolescent); també s'inclouen estudis en població adulta de 18 anys o més	No es menciona	Tractament endarrerit, escolta activa, tractament habitual (TH), placebo, CBT, teràpia individual o grupal no específica	No es menciona
<b>Choudhary V,</b> 2016 (+)	<b>Sí 1</b> CBT focalitzada en el trauma (TF-CBT)	No	<b>Sí* 3</b> CBT per a la família i teràpia cognitiva conductual (CBT) per a infants; teràpia familiar	<b>Sí 4</b> Teràpia del joc	interval: 11-20 sessions; 30-45 minuts	Clínica de salut mental, serveis de protecció de la infància	Llistes d'espera, teràpia familiar, teràpia grupal, teràpia de suport, tractament de suport no directiu, control comunitari	Metges de salut mental, professionals de protecció de la infància

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. \* Algunes intervencions són teràpies familiars.

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>de Medeiros C, 2010</b>	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT) per a infants i adolescents que hagin patit abusos; teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)*	No	<b>Sí 3</b> CBT parental  CBT familiar	No	interval: 12-20 sessions (una cada setmana; 45-90 minuts)	Clínica; centre comunitari	Llista d'espera (LE); atenció comunitària; teràpia centrada en els infants (CCT)	No es menciona
<b>Gillies D, 2016 (+)</b>	<b>Sí 1</b> CBT (que inclou components cognitius i conductuals), teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Teràpia familiar	No Nota: Sí era com a grup de control, teràpia psicodinàmica en comparació amb la CBT	interval: el més habitual són 10-15 sessions (45-120 minuts)	Clínicas de salut mental, clíniques per a la violència sexual, escoles, unitat de psiquiatria ambulatoria, centre per als traumes de l'hospital, residència, centre per a l'estrès posttraumàtic, hospital infantil, centre regional per al diagnòstic i el tractament dels abusos infantils.	Tractament habitual (TH), llista d'espera (LE) o sense tractament, una altra teràpia psicològica o teràpia farmacològica	Màster en disciplines d'aconsellament amb formació en abusos sexuals, metges amb màster i doctorat, treballadors socials clínics, terapeutes amb experiència en trauma infantil, psicòlegs, terapeutes de salut mental, psiquiatres

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. \* Algunes intervencions són teràpies familiars.

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Gillies D,</b> 2012 (+)	<b>Sí 1</b> CBT (teràpia cognitiva conductual), FT-CBT (teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Teràpia basada en la família	<b>Sí 4</b> Teràpia psicodinàmica	interval: 3-12 setmanes (45-120 minuts)	Clínica psiquiàtrica ambulatoria infantil, clínica infantojuvenil per al trauma	Tractament habitual (TH) llista d'espera (LE) o sense tractament, una altra teràpia psicològica, teràpia farmacològica, altres tractaments	Psicòleg col·legiat, psicoteràpia manualitzada, psiquiatre i psicòleg, supervisió per un terapeuta, psicòleg i estudiants de doctorat
<b>Goldman Fraser J,</b> 2013 (+)	<b>Sí 1</b> TF-CBT (teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma)	<b>Sí 2</b> EMDR (sensibilització i reprocessament per moviments oculars)	<b>Sí 3</b> CPT-CBT (teràpia cognitiva conductual combinada amb progenitors i infants); ABC (recuperació del vincle i conductual), CPP (psicoteràpia per a infants i progenitors)	No	interval de l'EMDR: 12 sessions o menys; interval de la TF-CBT o la CPT-CBT: 12-16 sessions	Centres ambulatoris i d'hospitalització especialitzats en salut mental, centres de prestació de serveis no especialitzats (escoles, centres comunitaris, presons, etc.) i atenció domiciliària i fora del domicili (per exemple, tractament residencial)	Control actiu; control inactiu; atenció habitual	No es menciona

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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Hetrick S,</b> 2010 (+)	<b>Sí 1</b> Intervencions cognitives o conductuals (incloses la teràpia d'exposició i la CBT focalitzada en el trauma)	<b>Sí 2</b> EMDR (sensibilització i reprocessament per moviments oculars)	No	<b>Sí 4</b> Tractaments psicodinàmics	interval:10-12 sessions (45-120 minuts)	No es menciona	Combinació d'intervencions psicològiques i farmacològiques vs. grup de control en llista d'espera vs. altres intervencions psicològiques amb fàrmacs o sense	Màster en psicologia clínica o treball social NOTA: s'entén que les teràpies combinades amb intervencions farmacològiques inclouen altres perfils de terapeutes
<b>Howarth E,</b> 2017 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT) infantil focalitzada en el trauma, psicoteràpia CBT, psicoteràpia CBT McWhirter	No	<b>Sí 3</b> Psicoteràpia per a infants i progenitors, intervenció familiar multicomponent, psicoteràpia Lieberman (vincler)	<b>Sí 4</b> Teràpia del joc, psicoteràpia, teràpia del joc Kot	interval:5-12 sessions	A casa, centres comunitaris, refugis	Psicoeducació, advocació, no intervenció (llista d'espera o control endarrerit), breu assessorament per escrit, teràpia psicològica focalitzada en les emocions, reunions de grup, oportunitats de jugar	Psicoterapeuta format, terapeuta, psicòlegs clínics titulats, psicòlegs clínics en formació, treballadors socials (amb màster o especialitzats en salut mental)

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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Kim S,</b> 2016	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT) infantil focalitzada en el trauma	No	No	No				
<b>Leenarts, LE,</b> 2013 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars	<b>Sí 3</b> Intervenció en l'estrès posttraumàtic per a infants i famílies, reducció del risc amb teràpia familiar (RRFT), CBT familiar	<b>Sí 4</b> Psicoteràpia dinàmica de durada limitada per a adolescents (TLDP-A)	No es descriu	No es descriu	Llista d'espera, tractament endarrerit, tractament habitual (TH), altres tractaments psicoterapèutics actius o sense tractament.	No es descriu
<b>Lester S,</b> 2019	<b>Sí 1</b> Intervencions multicomponent amb èmfasi en la teràpia cognitiva conductual (CBT)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars	No	No	interval: 8-20 sessions	Centres sanitaris	No es descriu	Sobretot terapeutes o consellers

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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Lewey JH,</b> 2018 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	No	No	No es menciona	Intervencions comunitàries o a l'escola	Altres, tractament habitual (TH), sense tractament, llista d'espera	No es menciona
<b>Lindstrom Johnson S,</b> 2018 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)	No	<b>Sí 3</b> Teràpia filial diàdica, formació parental i teràpia individual i grupal per als infants. Teràpia cognitiva conductual (CBT) combinada per a infants i progenitors + teràpia sistèmica, teràpia d'interacció entre progenitors i infants	No	interval infants: 3-20 sessions (mitjana: 12); interval progenitors: 3,9-16,5 (mitjana: 12); la majoria eren sessions combinades amb infants i progenitors	No es menciona	No es menciona	No es menciona
<b>Lorenc T,</b> 2020	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT)	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Teràpia d'interacció entre progenitors i infants	No	No es menciona	No es menciona	No es menciona	No es menciona

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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Macdonald G,</b> 2016 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT, CBT focalitzada en els abusos o CBT	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Intervencions basades en el vincle, intervencions familiars o sistèmiques, teràpia multisistèmica	<b>Sí 4</b> Intervencions basades en teories psicoanalítiques que s'ofereixen a l'infant o a les díades família-infant	interval sessions individuals: 8-20; interval sessions grupals: 10-11; interval sessions del grup de comparació: 8-16 sessions.	Servei sanitari o hospital, clínica universitària, atenció domiciliària, centre d'atenció terapèutica, centre d'atenció, comunitat, no es menciona.	Sense tractament, llista d'espera, tractament habitual (TH) i altres controls actius.	Psicòlegs clínics, treballadors socials, psiquiatres, psicoterapeuta
<b>Macdonald G,</b> 2012 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), teràpia de trauma i regulació de l'afecte	No	<b>Sí 3</b> Adolescents i progenitors, joves sentenciats i en risc	No	interval sessions grupals: 6-10; interval sessions individuals: 8-20; durada (interval): 45-105 minuts	Centres sanitaris i socio-sanitaris	Tractament habitual millorat (THM), tractament habitual (TH), llista d'espera	Terapeutes, psiquiatres, no es menciona

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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Mavranezouli I,</b> 2020 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), CBT per al trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT).	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Teràpia familiar, (psicoteràpia per a infants i progenitors)	<b>Sí 4</b> de teràpies grupals somàtiques o cognitives només incloïa la tècnica de llibertat emocional	No es menciona	No es menciona	Tractament habitual (TH: informació sobre símptomes d'estrès posttraumàtic, estímul per accedir a la teràpia, atenció necessària i psicoteràpia, medicació o aconsellament familiar psicoeducatiu), llista d'espera, sense tractament	Terapeutes clínics
<b>McTavish JR,</b> 2019 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), individual i grupal, narrativa del trauma de la TF-CBT	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> CBT basada en grup, reducció del risc amb teràpia familiar	No	TF-CBT: 8-20 sessions (60-120 minuts); EMDR: 12 sessions (45 minuts)  teràpia familiar: 10-33 (60-90 minuts)	Centres sanitaris	Llista d'espera, control comunitari, EMDR, teràpia convencional, sense tractament, teràpia psicoeducativa en grup, aconsellament de suport, teràpia de suport en grup, no CBT, tractament habitual	Psicòlegs clínics, psiquiatre, treballadors socials

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



**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Miller-Graff LE,</b> 2016 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), Altres formes de CBT	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	<b>Sí 3</b> Reducció del risc amb teràpia familiar, teràpia cognitiva conductual en grup per a infants i progenitors, psicoteràpia per a infants i progenitors*	No	interval TF-CBT: 12-15 sessions; interval EMDR: 3-12 sessions; teràpia familiar: mitjana de 23 sessions	No es menciona	Llistes d'espera, sense intervenció, tractament habitual (TH), teràpia de suport no directiva, TF-CBT i placebo, manualitats estàndard, teràpia dinàmica de durada limitada, TF-CBT, TH millorat amb TARGET (teràpia relacional)	No es menciona
<b>Purgato M,</b> 2018 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT), altres formes de CBT**	No	No	No	No es menciona	No es menciona	Llista d'espera	Consellers doctorats, sense informació

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions (per exemple, teràpia d'exposició narrativa, teràpia d'exposició prolongada). \* En la majoria dels estudis (56% dels 74 estudis inclosos en la revisió i la metanàlisi) s'incorpora un component dirigit als progenitors. \*\* Són aplicables a població infantil i adolescent.

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Retzlaff R,</b> 2013	No	No	<b>Sí 3</b> Teràpia sistèmica familiar, teràpia multisistèmica (MST)	No	MST: 8 sessions o sense informació	Fora de casa, centre de tractament	Tractament habitual (TH), grup de control sense tractament, sense tractament, llista d'espera, altres tractaments	Terapeutes
<b>Rosa-Alcázar AI,</b> 2010 (+)	Intervencions cognitivo-conductuals*	No	<b>Sí 3</b> Teràpia sistèmica familiar, teràpia Milieu, eclèctica	No	Mitjana 12 sessions (rang: 3,5-36 setmanes)	No se menciona	Serveis rutinaris (per exemple, protecció del menor), atenció placebo	Terapeutes infantils: psicòleg, coterapeuta, mixt; terapeutes per als progenitors: psicòleg, treballador social, mixt




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

**Taula 14 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en infants o adolescents que han viscut violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any TF-CBT	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Sánchez de Ribera O,</b> 2020 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT) per al trauma específic per abusos, TF-CBT, altres tipus de CBT	<b>Sí 2</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR)	No	<b>Sí 4</b> Teràpia psicodinàmica	interval: 6-12 sessions	No es menciona	Grups de control amb placebo, sense tractament, tractament habitual o llista d'espera	Terapeuta (no es menciona el perfil)
<b>Sánchez-Meca J,</b> 2011 (+)	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)	No	No	<b>Sí 4</b> Teràpia psicodinàmica, teràpia del joc	interval: 2-96 setmanes (mitjana: 12); durada: interval: 3,8-161 (mitjana: 14)	No es menciona	Es mencionen grups de control tot i que no queda massa clar de quin tipus	Metge, terapeuta (no es menciona el perfil)
<b>Viswanathan M,</b> 2020 (+)	Teràpia cognitiva conductual modificada	No	<b>Sí 3</b> Teràpia familiar, teràpia familiar basada en el vincle, teràpia familiar conductual sistèmica	No	interval: 12-16 setmanes	Serveis de salut mental; atenció ambulatoria	Llista d'espera, atenció habitual, sense tractament estàndard	Terapeutes

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

**Taula 15.** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
Chen R, 2018 [18]	<p><b>Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, EMDR</b> </p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents (estudis mixtos amb persones adultes)</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis mixtos en els àmbits de violència sexual, física, traumes múltiples (inclosa la tortura)</p> <p><b>Resultats</b>  <b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Els símptomes de TEPT es van reduir després del tractament en relació amb els símptomes de TEPT per DISC i la dissociació de la TSCC en comparació amb la teràpia rutinària, IES en comparació amb l'EMDR endarrerida i l'escolta activa i PROPS en comparació amb el TH. No hi ha diferències significatives en comparació amb la CBT.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general:  <b>Moderada</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2:  <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>Lorenc T, 2020 [19]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b>  <b>NOTA</b> component més ampli de CBT</p> <p><b>Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, EMDR ②</b></p> <p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p><b>Psicodinàmica ④</b></p> <p>Teràpia d'interacció entre progenitors i infants</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents (estudis mixtos amb persones adultes); progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, altres tipus de negligències, emocional, sense sostre, infants sota tutela legal (estudis mixtos).</p> <p><b>Resultats</b>  Reducció de la simptomatologia associada  Millora del benestar psicològic i emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La major part de les revisions se centren en les intervencions psicològiques i els desenllaços de salut mental. L'evidència més robusta és la de la teràpia cognitiva conductual per a les persones exposades a abusos. En set revisions s'investigava la <b>teràpia cognitiva conductual (CBT)</b> per a diverses poblacions amb experiències adverses en la infància (EAI).</li> <li>– Els resultats més significatius són de la revisió de Macdonald et al., en què es va concloure que la <b>CBT</b> millorava la salut mental de les persones que havien viscut abusos o negligència. Altres teràpies psicològiques, com l'entrevista motivacional breu, la <b>teràpia familiar i la psicoteràpia psicodinàmica</b>, s'avaluaven en sis revisions. En les conclusions no s'ofereix una evidència robusta de la seva efectivitat, tot i que les intervencions són heterogènies.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Moderada</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p><b>Cary CE,</b> 2012 [20]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p>Component de TF-CBT i teràpia cognitiva conductual (CBT) amb mares i infants</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis mixtos en els àmbits de violència sexual, exposició substancial a la violència, altres esdeveniments greus</p> <p><b>Resultats</b> <i>Reducció de la simptomatologia associada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les conclusions eren constants entre metanàlisis. Els resultats mostren que hi ha una diferència significativa entre la TF-CBT i les situacions de comparació pel que fa a la seva capacitat de reduir els símptomes de TEPT.</li> <li>– Tanmateix, les estimacions agrupades no mostren que la TF-CBT sigui significativament més eficaç que les intervencions actives alternatives.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
Leenarts, LE, 2013 [21]	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, EMDR ②</b></p> <p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p>Intervenció en l'estrès posttraumàtic per a infants i famílies, reducció del risc amb teràpia familiar (RRFT), CBT familiar</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, accidents, desastres naturals, exposició a violència domèstica, altres (estudis mixtos).</p> <p><b>Resultats</b></p> <p><b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ahmad et al. van observar una dimensió dels efectes (DE) petita intergrup; malgrat això, les puntuacions després del tractament dels símptomes de TEPT del grup d'<b>EMDR</b> eren considerablement inferiors a les del grup en llista d'espera.</li> <li>En l'estudi de Jaberghaderi <i>et al.</i>, la DE intergrup era mitjana. No s'ha pogut calcular la DE intergrup per a l'estudi de Soberman <i>et al.</i>; tanmateix, el grup d'<b>EMDR</b> mostrava reduccions significatives de distrès relacionat amb els records i els problemes de conducta, a més de tendir a una reducció dels símptomes d'estrès posttraumàtic. La DE intergrup de cinc estudis sobre la <b>TF-CBT</b> oscil·la entre 0,22 i 0,70. En general, en els cinc estudis es confirma l'evidència a favor de l'eficàcia de la <b>TF-CBT</b>. Deblinger <i>et al.</i> van demostrar que una intervenció de vuit sessions amb un component narratiu del trauma era la intervenció més efectiva i eficaç per reduir la por i l'ansietat en general relacionades amb els abusos infantils.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>Choudhary V, 2016 [22]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p><b>Psicodinàmica ④</b></p> <p>Teràpia del joc</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents (i progenitors o persones cuidadores)</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en l'àmbit de la violència sexual</p> <p><b>Resultats</b></p> <p>Millora en el benestar psicològic i emocional</p> <p>Reducció de la simptomatologia associada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La teràpia grupal millorava més mesures de l'autoconcepte i més símptomes de depressió que la individual. La TF-CBT millorava els símptomes de depressió i TEPT; la CBT millorava la conducta sexualitzada i la depressió i, en el tractament grupal, reduïa el sentiment de culpa de les mares; la teràpia expressiva i l'RPT milloraven els problemes de conducta, inclosa la conducta sexual, i la teràpia lúdica mostrava més millores que la CBT.</li> </ul> <p>Restabliment de vincles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La CBT reduïa el sentiment de culpa de les mares en el tractament grupal i la teràpia lúdica mostrava més millores que la CBT.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: <b>● Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: <b>●● Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>



**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>de <b>Medeiros C,</b> 2010 [24]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b>                      NOTA: dimensió més ampla de CBT</p> <p><b>Teràpia familiar ③</b>                      CBT, basada en la família</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en l'àmbit de la violència sexual amb TEPT</p> <p><b>Resultats</b>                      Reducció de la simptomatologia associada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La CBT per a TEPT era més eficaç que la CCT o el no tractament (llista d'espera i atenció comunitària). En una metanàlisi en què es comparava l'eficàcia de la CBT (només amb l'infant i familiar) amb el no tractament (llista d'espera i atenció comunitària) es mostraven uns índexs de remissió del 60% i el 20%, respectivament (risc relatiu, RR: 0,51; CI 95%: 0,29-0,88; p = 0,02).</li> </ul>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> necessitat de més evidència i estudis robustos.</p> <p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p>
<p><b>Lewey JH,</b> 2018 <b>Comentari editorial</b> <b>Ross,</b> 2019 [25]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, EMDR ②</b></p> <p><b>Població:</b> Infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, accidents, desastres naturals, guerra, atacs terroristes, emocional, exposició a la violència domèstica, altres (estudis mixtos).</p> <p><b>Resultats</b>                      Reducció de la simptomatologia associada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En els 21 estudis en què es tractaven mostres amb TF-CBT es mostrava la dimensió dels efectes (DE) mitjana més gran: -0,813 (DE = 0,135, p = 0,001), amb un interval de confiança del 95% d'entre -1,077 i -0,549, mentre que en els nou estudis en què es feia servir l'EMDR tenien una dimensió dels efectes mitjana de 0,959 (DE = 0,286, p = 0,001) i un interval de confiança d'entre 0,398 i 1,521. La prova de variància entre els subgrups va mostrar una diferència estadísticament significativa, QEntre (1) = 31,36; p &lt; 0,001. Els tipus de trauma es van agrupar en únic i mixt.</li> <li>– L'anàlisi de la variància va revelar que no hi havia diferències significatives pel que fa a les dimensions dels efectes dels estudis amb tipus de trauma únic o mixt, QEntre (1) = 0,002; p = 0,960.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b> (comentat a Ross, 2019 com a crítica a aquesta RSEC)</p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>Lindstrom Johnson S, 2018 [26]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b> TF-CBT (i altres modalitats de CBT) focalitzades en la família</p> <p><b>Teràpia familiar ③</b> Teràpia filial diàdica, CBT combinada amb progenitors i infants, CBITS + familiar (variant de CBT)</p> <p><b>Poplació:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, exposició a la violència domèstica, violència familiar (estudis mixtos)</p> <p><b>Resultats</b> <b>Empoderament/autoeficàcia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Els resultats de les pràctiques parentals positives en termes de dimensions dels efectes (DE) combinades van ser <math>d = 0,72</math>; CI 95%: 0,43-1,00, i indicaven increments entre moderats i grans.</li> </ul> <p><b>Reducció de la simptomatologia associada</b> <b>Millora del benestar psicològic i emocional</b></p> <p>Les DE estimades, combinades i aleatòries per als trastorns internalitzants eren <math>d = 0,59</math>; CI 95%: 0,43-0,74 i feien palesa una reducció mitjana entre moderada i gran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Les DE combinades per als trastorns externalitzants eren <math>d = 0,48</math>; CI 95%: 0,34-0,62 i indicaven una reducció mitjana moderada. Les DE combinades per als símptomes de trauma eren <math>d = 0,56</math>; CI 95%: 0,36-0,76 i indicaven una reducció mitjana entre moderada i gran. El tipus de trauma explicava la variabilitat significativa pel que fa a la millora dels símptomes de trauma; les intervencions centrades en el maltractament infantil mostraven més millores en els símptomes de trauma (<math>k = 3</math>; <math>d = 0,69</math>, CI 95%: 0,50-0,89) que les intervencions centrades en la violència de la parella o el conflicte familiar (<math>k = 3</math>, <math>d = 0,32</math>; CI 95%: 0,18-0,32).</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos.</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>Miller-Graff LE, 2016 [27]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Desensibilització i reprocessament per moviments oculars, EMDR ②</b></p> <p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents (en alguns estudis amb progenitors o persones cuidadores)</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, exposició a violència, en la majoria dels quals no es descriu el tipus de violència (sobretot violència per guerra i social); estudis mixtos.</p> <p><b>Resultats</b>  <b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <p>– En la major part dels estudis es van provar tractaments en el marc de la <b>CBT</b> i tots mostraven dimensions dels efectes entre mitjanes i grans (entre 0,44 i 2,70). Per a la <b>TF-CBT</b> l'interval de DE en els grups d'intervenció era d'entre 1,48 i 2,19, mentre que en el cas de l'<b>EMDR</b> la DE era de 0,30. Només en un ACA es va provar l'<b>EMDR</b> (Ahmad <i>et al.</i>, 2007) i els seus resultats mostraven una dimensió dels efectes petita per al tractament en comparació amb el grup de control (0,10). En dos ACA es van provar tractaments amb infants menors de 6 anys i es van mostrar dimensions dels efectes grans (1,58 i 1,48; King <i>et al.</i>, 2000; Scheeringa <i>et al.</i>, 2011) i eren els plans basats en la CBT.</p>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>

**Taula 15 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat, conclusions i consideracions rellevants dels estudis inclosos amb intervencions psicològiques per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p><b>Retzlaff R,</b> 2013 [28]</p>	<p><b>Teràpia familiar</b> ③</p> <p>Teràpia familiar, teràpia multisistèmica (MST)</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, dol, exposició a la violència domèstica, tortura, altres (estudis mixtos).</p> <p><b>Resultats</b>  Reducció de la simptomatologia associada  Millora del benestar psicològic i emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En 33 estudis es va mostrar que la teràpia sistemàtica (ST) era eficaç per al tractament dels trastorns internalitzants (inclosos els canvis d'humor, els trastorns de la conducta alimentària i els factors psicològics de la somatització).</li> </ul> <p><b>Restabliment de vincles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La teràpia multisistèmica (MST) millorava la interacció entre progenitors i infants (valorada per observadors externs) més que la formació conductual per a progenitors, mentre que la teràpia conductual reduïa més els problemes socials de les famílies. En un segon assaig, l'MST per a casos d'abús infantil i la negligència (MST-CAN) era més eficaç al final del tractament que el tractament ambulatori millorat pel que fa als símptomes de salut mental en adolescents i el distrès psiquiàtric parental. L'índex d'abús era similar en ambdues situacions.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>
<p><b>Rosa-Alcázar AI,</b> 2010 [29]</p>	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT)</b> ①</p> <p><b>Teràpia familiar</b> ③</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència física, negligència, altres tipus de maltractament</p> <p><b>Resultats</b>  Millora del funcionament social i el rendiment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Els resultats posen de manifest l'absència de diferències entre els diferents tractaments. Dels quatre desenllaços analitzats, van mostrar diferències estadísticament significatives els problemes de conducta del menor (<math>p = 0,029</math>), de manera que els tractaments cognitivoconductuals van ser els més efectius (<math>d+ = 0,433</math>) i els que no es basaven en el model cognitivoconductual van mostrar un efecte nul (<math>d+ = 0,043</math>).</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ●● <b>Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>

## **Annex 3. Resultats addicionals joves ofensors**

**Intervencions psicològiques dirigides a joves ofensors que han actuat amb violència física o sexual contra altres menors (amb o sense les seves famílies cuidadores)**

**Taula 16.** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Corabian P,</b> 2010	Canadà	Universitat  (Institut d'Economia de la Salut)	Avaluar l'efectivitat de les intervencions de psicoteràpia i farmacoteràpia administrades en el marc dels plans de teràpia de l'abús sexual (SOT) a l'hora de reduir la possibilitat de recidiva en homes condemnats per delictes sexuals.	Informe HTA report (RSEC)	7 RSEC inclouen 4 estudis en adolescents < 18 anys	15	Informe HTA	<b>5 Teràpies amb joves ofensors:</b> SOT amb enfocament cognitiu conductual (CBT)
<b>Dopp A,</b> 2017	EUA	Universitat (Departament de Ciències Psicològiques)	Oferir una revisió integral de la recerca de desenllaços sobre els tractaments basats en la família per a joves que hagin comès delictes greus i violents perquè els responsables polítics, administradors i responsables del tractament seleccionin millor i executin les pràctiques que poden reduir significativament els delictes juvenils.	ACA i quasiexperimentals (RSEC amb metanàlisi)	28 (49 informes); 11 estudis es refereixen a una població de joves ofensors	3	Metanàlisi, model multinivell, tractament basat en l'evidència, tractament basat en la família, joves amb delictes greus	<b>5 Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic  <b>3 Teràpia familiar</b>

SOT: teràpia de l'abús sexual.

**Taula 16 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
<b>Enebrink P,</b> 2011	Suècia	Organització governamental	Amb aquest informe es pretén investigar l'evidència científica en relació amb: – Quina eficàcia tenen els mètodes de tractament dirigits a persones adultes i adolescents que han comès delictes sexuals contra infants a l'hora de prevenir la recidiva sexual? NOTA: inclou altres objectius d'intervencions preventives i costos.	ACA, quasiexperiments, observacionals i RSEC	20 (5 en delinqüents sexuals adolescents o juvenils; 1 en infants)	6	Informe SBU	<p><b>5 Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic o teràpia estratègica breu i enfocament cognitiu conductual (CBT)</p> <p><b>3 Teràpia familiar</b></p>
<b>Hockenhull JC,</b> 2012	Regne Unit	Universitat (grup de revisions i execució)	Actualitzar una revisió anterior en què s'examinava la base d'evidència fins al 2002 per a una gran varietat d'intervencions farmacològiques, psicosocials i organitzatives adreçades a reduir la violència i identificar les variables clau associades a una reducció significativa de la violència.	ACA i altres de longitudinals (RSEC amb metanàlisi)	198 (51 ACA)	11	Informe HTA Informe INATHA	<p><b>5 Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament cognitiu conductual (CBT)</p>

**Taula 16 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.







Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
Långström N, 2016	Suècia	Institut de recerca	Avaluar l'efectivitat de les intervencions mèdiques i psicològiques actuals per a individus en risc d'abusar sexualment d'infants, tant en abusadors reconeguts com en aquells que podrien ser-ho.	ACA i estudis prospectius observacionals	8 estudis	4	BMJ	<p>5 Teràpies amb joves ofensors</p> <p>3 Teràpia familiar</p>
Rhoden MA, 2018	EUA	Universitat	L'objectiu d'aquesta revisió sistemàtica és corregir la carència de coneixements sobre les intervencions en trauma per a joves ofensors; es basa en revisions anteriors, inclou literatura més recent i se centra en els resultats pel que fa a la reducció dels símptomes de TEPT i els trastorns de conducta externalitzants.	ACA, quasiexperimentals, estudis qualitatius	16 (14 de quantitatius i 2 de qualitatius)	12	Trauma, intervenció, adolescents, justícia criminal, revisió sistemàtica, salut mental	<p>5 Teràpies amb joves ofensors: TF-CBT, EMDR i altres, com la teràpia d'exposició prolongada i la teràpia estructurada</p> <p>3 Teràpia familiar</p>



**Taula 16 [continuació].** Característiques generals dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.







Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Nombre d'estudis	Nombre de bases bibliomètriques	Paraules clau de la publicació	Intervenció
Sydow K, 2013	Alemanya	Universitat (Facultat de Psicologia)	Revisar sistemàticament assaigs sobre l'eficàcia de la teràpia sistèmica per al tractament de trastorns externalitzants en la infància i l'adolescència.	ACA	47	5	Trastorn de conducta, trastorn d'abús de substàncies, teràpia sistèmica, teràpia familiar, psicoteràpia per a infants i adolescents, assaig controlat i aleatoritzat, eficàcia, recerca en psicoteràpia	<p>5 <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament sistèmic o teràpia estratègica breu</p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>
van der Stouwe T, 2014	Països Baixos	Universitat (Ciències de l'atenció forense als infants i adolescents)	Es va dur a terme una metanàlisi multinivell amb 4.066 adolescents per examinar l'efectivitat de la teràpia multisistèmica.	ACA i quasiexperimentals	22	3	Teràpia multisistèmica, MST, efectivitat, anàlisi multinivell, delinqüència juvenil	<p>5 <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic</p> <p>3 <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 17.** Robustesa, qualitat metodològica i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.









Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Corabian P,</b> 2010	Disponible	Disponibles	Sí	AMSTAR	Informe HTA	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>	Qualitat baixa	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> SOT amb enfocament cognitiu conductual (CBT)
<b>Dopp A,</b> 2017	Disponible	Disponibles	Sí	Criteris no explícits (evidència dels estàndards de recerca en prevenció de la societat)	Normes de la Col·laboració Cochrane per a la metanàlisi	 <b>Moderada</b>	  <b>Críticament baixa</b>	No s'expliciten	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Enebrink P,</b> 2011	Disponible parcialment	Disponibles	Sí	Eina fonamental d'avaluació dels assaigs controlats i aleatoritzats AMSTAR	GRADE, normes SBU	 <b>Elevada</b>	 <b>Alta</b>	Limitacions en quant a la potència estadística i el baix nivell d'evidència	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic o teràpia estratègica breu i enfocament cognitiu conductual (CBT)  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

SOT: tractament de l'abús sexual.

**Taula 17 [continuació].** Robustesa, qualitat metodològica i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
<b>Hockenull JC,</b> 2012	Disponible parcialment	Disponibles	Sí, parcialment	No es menciona quina escala, tot i que s'apliquen els criteris de Cochrane per al risc de biaix	INAHTA (es focalitzen molt en la metanàlisi)	 <b>Moderada</b>	 <b>Baixa</b>	Qualitat baixa	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament cognitiu conductual (CBT)
<b>Långström N,</b> 2016	Disponible	Disponibles	Sí	Es menciona que s'apliquen els criteris de SBU per al risc de biaix	GRADE	 <b>Elevada</b>	 <b>Baixa</b>	Qualitat baixa	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors</b>  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Rhoden MA,</b> 2018	Disponible parcialment	Disponibles parcialment	Sí	Eina de Cochrane per al risc de biaix	No es mencionen	 <b>Baixa</b>	 <b>Baixa</b>	Qualitat baixa	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> TF-CBT, EMDR i altres, com la teràpia d'exposició prolongada i la teràpia estructurada  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

**Taula 17 [continuació].** Robustesa, qualitat metodològica i altres consideracions per a la interpretació dels resultats dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Diagrama de flux inclosos/exclusos	Termes i períodes de cerca	Característiques dels estudis inclosos	Avaluació de la qualitat dels estudis inclosos	Altres criteris de qualitat	Robustesa global de la RSEC	Qualitat metodològica de la RSEC segons AMSTAR-2	Limitacions dels estudis primaris	Intervenció
Sydow K, 2013	No disponible	Disponibles parcialment	Sí, parcialment	No es descriu	No es descriuen	 <b>Baixa</b>	 <b>Criticament baixa</b>	Qualitat baixa	<p> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament sistèmic o teràpia estratègica breu</p> <p> <b>Teràpia familiar</b></p>
van der Stouwe T, 2014	Disponibile parcialment	Disponibles parcialment	Sí	No es descriu	Es tracta d'una metanàlisi	 <b>Baixa</b>	 <b>Baixa</b>	Qualitat baixa	<p> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic</p> <p> <b>Teràpia familiar</b></p>

## Valoració de la qualitat metodològica dels estudis inclosos

**Taula 18.** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); RSEC\*, n = 8.

Publicació	1. Pregunta i inclusió	2. Protocol‡*	3. Disseny d'estudi	4. Cerca completa‡	5. Selecció d'estudis	6. Extracció de dades	7. Justificació per a l'exclusió d'estudis‡	8. Dades dels estudis inclosos
Corabian, 2010	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dopp, 2017	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Enebrink, 2011	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hockenhull, 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí parcial
Langstrom, 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Rhoden, 2018	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	Sí	No	Sí
Sydow, 2013	Sí	Sí	Sí	Sí parcial	Sí parcial	No	No	Sí
Van der Stouwe, 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí

**Taula 18 [continuació].** Puntuacions en cada ítem de l'AMSTAR-2 de cada estudi inclòs: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); RSEC\*, n = 8.

Publicació	9a. Risc de biaix ACA‡	9b. Risc de biaix IENA‡	10. Fonts de finançament	11a. Mètode estadístic ACA‡	11b. Mètode estadístic IENA‡	12. Risc de biaix en la metanàlisi	13. Risc de biaix en estudis individuals	14. Heterogeneïtat	15. Biaix de la publicació‡	16. Conflicte d'interessos
<b>Corabian, 2010</b>	Sí	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí
<b>Dopp, 2017</b>	No	N/A	No	No	N/A	No	No	No	Sí	No
<b>Enebrink, 2011</b>	Sí	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí	No	N/A	Sí
<b>Hockenhuil, 2012</b>	Sí parcial	No	No	Sí	N/A	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Langstrom, 2013</b>	Sí	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí	No	N/A	Sí
<b>Rhoden, 2018</b>	Sí	Sí	No	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí
<b>Sydow, 2013</b>	No	N/A	No	N/A	N/A	N/A	No	No	N/A	No
<b>Van der Stouwe, 2014</b>	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

## Característiques de la població dels estudis inclosos

**Taula 19.** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de població dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Sumatori de mostres	Joves ofensors	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Corabian P,</b> 2010	No queda clar el volum total; la majoria són persones adultes	<b>Sí</b>	No	Violència sexual; es menciona un criteri exclusió de joves ofensors, tot i que es descriuen resultats	2 estudis en joves ofensors adolescents; no s'inclouen les edats	No es descriu	No es descriuen	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> SOT amb enfocament cognitiu conductual (CBT)
<b>Dopp A,</b> 2017	5.564	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència física, sexual, violència	14-16 (mitjana: 15,0)	1,3-41,0 (28,2%)	Conducta antisocial greu	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Enebrink P,</b> 2011	156 joves ofensors	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència sexual, problemes de conducta sexual	14-15,5; també s'inclouen persones adultes	No es descriu	No es descriuen	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic o teràpia estratègica breu i enfocament cognitiu conductual (CBT)  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

SOT: tractament de l'abús sexual.

**Taula 19 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de població dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Sumatori de mostres	Joves ofensors	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Hockenhuil JC,</b> 2012	196 (s'inclouen persones adultes); interval:	<b>Sí</b>	No	Violència (física, sexual, altres)	13-18 i s'inclouen persones adultes (mitjana: 19,0)	0-100%	Diagnòstic actiu de problema de salut mental, discapacitat intel·lectual, trastorn de conducta, personalitat	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament cognitiu conductual (CBT)</p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Långström N,</b> 2016	331 (joves ofensors)	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència sexual	14,0-15,5	No es descriu	No es descriuen	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors</b></p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>Rhoden MA,</b> 2018	847; interval: 2-394	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència sexual, física, múltiples negligències, psicològica, domèstica	Joves fins a 21 anys	33,4% de mitjana	Trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT)	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b>TF-CBT, EMDR i altres com la teràpia d'exposició prolongada i la teràpia estructurada</p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>



**Taula 19 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de població dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Sumatori de mostres	Joves ofensors	Famílies / persones cuidadores	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Sydow K,</b> 2013	5.899; interval: 2-674	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Gairebé tots els estudis són sobre abús de substàncies; s'inclouen estudis sobre violència sexual i física	9,2-18,0; alguns estudis mixtos > 18 fins a 22	0-100%	Dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorns de conducta, trastorns vinculats a l'abús de substàncies	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament sistèmic o teràpia estratègica breu</p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>
<b>van der Stouwe T,</b> 2014	4.066; interval: 16-409	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Delinqüència / delictes en general, violència sexual (tres estudis)	11,9-16,3	0-53%	Problemes de conducta en alguns casos; simptomatologia internalitzant i externalitzant (com a desenllaços)	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors:</b> enfocament multisistèmic</p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>

## Característiques de les intervencions en els estudis inclosos

**Taula 20.** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Corabian P,</b> 2010	No	No	No	No	<b>Sí 5</b> Teràpia de l'abús sexual (SOT): inclou teràpia cognitiva conductual (CBT)				
<b>Dopp A,</b> 2017	No	No	<b>Sí 3</b> Teràpia multisistèmica (MST), teràpia familiar funcional (FFT), acolliment familiar terapèutic Oregon (TFCO), teràpia familiar estratègica breu (BSFT) o altres	No	<b>Sí 5</b> Tractaments basats en la família per a joves ofensors	interval: 17-53 setmanes; 21-114 hores de contacte; en alguns casos no s'indica	No es menciona	Tractament habitual (TH), teràpia individual, teràpia comunitària habitual, supervisió i vigilància tutelars/ intensives, serveis de benestar infantil	No es menciona

**Taula 20 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Enebrink P,</b> 2011 (+)	No	No	<b>Sí 3</b> Teràpia multisistèmica (MST): basada en els models de la teoria familiar sistèmica, la teoria d'aprenentatge social i la teoria socioecològica	No	<b>Sí 5</b> En abusadors joves: teràpia multisistèmica (MST), teràpia cognitiva conductual (CBT) no manualitzada	interval: entre 30 setmanes i 24 mesos (individuals: 1-3 hores/setmana; grupals: 1 hora cada dues setmanes)	Tractament ambulatori, intervenció domiciliària, centre comunitari	Tractament estàndard o "tractament habitual" o, per algun motiu, sense tractament actiu.	No es menciona
<b>Hockenhuil JC,</b> 2012	No	No	No	No	<b>Sí 5</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT), grup de violència, EQUIP*	4 sessions (en la majoria dels estudis no es menciona)	Centre de salut mental forense, institució penal, sala oberta d'ingrés hospitalari, residència geriàtrica, centre comunitari de salut mental, servei d'emergències psiquiàtriques	Teràpia grupal psicodinàmica, psicoeducació, tractament habitual (TH), llista d'espera, meditació budista, placebo	No es menciona

(+) S'inclouen altres tipus de teràpies o intervencions. \* EQUIP: psicoeducació, meditació, gestió cognitiva i conductual de la ira, llista de fàrmacs (fàrmacs anticonvulsius, fàrmacs antipsicòtics atípics).

**Taula 20 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Långström N,</b> 2016	No	No	<b>Sí 3</b> Teràpia multisistèmica (MST), teràpia cognitiva conductual i suport parental (CBT-PS)	No	<b>Sí 5</b> Teràpia cognitiva conductual (CBT)	interval: 24-30  setmanes	Presó, comunitat, a casa	Sense tractament, no especificat, serveis comunitaris habituals	No es descriu
<b>Rhoden MA,</b> 2018	<b>Sí 5</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) en grup per a joves ofensors	<b>Sí 5</b> Desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR) per a joves ofensors	<b>Sí 3</b> Reducció del risc amb teràpia familiar, adolescents i progenitors, joves sentenciats i en risc	No	<b>Sí 5</b> A més de la TF-CBT, l'EMDR i les teràpies familiars, TARGET, teràpia de processament cognitiu, psicoteràpia estructurada per a adolescents que responen a estrès crònic, teràpia d'exposició prolongada	Heterogeneïtat; interval de la CBT-FT: 12 sessions; interval de l'EMDR: 2-4 sessions; interval d'altres: 8-18 sessions	Serveis de salut mental, consulta psiquiàtric, escola, altres serveis	Tractament habitual millorat (THM), tractament habitual (TH), llista d'espera	Terapeutes i supervisors amb formació en una intervenció específica

**Taula 20 [continuació].** Característiques de les intervencions en els estudis inclosos: intervencions psicològiques en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Sydow K,</b> 2013 (+)	No	No	<b>Sí 3</b> Teràpia familiar sistèmica (teràpia familiar estructural, teràpia familiar estratègica breu, teràpia familiar funcional, teràpia familiar multidimensional, teràpia multisistèmica)**	No	<b>Sí 5</b>	interval: 5-12 setmanes	Dins i fora de casa (seguiments) en alguns estudis	Tractament habitual (TH), intervenció placebo	Terapeuta
<b>van der Stouwe T,</b> 2014	No	No	<b>Sí 3</b>	No	<b>Sí 5</b> Teràpia multisistèmica (MST) o tractament multisistèmic	interval de l'MST: 93,8-216,5 dies de mitjana	A casa o en comunitat	Tractament únic, diversos tractaments	Terapeutes

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

**Taula 21.** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat dels estudis inclosos amb intervencions en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC.

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<b>Rhoden MA,</b> 2018 [5]	<p><b>Teràpies amb joves ofensors 5</b></p> <p>Enfocament sistèmic</p> <p><b>Teràpia familiar 3</b></p> <p><b>Població:</b> joves ofensors; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, múltiples negligències, psicològica, violència domèstica</p> <p><b>Resultats</b></p> <p><b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En nou estudis es presentaven uns efectes entre mitjans i grans en els símptomes de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) i en cinc s'avaluaven els problemes de conducta externalitzants.</li> <li>– La teràpia de desensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR) va mostrar el màxim rigor i les reduccions més grans dels símptomes de TEPT, seguida de la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT). En conjunt, en nou estudis d'intervencions es va indicar que la intervenció específica per al trauma tenia unes dimensions dels efectes entre mitjanes i grans en el TEPT o en un símptoma del TEPT.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Si</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Si</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>

**Taula 21 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat dels estudis inclosos amb intervencions en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>van der Stouwe T, 2014 [6]</p>	<p><b>Teràpies amb joves ofensors 5</b> Enfocament multisistèmic</p> <p><b>Teràpia familiar 3</b> Teràpia familiar multisistèmica (MST)</p> <p><b>Població:</b> joves ofensors; famílies i persones cuidadores principals</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de delinqüència / delictes en general, violència general, sexual (tres estudis); estudis mixtos.</p> <p><b>Resultats</b>                      Reducció del volum de nous episodis d'abús sexual                      Reducció de la simptomatologia associada                      Millora del funcionament social i el rendiment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es van observar efectes terapèutics petits però significatius en la delinqüència (desenllaç principal) i la psicopatologia, l'abús de substàncies, els factors familiars, la tutela i els factors entre iguals, mentre que no es va observar un efecte terapèutic significatiu en les aptituds i els coneixements.</li> <li>- Les anàlisis de moderadors van mostrar que les característiques de l'estudi (país en què es va dur a terme la recerca, eficàcia vs. efectivitat i qualitat de l'estudi), les característiques del tractament (tractaments de control únic o múltiple i durada de la MST), característiques de la mostra (població diana, edat, gènere i origen ètnic) i les característiques del desenllaç (delicte no específic vs. violent o no violent, correcció de les diferències pretractament i tipus de font) moderaven l'efectivitat de l'MST</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Sí</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Sí</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>

**Taula 21 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat dels estudis inclosos amb intervencions en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p><b>Dopp A,</b> 2017 [7]</p>	<p><b>Teràpies amb joves ofensors</b> 5</p> <p><b>Teràpia familiar</b> 3</p> <p>Tractament basat en la família</p> <p><b>Població:</b> joves ofensors (i progenitors i persones cuidadores)</p> <p><b>Tipus de violència:</b> estudis en els àmbits de violència sexual, física, altres tipus</p> <p><b>Resultats</b></p> <p><b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En tots els estudis els tractaments basats en la família tenien efectes terapèutics modestos però duradors (d mitjana: 0,25 per a les conductes antisocials, 0,24 en conjunt) en relació amb les condicions de comparació.</li> <li>– Algunes característiques moderaven la magnitud dels efectes terapèutics; per exemple, les mesures de l'abús de substàncies eren les que tenien uns efectes més grans i les mesures de relacions entre iguals, les que els tenien més petits.</li> </ul>	<p>Heterogeneïtat: <b>Si</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Si</b></p> <p>Robustesa general: ● <b>Moderada</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: ● <b>Baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>



**Taula 21 [continuació].** Resultats principals d'eficàcia i efectivitat dels estudis inclosos amb intervencions en joves ofensors que hagin actuat amb violència sexual o física contra altres infants o adolescents (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis basats en RSEC

Autor, any	Resultats específics d'eficàcia i efectivitat	Consideracions metodològiques i implicacions futures
<p>Sydow K, 2013 [8]</p>	<p><b>Teràpies amb joves ofensors 5</b></p> <p>Enfocament sistèmic</p> <p><b>Teràpia familiar 3</b></p> <p>Teràpia familiar sistèmica (ST)</p> <p><b>Població:</b> joves ofensors i progenitors o persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de violència:</b> gairebé tots els estudis són sobre l'abús de substàncies; també s'inclou la violència sexual i física (estudis mixtos)</p> <p><b>Resultats</b></p> <p><b>Reducció de la simptomatologia associada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– En un total de 42 trials es va mostrar que la teràpia sistèmica (ST) era eficaç per al tractament dels trastorns per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, els trastorns de conducta i els trastorns per abús de substàncies. Els resultats es mantien al llarg dels períodes de seguiment. De 47 ACA, en 42 la teràpia sistèmica era significativament més eficaç que els grups de control sense intervenció psicossocial o bé igual d'eficaç o més que altres intervencions basades en l'evidència (per exemple, la CBT individual i grupal o la psicoeducació familiar).</li> </ul> <p><b>Millora del funcionament social i el rendiment</b></p> <p>La teràpia sistèmica és eficaç en diversos àmbits del funcionament (síntomes de salut mental principals i secundaris, desenllaços familiars, problemes amb el sistema de justícia i rendiment acadèmic).</p>	<p>Heterogeneïtat: <b>Si</b></p> <p>Limitacions dels estudis primaris: <b>Si</b></p> <p>Robustesa general: <b>● Baixa</b></p> <p>Qualitat metodològica AMSTAR-2: <b>●● Críticament baixa</b></p> <p>Necessitat de més evidència i estudis més robustos</p>

## **Annex 4. Resultats dels estudis primaris (fase 2)**

# Estudis primaris addicionals: característiques dels estudis inclosos

## Infants i adolescents que han viscut violència física o sexual

**Taula 22.** Característiques dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Inclou aleatorització	Mida mostral	Paraules clau de la publicació
<b>Farnia V,</b> 2018	Iran	Hospital i universitat (Departament de Psiquiatria)	Amb aquest estudi es pretén comparar l'efectivitat de la teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TFCBT) amb un èmfasi en la teoria de la ment en el creixement posttraumàtic i les estratègies de regulació emocional en infants que han patit abusos.	Quasiexperimental	No	39 inclosos (13 al grup d'intervenció 1, 13 al grup d'intervenció 2, 13 al grup de control)	Abús infantil, estratègies de regulació emocional, creixement posttraumàtic, teoria de la ment, teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma
<b>Hahn H,</b> 2019	Estats Units	Universitat (Facultat de Medicina i Psiquiatria)	Explorar la reducció de l'ETP que experimenten les persones cuidadores quan participen en el seu tractament de salut mental focalitzat en el trauma i basat en l'evidència dels seus fills	Quasiexperimental amb metanàlisi	No	640 parelles d'infants i persones cuidadores (interval infants: 29-122; interval persones cuidadores: 29-192) abans i després	Estrès traumàtic parental, estrès traumàtic de les persones cuidadores, intervenció precoç, intervencions en l'estrès traumàtic infantil i familiar, CPTSI, intervencions a més d'un lloc

**Taula 22 [continuació].** Característiques dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Inclou aleatorització	Mida mostral	Paraules clau de la publicació
<b>Kane J,</b> 2016	Estats Units	Universitat (Salut Mental i Facultat de Salut Pública)	En aquest estudi s'exploren els factors moderadors de la resposta a la TF-CBT entre una mostra d'orfes i infants vulnerables (OIV) de Zàmbia.	ACA	Sí	257 inclosos (131 al grup d'intervenció i 126 al grup de control)	TEPT (trastorn per estrès posttraumàtic), orfes i infants vulnerables, Zàmbia, teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma, anàlisi de la moderació
<b>Kolko DJ,</b> 2018	Estats Units	Universitat (institut i clínica psiquiàtrics)	El projecte Partnerships for Families (col·laboracions per a famílies) és un assaig clínic aleatoritzat per avaluar l'efectivitat d'alternatives per a les famílies: una teràpia cognitiva conductual (AF-CBT), un tractament basat en l'evidència (EBT) per a les famílies en risc o que tenen casos d'abús físic infantil.	ACA	Sí	122 famílies (93 de serveis de salut mental i 29 de centres de benestar social al grup d'intervenció) i 73 famílies al grup de control (38 de serveis de salut mental i 35 de centres benestar social).	Assaig controlat i aleatoritzat, progenitors violents, tractament basat en l'evidència, conducta agressiva, maltractament infantil, benestar infantil
<b>Asscher J,</b> 2018	Països Baixos	Universitat (serveis d'atenció forense als infants i adolescents)	En aquest estudi s'amplien els coneixements sobre l'efectivitat del tractament per a adolescents extremadament violents (EV) i s'investiga la seva resposta a la teràpia multisistèmica (MST).	ACA	Sí	256 inclosos (147 al grup d'intervenció i 109 al grup de control)	Resposta al tractament, teràpia multisistèmica, joves ofensors extremadament violents, problemes de conducta externalitzants, qualitat de la relació entre progenitors i adolescents

**Taula 22 [continuació].** Característiques dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants o adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	País	Tipus d'institució del primer autor	Objectiu principal	Tipus de disseny d'estudi	Inclou aleatorització	Mida mostral	Paraules clau de la publicació
<b>Karam E,</b> 2017	Estats Units	Universitat (treball social i teràpia familiar)	Avaluar l'efectivitat de la criança amb amor i límits (CAL), un plantejament integral de la teràpia grupal i familiar.	Quasiexperimental	No	Joves ofensors i les seves famílies (155 al grup d'intervenció i 155 al grup de control)	Basada en la comunitat, delinqüent juvenil, recidiva, índexs d'atrició, teràpia familiar, teràpia grupal, mesures de fidelitat, noves condemnes, criança amb amor i límits, concordança de puntuació de propensió, intervenció, delinqüència, efectivitat del pla

**Taula 23.** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en població infantil i adolescent en l'àmbit de la violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis primaris (fase 2), n = 6.

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Joves ofensors	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Farnia V,</b> 2018	39	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	No	No	Violència física, psicològica, negligència	interval: 9-12	100%	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>
<b>Hahn H,</b> 2019	640	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	No	Violència sexual, física o altres	interval: 7-17 (mitjana: 12)	74%	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic	<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Kane J,</b> 2016	257	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	No	No	Violència sexual, abandonament i altres	interval: 5-17	100%	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic	<b>1</b> <b>TF-CBT</b>
<b>Kolko DJ,</b> 2018	195	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	No	Violència física o altres	interval: 5-15	43,4% al grup d'intervenció i 50,7%	Síntomes de trastorn per estrès posttraumàtic	<b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>
<b>Asscher J,</b> 2018	256	No	No	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència sexual, robatoris armats, delictes no violents contra la propietat, vandalisme, altres	mitjana dels EV: 15,9 (DE: 1,4) i mitjana dels NEV: 16,1 (DE: 1,3)	24% al grup d'EV i 28% al grup de NEV	Problemes de conducta externalitzants	<b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors</b>  <b>3</b> <b>Teràpia familiar</b>

**Taula 23 [continuació].** Característiques demogràfiques, estat de salut mental i tipus de **població** dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en població infantil i adolescent en l'àmbit de la violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis primaris (fase 2), n = 6.

Autor, any	Sumatori de mostres	Infants	Adolescents	Famílies / persones cuidadores	Joves ofensors	Tipus de violència	Interval d'edat	Gènere Proporció de noies (%)	Problemes de salut mental	Intervenció
<b>Karam E,</b> 2017	155	No	No	<b>Sí</b>	<b>Sí</b>	Violència, contra la propietat, robatori, possessió il·legal, sistema delictiu, delictes a l'escola, violència sexual, entremaliadures.	interval: 14-18 (mitjana: 15,4)	26%	Problemes de conducta externalitzants	<p><b>5</b> <b>Teràpies amb joves ofensors</b></p> <p><b>3</b> <b>Teràpia familiar</b></p>

**Taula 24.** Característiques de les intervencions dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en població infantil i adolescent en l'àmbit de la violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis primaris (fase 2), n = 6.

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Farnia V, 2018</b>	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma	No	No	No	No	10 sessions, 2 vegades per setmana	Falsos centres familiars	No es menciona el tipus d'intervenció per al grup de control	Terapeuta (psicòleg i psiquiatre com a supervisor en el procés diagnòstic i d'estudi; no queda clara la disciplina del terapeuta)
<b>Hahn H, 2019</b>	No	No	<b>Sí 3</b> Intervenció en l'estrès traumàtic infantil i familiar (CFTSI).	No	No	No es descriu	Centres per a la protecció de la infància	No es descriu	Metge
<b>Kane J, 2016</b>	<b>Sí 1</b> Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma	No	No	No	No	Interval: 10-12 sessions (60-90 minuts/setmana)	Centre d'atenció domiciliària, clínica de salut pública, escoles, centre per a infants del carrer	Tractament habitual (TH)	Assessors voluntaris



**Taula 24 [continuació].** Característiques de les intervencions dels estudis inclosos: intervencions psicològiques en població infantil i adolescent en l'àmbit de la violència física o sexual (amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals); estudis primaris (fase 2), n = 6.

Autor, any	TF-CBT	EMDR	Teràpia familiar	Psicodinàmica	Joves ofensors	Nombre de sessions	Lloc de les sessions	Grup de control	Terapeuta o psicòleg
<b>Kolko DJ,</b> 2018	No	No	<b>Sí 3</b> Alternatives per a les famílies: teràpia cognitiva conductual (AF-CBT)	No	No	Mitjana de 80 hores i 24 setmanes (86 hores en MHS i 60 en CWS)	Serveis de salut mental i serveis de benestar infantil	Tractament habitual (TH)	Proveïdors dels SSM i els SBI
<b>Asscher J,</b> 2018	No	No	<b>Sí 3</b>	No	<b>Sí 5</b> Teràpia multisistèmica (MST)	1 vegada/setmana durant una mitjana de 5,72 mesos	Oficina d'atenció als adolescents, consell de protecció de la infància	Tractament habitual (TH)	Terapeuta (no menciona disciplina)
<b>Karam E,</b> 2017	No	No	<b>Sí 3</b> Criança amb amor i límits* (inclou teràpia familiar de component estructural i estratègic)	No	<b>Sí* 5</b>	6 setmanes amb mínim 6 sessions pares i ofensors (sessions de 2 hores)	Al domicili familiar o a la consulta	Tractament habitual (TH)	Facilitador grupal o terapeuta familiar

\* Inclou al Registre Nacional de Plans Basats en l'Evidència de l'Administració de Serveis de Salut Mental i Abús de Substàncies (SAMHSA). SSM: serveis de salut mental; SBI: serveis de benestar infantil.

## Beneficis i riscos mostrats en els estudis inclosos (fase 2)

**Taula 25.** Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos de les intervencions dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Farnia V, 2018	<b>Infants i adolescents:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció de la simptomatologia associada</li> <li>– Millora del benestar psicològic i emocional</li> </ul>	<b>Infants i adolescents:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inventari de creixement posttraumàtic, estratègies de regulació emocional</li> </ul>	No es descriu NOTA: no es mencionen el temps de seguiment ni quin tipus d'intervenció es realitza en el grup control. Cal recordar la mida mostral petita en tots els subgrups (<15).	No es descriuen	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p>Altres: teoria de la ment</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents</p> <p><b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis en els àmbits de maltractament físic i altres tipus (psicològic)</p> <p><b>Impacte:</b> efectes ++ en els <i>síntomes d'estrès posttraumàtic</i> i <i>estratègies de regulació de les emocions</i> en el grup que va rebre TF-CBT en comparació amb els altres grups (<math>p &lt; 0,001</math>). Les diferències no van ser estadísticament significatives en el cas de la intervenció amb teoria de la ment en el primer desenllaç, tot i que sí que ho van ser en les estratègies de regulació de les emocions.</p>

**Taula 25 [continuació].** Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos de les intervencions dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Hahn H, 2019	<p><b>Infants i adolescents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció de la simptomatologia associada</li> </ul> <p><b>Progenitors i persones cuidadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció del malestar</li> </ul>	<p><b>Infants i adolescents:</b></p> <p>Síntomes d'estrès posttraumàtic (SEPT) infantil</p> <p><b>Progenitors i persones cuidadores:</b></p> <p>SEPT de la persona cuidadora</p> <p>Amb una versió civil de la llista de comprovació de símptomes posttraumàtics</p>	No es menciona; no es menciona grup control	No es descriuen	<p><b>Teràpia familiar ③</b></p> <p>Intervenció en l'estrès traumàtic infantil i familiar (CFTSI).</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents; progenitors i persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis mixtos en els contextos d'abús sexual (83%), maltractament físic (13%) o altres tipus d'esdeveniments potencialment traumàtics (4%).</p> <p><b>Impacte:</b> efectes ++ en la millora dels SEPT en tenir en compte els efectes agregats valorats en les escales dels infants i adolescents; tots van ser efectes elevats (mitjana de les dimensions de l'efecte abans i després, <math>g = 1,17</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>; interval = 0,86-2,50). També es van mostrar efectes ++ en la millora dels SEPT de les persones cuidadores amb unes DE entre petites (<math>g = 0,18</math>) i molt elevades (<math>g = 1,68</math>).</p>
Kane J, 2016	<p><b>Nenes i adolescents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció de la simptomatologia associada</li> <li>– Millora del funcionament social i el rendiment</li> </ul>	<p><b>Nenes i adolescents:</b></p> <p>Síntomes del trauma mesurats amb l'índex de reacció del TEPT de la UCLA per al DSM-IV-TR, discapacitat funcional</p>	4 mesos	No es descriuen	<p><b>Teràpia cognitiva conductual focalitzada en el trauma (TF-CBT) ①</b></p> <p><b>Població:</b> nenes i adolescents</p> <p><b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis mixtos en el context de nenes òrfenes de Zàmbia i amb historial d'esdeveniments traumàtics, inclosos l'abús sexual, l'abandonament i altres (mitjana de cinc esdeveniments traumàtics)</p> <p><b>Impacte:</b> efectes ++ moderats per a l'historial d'abús sexual amb reduccions més elevades en els desenllaços de trauma i funcionament (<math>p &lt; 0,05</math> i <math>p &lt; 0,01</math>, respectivament). La població no òrfena o òrfena d'un progenitor (mare viva) van mostrar una reducció més gran de la limitació funcional (<math>p &lt; 0,01</math>) en comparació amb les òrfenes de pare i mare (<math>p &lt; 0,01</math>).</p>

**Taula 25 [continuació].** Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos de les intervencions dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6) d'intervencions per a infants i adolescents que han viscut violència física o sexual.

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Kolkó DJ, 2018	<p><b>Infants i adolescents:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció de la simptomatologia associada</li> <li>– Millora del funcionament social i el rendiment</li> </ul> <p><b>Progenitors i persones cuidadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducció del malestar</li> <li>– Funció familiar</li> </ul>	<p><b>Infants i adolescents:</b></p> <p>Desenllaços de salut mental i benestar infantil en relació amb els abusos físics: l'escala Vanderbilt per a progenitors per valorar el diagnòstic de TDAH, l'escala de tàctiques per a conflictes entre progenitors i infants, escala de símptomes de TEPT infantil (ESTI).</p> <p><b>Progenitors i persones cuidadores:</b></p> <p>SEPT de la persona cuidadora, funció de la persona cuidadora, desenllaços del funcionament familiar</p>	mesos	No es descriuen	<p><b>Teràpia familiar 3</b></p> <p>Alternatives per a les famílies: una teràpia cognitiva conductual (AF-CBT)</p> <p><b>Població:</b> infants i adolescents i progenitors o persones cuidadores</p> <p><b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis mixtos en un context de maltractament físic o altres.</p> <p><b>Impacte:</b> efectes ++ de l'AF-CBT amb proveïdors comunitaris en famílies amb exposició a maltractament físic o abús en comparació amb el TH en la millora de l'adherència als serveis, els desenllaços clínics i el benestar infantil. A curt termini es van documentar efectes ++ en resultats com la reducció de l'estrès posttraumàtic en infants i adolescents o la disfunció familiar i a llarg termini, en l'assoliment d'objectius individualitzats.</p>

**Taula 26.** Desenllaços, temps de seguiment, beneficis i riscos de les intervencions dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 2) d'intervencions per a joves ofensors.

Autor, any	Desenllaços principals generals	Desenllaços específics	Temps mitjà de seguiment	Efectes adversos	Beneficis mostrats (malgrat les limitacions o l'heterogeneïtat)
Asscher J, 2018	<b>Joves ofensors:</b> – Reducció de la simptomatologia associada	<b>Joves ofensors:</b> Escala de problemes externalitzants de la llista de comprovació de la conducta infantil; l'escala de delictes violents amb autoinformes sobre delinqüència (per exemple, agressió, delicte sexual), escala de delictes contra la propietat, escales de valoració del trastorn perjudicial de la conducta	Seguiment fins als 6 mesos	Pitjor puntuació en el primer mes en la major part de desenllaços. Més endavant es mostren millores.	<b>Teràpies amb joves ofensors 5</b> Teràpia multisistèmica (MST)  <b>Teràpia familiar 3</b>  <b>Població:</b> joves ofensors i les seves famílies o persones cuidadores  <b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis mixtos en l'àmbit de la violència (violència extrema i moderada: violència, abús sexual, robatoris armats, delictes no violents contra la propietat, vandalisme, altres)  <b>Impacte:</b> efectes ++ en la reducció de les conductes externalitzants tant en el grup d'extremadament violents com el grup de no extremadament violents; no es mostren efectes en el grup control. Durant el primer mes es va mostrar un deteriorament que va millorar després d'aquest període.
Karam E, 2017	<b>Joves ofensors:</b> – Reducció de la simptomatologia associada  – Millora del funcionament social i el rendiment	<b>Joves ofensors:</b> Problemes de conducta externalitzants (CBCL), recidiva	3 mesos	No es descriu	<b>Teràpies amb joves ofensors 5</b>  <b>Teràpia familiar 3</b>  Criança amb amor i límits (CAL).  <b>Població:</b> joves ofensors i progenitors o persones cuidadores  <b>Tipus de maltractament/abús:</b> estudis mixtos que inclouen delictes: violència (n = 77), propietat, robatori, possessió il·legal, sistema delictiu, delicte a l'escola, abús sexual (n = 1), entremaliadures (n = 7).  <b>Impacte:</b> efectes ++ en la reducció de les puntuacions en les onze subescales dels CBCL amb diferències més grans en les àrees de trencament de les regles (t = 6,21, p < 0,0001), agressió (t = 5,56, p < 0,0001), trastorns de conducta (t = 6,67, p < 0,0001), problemes d'atenció (t = 5,59, p < 0,0001), i trastorn negativista desafiament (t = 6,73, p < 0,0001). Les dimensions dels efectes d'aquestes diferències van ser entre petites (0,25) i moderades (0,58).

**Taula 27.** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
Farnia V, 2018	<p><b>TF-CBT 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La puntuació mitjana del creixement posttraumàtic i les estratègies d'ajust emocional en la TF-CBT abans i després de la intervenció eren significativament diferents. No es van observar diferències en el grup de teoria de la ment en aquest desenllaç, però hi havia una diferència significativa en els ajustos adaptatius i maladaptatius de les emocions.</li> <li>– Diferència significativa (a favor del grup de TF-CBT) entre la mitjana de les estratègies adaptatives de regulació emocional en el grup de TF-CBT amb la mitjana dels grups de teoria de la ment i de control i, de l'altra banda, entre les estratègies maladaptatives de regulació emocional en el grup de TF-CBT amb la mitjana dels grups de teoria de la ment i de control (0,001).</li> </ul>	<p><b>Conclusions principals:</b> el mètode de la teoria de la ment també pot ser eficaç a l'hora de millorar les estratègies de regulació emocional. En general, es calcula que es pot recórrer a la TF-CBT per millorar el creixement posttraumàtic i les estratègies de regulació emocional en infants que han patit abusos. A més, els mètodes de la teoria de la ment es poden considerar útils.</p>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> cal tenir en compte que es presenten mostres molt petites d'intervenció i control, sobretot tenint present que s'apliquen anàlisis multivariables. No s'acaba de mencionar com es van seleccionar els participants de cada subgrup d'intervenció ni com es va fer l'aleatorització ni tampoc s'aporten dades sobre el grup de control.</p>

**Taula 27 [continuació]..** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
Hahn H, 2019	<p><b>Teràpia familiar</b> ③</p> <p>Intervenció en l'estrès traumàtic infantil i familiar (CFTSI).</p> <p>Infants agrupats i dimensió dels efectes específics a 10 llocs: dimensió específica de les diferències mitjanes, abans i després i combinades en la puntuació a l'ESTI valorada pels infants (<math>g = 1,17</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) i dimensions dels efectes específiques per a cada lloc. Totes les dimensions dels efectes són entre robustes i molt robustes (<math>g = 0,86-2,50</math>). En general, els infants mostraven reduccions considerables dels símptomes de TEPT en les autoavaluacions. Les DE agrupades per a les diferències mitjanes, combinades i d'abans i després en la puntuació a l'ESTI dels infants valorada per les persones cuidadores (<math>g = 0,66</math>, <math>p &lt; 0,0001</math>) i les DE específiques per a cada lloc són entre febles (<math>g = 0,18</math>) i molt robustes (<math>g = 1,68</math>). Les dimensions dels efectes dels desenllaços eren molt més heterogènies entre les persones cuidadores.</p>	<p><b>Conclusions principals:</b> les conclusions actuals coincideixen amb un ACA anterior en què s'assenyalaven reduccions significatives dels símptomes d'EPT en infants després de la CFTSI.</p> <p>A més, en les conclusions actuals s'indica que la CFTSI redueix els símptomes d'EPT de moltes persones cuidadores que hi participen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'interès i l'entusiasme que la CFTSI ha generat entre els directors d'organismes i els professionals de la salut mental que atenen els infants i les seves persones cuidadores després d'esdeveniments traumàtics han estat significatius, tal com demostra la demanda contínua i creixent de formació en el model clínic.</li> </ul>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> mentre que els assaigs aleatoritzats a gran escala addicionals serien indispensables per respondre preguntes concretes sobre la intervenció, l'MSMA és un complement metodològic factible i rendible dels ACA per a l'avaluació de l'efectivitat terapèutica dels models de tractament repartits per una sèrie d'entorns clínics reals.</p>

**Taula 27 [continuació].** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
Kane J, 2016	<p><b>TF-CBT 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– L'efectivitat del tractament es moderava amb l'historial d'abusos sexuals, amb més reduccions en ambdós desenllaços (trauma, <math>p &lt; 0,05</math>; funcionament, <math>p &lt; 0,01</math>) per a les víctimes d'abusos sexuals.</li> <li>– La persona cuidadora principal també feia de moderador, amb més reduccions del trauma en els infants que identificaven la mare com a persona cuidadora principal (<math>p &lt; 0,01</math>) i un millor funcionament en els infants que identificaven el pare com a persona cuidadora principal (<math>p &lt; 0,05</math>). Els infants que no eren orfes o només ho eren d'un progenitor (la mare era viva) presentaven una reducció més gran de la discapacitat funcional (<math>p &lt; 0,01</math>) que els infants orfes d'ambdós progenitors.</li> </ul>	<p><b>Conclusions principals:</b> en aquest estudi se suggereix que la TF-CBT era efectiva a l'hora de reduir els símptomes de trauma i la discapacitat funcional entre els adolescents que havien patit un trauma en general i que pot ser particularment efectiva per als supervivents d'abusos sexuals infantils i per als infants la principal persona cuidadora dels quals és un progenitor biològic.</p>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> l'ampliació de la TF-CBT està garantida atesos l'ampli marge d'efectivitat i la prevalença dels abusos sexuals infantils. Els futurs assaigs aleatoritzats de les intervencions als PIBM han d'impulsar les anàlisis de moderació durant la fase de disseny de l'estudi quan sigui possible.</p> <p>Per a aquest estudi, s'han extret dades d'una revisió dels historials clínics i els expedients dels tribunals de menors.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– NOTA: no es descriu quina mostra es va seleccionar ni quantes se'n van incloure finalment; se seleccionen d'una mostra de joves abusadors (joves elegibles entre abril de 2009 i desembre de 2011); no es descriu de manera clara i explícita com es van seleccionar els progenitors, el temps d'intervenció i el temps de seguiment abans i després.</li> </ul>



**Taula 27 [continuació].** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 6).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
Kolko DJ, 2018	<p><b>Teràpia familiar 3</b></p> <p>Alternatives per a les famílies: teràpia cognitiva conductual (AF-CBT)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amb proves univariables i models de corbes de creixement, les anàlisis van revelar que l'AF-CBT (en comparació amb el TH) presentaven millores en ambdós sistemes de serveis (per exemple, risc d'abusos, famílies disfuncionals) o en un sistema de serveis (per exemple, amenaces de força, agressions lleus dels infants als progenitors), i alguns desenllaços no mostraven cap millora (per exemple, ira parental).</li> <li>- Alguns desenllaços eren favorables als administradors d'AF-CBT en els plans dels SSM a curt termini (per exemple, menys agressions lleus dels infants als progenitors, risc d'abús de la persona cuidadora, conflicte familiar) o a llarg termini (per exemple, reducció dels problemes dels infants, amenaces parentals de violència), mentre que un era favorable a l'AF-CBT en els plans dels SBI a llarg termini (per exemple, consecució d'objectius de gestió de l'agressió).</li> </ul>	<p><b>Conclusions principals:</b> en aquest estudi s'informava dels desenllaços familiars del primer assaig clínic aleatoritzat a gran escala de l'efectivitat de l'AF-CBT amb proveïdors comunitaris que ajudaven les famílies dels SSM o els SBI que han estat exposades a la força física o a abusos. La breu formació de sis mesos era semblant a la que es va fer servir en un estudi d'organismes comunitaris (Kolko <i>et al.</i>, 2011). En comparació amb les famílies els proveïdors de les quals van rebre la formació habitual de l'organisme (FH), les famílies a les quals es van assignar proveïdors que s'havien format en AF-CBT mostraven més millores en el compromís de servei, alguns objectius terapèutics i els desenllaços clínics i relatius al benestar infantil. La majoria d'aquests desenllaços variava en funció del sistema de serveis i el període de temps, i alguns desenllaços no presentaven cap diferència per situació.</p>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> aquestes millores de l'AF-CBT es van observar en alguns desenllaços dels infants, els progenitors i les famílies que reflectien mesures tant del funcionament general com específiques per a les agressions. Aquestes conclusions confirmen i amplien els resultats d'altres assaigs amb aquesta població (Brunk <i>et al.</i>, 1987; Kolko <i>et al.</i>, 2011; Runyon <i>et al.</i>, 2010; Swenson <i>et al.</i>, 2010).</p>

**Taula 28.** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 2).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
<p>Asscher J, 2018</p>	<p><b>Teràpies amb joves ofensors 5</b> <b>Teràpia familiar 3</b></p> <p>Teràpia multisistèmica (MST)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dins del grup de joves ofensors que van rebre MST, el patró de canvi dels adolescents extremadament violents era diferent del dels adolescents que no ho eren. En el cas dels adolescents extremadament violents que van rebre MST, el canvi dins del tractament era no lineal.</li> <li>- Els problemes externalitzants augmentaven lleugerament durant el primer mes de tractament i després es reduïen a nivells inferiors als dels altres grups. Així mateix, primer la qualitat de la relació empitjorava. Més endavant, al cap d'entre un i tres mesos, la qualitat de la relació entre progenitors i adolescents millorava i, a partir del tercer mes, s'estabilitzava.</li> </ul>	<p><b>Conclusions principals:</b> pel que sabem, aquest estudi és un dels primers que examina la resposta terapèutica diferencial dels joves ofensors amb múltiples punts d'avaluació, cosa que ens permet examinar els canvis dins del tractament.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En aquest estudi es mostrava que l'MST és efectiva per als adolescents extremadament violents, però durant el tractament aquest grup presenta patrons de canvi diferents dels que s'observen en joves ofensors que no exerceixen una violència extrema. A més, en el futur la recerca hauria d'examinar minuciosament si els adolescents extremadament violents també presenten trets d'insensibilitat emocional. La recerca futura sobre les característiques dels joves ofensors extremadament violents pot explicar per què el grup extremadament violent presenta un patró de canvi diferent.</li> </ul>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> mida mostral petita, poca capacitat per analitzar subgrups. No hi ha prou informació sobre el grup de control (durada o intensitat del tractament).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En examinar els canvis abans i després del tractament, en aquest estudi no es van revelar efectes moderadors per a la violència extrema, cosa que suggereix que no hi ha cap diferència en la resposta general al tractament entre els adolescents extremadament violents i els adolescents que no ho són. Dit d'una altra manera, l'MST va ser més efectiva que el TH per a ambdós grups, cosa que suggereix que l'MST també ajuda a aconseguir efectes positius per als adolescents que en general costa de tractar.</li> </ul>

**Taula 28 [continuació].** Resultats específics d'eficàcia, efectivitat i seguretat i consideracions rellevants dels estudis inclosos basats en un estudi primari (ACA o quasiexperimental, n = 2).

Autor, any	Resultats d'eficàcia i efectivitat específics	Conclusions	Implicacions futures i altres consideracions
Karam E, 2017	<p><b>Teràpies amb joves ofensors</b> 5</p> <p><b>Teràpia familiar</b> 3</p> <p>Criança amb amor i límits (CAL)</p> <p>Dels 155 casos admesos en la CAL, 111 (72%) famílies van completar els serveis. Confirmant les nostres hipòtesis, els participants van mostrar reduccions de les puntuacions en les onze subescales de dificultats dels CBCL i es van observar les diferències més grans en les àrees de trencament de les regles (<math>t = 6,21, p &lt; 0,0001</math>), trastorn de conducta (<math>t = 6,67, p &lt; 0,0001</math>), problemes d'atenció (<math>t = 5,59, p &lt; 0,0001</math>) i trastorn negativista desafiant (TND). Les dimensions dels efectes per a aquests resultats eren entre petites (0,25) i mitjanes (0,58). Els adolescents admesos en la CAL tenien un nombre de contactes amb la policia notablement inferior al del grup de comparació (<math>t = 1,83, p = 0,03</math>, reducció del risc del 20%).</p>	<p><b>Conclusions principals:</b> en aquesta recerca es demostra una combinació prometedora de valors metodològics que inclouen la cerca de clients que siguin joves ofensors difícils, l'ús de variables independents no reactives, la reproducció del model amb investigadors independents i el trasllat de la recerca a entorns clínics reals.</p>	<p><b>Implicacions per a futures investigacions i limitacions:</b> CBCL és un instrument molt utilitzat i senzill, es fa una intervenció breu i s'avalua just al final, no es reavalua posteriorment. No tenim CBCL dels que no acaben i, per tant, no sabem si també hi hauria canvis en l'escala per a aquest subgrup. No queda clara la durada del tractament i el seguiment. Dels 111 que acaben el programa només en un cas és aplicable l'abús sexual.</p>

## **Annex 5. Bibliografia dels exclosos i motius**

## Exclosos de la lectura del text complet (fase 1): RSEC i motiu

- 1. Austin, A. E.,** Shanahan, M. E., Barrios, Y. V., & Macy, R. J. (2019). A Systematic Review of Interventions for Women Parenting in the Context of Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence & Abuse, 20*(4), 498–519. <https://doi.org/10.1177/1524838017719233>  
**Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual
- 2. Brown, W. J.,** Dewey, D., Bunnell, B. E., Boyd, S. J., Wilkerson, A. K., Mitchell, M. A., & Bruce, S. E. (2018). A Critical Review of Negative Affect and the Application of CBT for PTSD. *Trauma, Violence & Abuse, 19*(2), 176–194. <https://doi.org/10.1177/1524838016650188>  
**Motiu per a l'exclusió:** no és una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC).
- 3. Carr, A.,** Duff, H., & Craddock, F. (2018). A Systematic Review of the Outcome of Child Abuse in Long-Term Care. *Trauma, Violence & Abuse, 1524838018789154*. <https://doi.org/10.1177/1524838018789154>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 4. Cummings, M.,** Berkowitz, S. J., & Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: an updated review. *Current Psychiatry Reports, 14*(6), 599–607. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0316-5>  
**Motiu per a l'exclusió:** no és una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC).
- 5. Dijkstra, S.,** Creemers, H. E., Asscher, J. J., Deković, M., & Stams, G. J. J. M. (2016). The effectiveness of family group conferencing in youth care: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 62*, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.017>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 6. Fellmeth, G. L. T.,** Nurse, J., Heffernan, C., Habibula, S., & Sethi, D. (2013). Educational and skills-based interventions for preventing relationship and dating violence in adolescents and young adults. *Campbell Collaboration, 9*. Retrieved from <http://www.epistemonikos.org/documents/416f5a38f4d9e88c9004e1127bb2f38e334ed956>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 7. Ferguson, L. M.,** & Wormith, J. S. (2013). A meta-analysis of moral reconnection therapy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(9), 1076–1106. <https://doi.org/10.1177/0306624X12447771>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 8. Forman-Hoffman, V.,** Knauer, S., McKeeman, J., Zolotor, A., Blanco, R., Lloyd, S., ... Viswanathan, M. (2013). *Child and Adolescent Exposure to Trauma: Comparative Effectiveness of Interventions Addressing Trauma Other Than Maltreatment or Family Violence. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*. Retrieved from <http://www.epistemonikos.org/documents/07d2e-6404843384b6a75ab0c05387329948b3f0f>  
**Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual.

- 9. Gameon, J. A., & Skewes, M. C. (2020).** A Systematic Review of Trauma Interventions in Native Communities. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 223–241. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12396>.

**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 10. Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019).** Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review*, 73, 101752. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>

**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 11. Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012).** Psychological therapies for the treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD006726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>

**Motiu per a l'exclusió:** duplicat.
- 12. Hackett, S., McWhirter, P. T., & Leshner, S. (2016).** The Therapeutic Efficacy of Domestic Violence Victim Interventions. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(2), 123–132. <https://doi.org/10.1177/1524838014566720>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 13. Hemmings, S., Jakobowitz, S., Abas, M., Bick, D., Howard, L. M., Stanley, N., ... Oram, S. (2016).** Responding to the health needs of survivors of human trafficking: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 16, 320. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1538-8>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 14. James, S., Alemi, Q., & Zepeda, V. (2013).** Effectiveness and Implementation of Evidence-Based Practices in Residential Care Settings. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 642–656. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.007>

**Motiu per a l'exclusió:** no joves abusadors (maltractament físic o abús sexual).
- 15. Jones, E., & Chaplin, E. (2017).** A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities : JARID*, 33(1), 79–100. <https://doi.org/10.1111/jar.12345>

**Motiu per a l'exclusió:** no joves abusadors (maltractament físic o abús sexual).
- 16. Katsonga-Phiri, T., Grant, K. E., & Brown, M. (2019).** Trauma Intervention in Sub-Saharan African Children: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(4), 453–469. <https://doi.org/10.1177/1524838017717747>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 17. Kuin, N., Masthoff, E., Kramer, M., & Scherder, E. (2015).** The role of risky decision-making in aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 25(Part A), 159–172. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.018>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 18. Latzman LE, 2019. (2019).** The promotion of well-being among children exposed to intimate partner violence: A systematic review of interventions. *Campbell Collaboration*. <https://doi.org/10.1002/cl2.1049>

**Motiu per a l'exclusió:** població adulta (dones amb maltractament o violència).

- 19. Leigh-Hunt, N., & Perry, A. (2014).** A Systematic Review of Interventions for Anxiety, Depression, and PTSD in Adult Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(7), 701–725. <https://doi.org/10.1177/0306624X13519241>  
**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 20. Maddoux, J. (2017).** An investigation of the efficacy of empirically supported treatments (ESTS) for posttraumatic stress disorder (PTSD): A meta-analytic review. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 78(3-B(E)). Retrieved from <http://www.epistemonikos.org/documents/b0bc5ae16c4f3a5419966e15c92055fcb0ad2950>  
**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 21. Marotta, P. L. (2017).** A Systematic Review of Behavioral Health Interventions for Sex Offenders With Intellectual Disabilities. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 29(2), 148–185. <https://doi.org/10.1177/1079063215569546>  
**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 22. Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Trickey, D., Meiser-Stedman, R., Daly, C., Dias, S., ... Pilling, S. (2020).** Cost-effectiveness of psychological interventions for children and young people with posttraumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13142>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua l'eficàcia, l'efectivitat o la seguretat de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 23. McMurrin, M. (2012).** Individual-level interventions for alcohol-related violence: a rapid evidence assessment. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*, 22(1), 14–28. <https://doi.org/10.1002/cbm.821>  
**Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual.
- 24. Mpofo, E., Athanasou, J. A., Rafe, C., & Belshaw, S. H. (2018).** Cognitive-Behavioral Therapy Efficacy for Reducing Recidivism Rates of Moderate- and High-Risk Sexual Offenders: A Scoping Systematic Literature Review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(1), 170–186. <https://doi.org/10.1177/0306624X16644501>  
**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 25. Newman N, 2012. (2012).** A systematic review of selected interventions to reduce juvenile re-offending. *EPPi Centre*. Retrieved from <http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=13RB8uipNF8%3D&tabid=3360&mid=6575>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 26. Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011).** A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6–21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 27. Piquero AR, (2010).** Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviors. *Campbell Collaboration*. <https://doi.org/10.4073/csr.2010.2>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

- 28. Pittock A, (2010).** Are psychotherapies effective in the treatment of Anorexia Nervosa? A systematic review. *DARE*. Retrieved from <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012019347>
- Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual.
- 29. Roberts, A., Onwumere, J., Forrester, A., Huddy, V., Byrne, M., Campbell, C., ... Valmaggia, L. (2016).** Family intervention in a prison environment: A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health : CBMH*, 27(4), 326–340. <https://doi.org/10.1002/cbm.2001>
- Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual.
- 30. Schmucker M. (2017).** Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Collaboration*. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.8>
- Motiu per a l'exclusió:** població adulta i edat no especificada en alguns estudis.
- 31. Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., Jansma, E. P., Veltman, D. J., & van Balkom, A. J. (2014).** Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 50, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.11.002>
- Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
- 32. Townsend, E., Walker, D.-M., Sargeant, S., Vostanis, P., Hawton, K., Stocker, O., & Sithole, J. (2010).** Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm. *Journal of Adolescence*, 33(1), 9–20. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.05.015>
- Motiu per a l'exclusió:** no joves abusadors (maltractament físic o abús sexual).
- 33. Tsopeles, C., Tsetsou, S., & Douzenis, A. (2011).** Review on female sexual offenders: findings about profile and personality. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(2), 122–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.02.006>
- Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 34. van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Boekhout van Solinge, N. F. (2018).** Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(2), 171–202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 35. Vizard, E. (2013).** Practitioner review: The victims and juvenile perpetrators of child sexual abuse--assessment and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(5), 503–515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12047>
- Motiu per a l'exclusió:** no és una revisió sistemàtica de l'evidència científica (RSEC).
- 36. Walton, J. S., & Chou, S. (2015).** The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(4), 401–417. <https://doi.org/10.1177/1524838014537905>
- Motiu per a l'exclusió:** duplicat.



- 37. Wang, J. Z., Mott, S., Magwood, O., Mathew, C., McLellan, A., Kpade, V., ... Andermann, A. (2020).** The impact of interventions for youth experiencing homelessness on housing, mental health, substance use, and family cohesion: a systematic review. *BMC Public Health*, 19(1), 1528. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7856-0>

**Motiu per a l'exclusió:** duplicat.

- 38. Walton JS, W., & Chou, S. (2015).** The Effectiveness of Psychological Treatment for Reducing Recidivism in Child Molesters: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Studies. *Trauma, Violence & Abuse*, 16(4), 401–417. <https://doi.org/10.1177/1524838014537905>

**Motiu per a l'exclusió:** població no infantil o adolescent amb maltractament físic o abús sexual.

- 1. Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019).** Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect*, 92, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.010>

**Motiu per a l'exclusió:** estudi primari (valorat a la fase 2).

## Exclosos de la lectura del text complet (fase 2): ACA o quasiexperimentals i motiu

- 1. Asscher, J. J., Deković, M., Van den Akker, A. L., Prins, P. J. M., & Van der Laan, P. H. (2018).** Do Extremely Violent Juveniles Respond Differently to Treatment? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(4), 958–977. <https://doi.org/10.1177/0306624X16670951>

**Motiu per a l'exclusió:** duplicat.

- 2. Brownlow, J. A., McLean, C. P., Gehrman, P. R., Harb, G. C., Ross, R. J., & Foa, E. B. (2016).** Influence of Sleep Disturbance on Global Functioning After Posttraumatic Stress Disorder Treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 29(6), 515–521. <https://doi.org/10.1002/jts.22139>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

- 3. Capaldi, S., Asnaani, A., Zandberg, L. J., Carpenter, J. K., & Foa, E. B. (2016).** Therapeutic Alliance during Prolonged Exposure Versus Client-Centered Therapy for Adolescent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 72(10), 1026–1036. <https://doi.org/10.1002/jclp.22303>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

- 4. Carter, P. M., Walton, M. A., Zimmerman, M. A., Chermack, S. T., Roche, J. S., & Cunningham, R. M. (2016).** Efficacy of a Universal Brief Intervention for Violence Among Urban Emergency Department Youth. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 23(9), 1061–1070. <https://doi.org/10.1111/acem.13021>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

- 5. Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018).** The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 9, 534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>

**Motiu per a l'exclusió:** duplicat.

6. **Choudhary, V.**, Satapathy, S., & Sagar, R. (2016). Review of Randomized Controlled Trials on Psychological Interventions in Child Sexual Abuse: Current Status and Emerging Needs in the Indian Context. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(4), 279–284. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.185954>.  
**Motiu per a l'exclusió:** duplicat.
7. **Dijkstra, S.**, Asscher, J. J., Deković, M., Stams, G. J. J. M., & Creemers, H. E. (2019). A Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Family Group Conferencing in Child Welfare: Effectiveness, Moderators, and Level of FGC Completion. *Child Maltreatment*, 24(2), 137–151. <https://doi.org/10.1177/1077559518808221>.  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
8. **Dubois-Comtois, K.**, Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Moss, E. (2017). Testing the limits: Extending attachment-based intervention effects to infant cognitive outcome and parental stress. *Development and Psychopathology*, 29(2), 565–574. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000189>.  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
9. **Farina, V.**, Salemi, S., Tatari, F., Abdoli, N., Jouybari, T. A., Alikhani, M., ... Zakiei, A. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 33. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_80\\_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_80_17)  
**Motiu per a l'exclusió:** baixa qualitat metodològica inicial.
10. **Ferrari, G.**, Feder, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J. E., Hollinghurst, S., Howard, L., ... Peters, T. J. (2018). Psychological advocacy towards healing (PATH): A randomized controlled trial of a psychological intervention in a domestic violence service setting. *PloS One*, 13(11), e0205485. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205485>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
11. **Fonagy, P.**, Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., ... Goodyer, I. M. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *The Lancet. Psychiatry*, 7(5), 420–430. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30131-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30131-0)  
**Motiu per a l'exclusió:** no joves abusadors (maltractament físic o abús sexual).
12. **Gameon, J. A.**, & Skewes, M. C. (2020). A Systematic Review of Trauma Interventions in Native Communities. *American Journal of Community Psychology*, 65(1–2), 223–241. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12396>.  
**Motiu per a l'exclusió:** població adulta.
13. **Gilmore, A. K.**, Walsh, K., Frazier, P., Ledray, L., Acierno, R., Ruggiero, K. J., ... Resnick, H. S. (2019). Prescription Opioid Misuse After a Recent Sexual Assault: A Randomized Clinical Trial of a Video Intervention. *The American Journal on Addictions*, 28(5), 376–381. <https://doi.org/10.1111/ajad.12922>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

- 14. Hefti, S.,** Pérez, T., Fürstenau, U., Rhiner, B., Swenson, C. C., & Schmid, M. (2020). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: Do Parents Show Improvement in Parental Mental Health Problems and Parental Stress? *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(1), 95–109. <https://doi.org/10.1111/jmft.12367>  
**Motiu per a l'exclusió:** no inclou desenllaços (*outcomes*) en infants o adolescents; només progenitors o persones cuidadores.
- 15. Kendall, A. D.,** Emerson, E. M., Hartmann, W. E., Zinbarg, R. E., & Donenberg, G. R. (2017). A Two-Week Psychosocial Intervention Reduces Future Aggression and Incarceration in Clinically Aggressive Juvenile Offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1053–1061. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.424>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 16. Peltonen, K.,** & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558708. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708>.  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 17. Ranney, M. L.,** Pittman, S. K., Dunsiger, S., Guthrie, K. M., Spirito, A., Boyer, E. W., & Cunningham, R. M. (2018). Emergency department text messaging for adolescent violence and depression prevention: A pilot randomized controlled trial. *Psychological Services*, 15(4), 419–428. <https://doi.org/10.1037/ser0000193>.  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 18. Robjant, K.,** Koebach, A., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S., & Elbert, T. (2019). The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted Narrative Exposure therapy - a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103482. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103482>  
**Motiu per a l'exclusió:** intervencions no realitzades per psicòlegs; població d'un context molt diferent.
- 19. Rosner, R.,** Rimane, E., Frick, U., Gutermann, J., Hagl, M., Renneberg, B., ... Steil, R. (2019). Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 76(5), 484–491. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4349>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 20. Santini, P. M.,** & Williams, L. C. A. (2017). A randomized controlled trial of an intervention program to Brazilian mothers who use corporal punishment. *Child Abuse & Neglect*, 71, 80–91. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.019>  
**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.
- 21. Turner, C. W.,** Robbins, M. S., Rowlands, S., & Weaver, L. R. (2017). Summary of comparison between FFT-CW(®) and Usual Care sample from Administration for Children's Services. *Child Abuse & Neglect*, 69, 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.005>  
**Motiu per a l'exclusió:** no queda clar el tipus de maltractament o abús.

**22. Valentino, K.,** Cummings, E. M., Borkowski, J., Hibel, L. C., Lefever, J., & Lawson, M. (2019). Efficacy of a reminiscing and emotion training intervention on maltreating families with preschool-aged children. *Developmental Psychology*, 55(11), 2365–2378. <https://doi.org/10.1037/dev0000792>.

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

**23. van der Pol, T. M.,** Henderson, C. E., Hendriks, V., Schaub, M. P., & Rigter, H. (2018). Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1573–1588. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687536>

**Motiu per a l'exclusió:** no queda clar el tipus de maltractament o abús.

**24. Zandberg, L.,** Kaczurkin, A. N., McLean, C. P., Rescorla, L., Yadin, E., & Foa, E. B. (2016). Treatment of Adolescent PTSD: The Impact of Prolonged Exposure Versus Client-Centered Therapy on Co-Occurring Emotional and Behavioral Problems. *Journal of Traumatic Stress*, 29(6), 507–514. <https://doi.org/10.1002/jts.22138>

**Motiu per a l'exclusió:** no avalua cap de les intervencions psicològiques seleccionades.

## **Annex 6. Criteris d'inclusió i exclusió**

# criteris d'inclusió aplicats a l'estudi en funció de tres elements clau

## Element clau 1: disseny d'estudi

### Fase 1:

- RSEC amb estudis primaris experimentals o quasiexperimentals: ACA, assaigs sense aleatoritzar o sense grup de control / abans i després.
- RSEC de revisions: es van incloure estudis basats en una revisió de revisions.
- RSEC narratives o amb metanàlisis.
- Publicacions en els darrers deu anys.

### Fase 2:

- Estudis primaris basats en un disseny experimental: ACA.
- Estudis primaris basats en un disseny quasiexperimental (assaigs clínics sense aleatoritzar o sense grup de control / abans i després).
- Publicacions en els darrers cinc anys.

## Element clau 2: població d'estudi

### Infants i adolescents:

- Població fins a 18 anys sotmesa a un maltractament físic o abús sexual (amb o sense altres tipus de maltractament).
- Es va considerar població amb i sense trastorns o psicopatologia diagnosticada.

### Joves ofensors:

- Població infantil i adolescent fins a 18 anys que hagi abusat sexualment o física d'altres infants o adolescents (amb o sense altres tipus de maltractament).

### Famílies o persones cuidadores principals:

- Població adulta: pares/mares, persones cuidadores principals si la intervenció és aplicable (en el cas de teràpies combinades amb infants i adolescents).
- Estudis en població adulta que ha viscut un abús sexual o maltractament físic en la infància o l'adolescència, només en estudis mixtos amb població infantil o adolescent o amb joves ofensors fins a 18 anys.

## Element clau 3: tipus d'intervencions

- Estudis amb alguna de les intervencions psicològiques seleccionades que es mencionen en la taula 1 (PICO) en població infantil i adolescent amb maltractament físic o abús sexual, amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals.
- Estudis amb alguna de les intervencions psicològiques seleccionades amb altres teràpies combinades (per exemple, TF-CBT amb psicoeducació o altres).
- En el cas del joves ofensors, es va definir com a intervenció 5, tot i que es valorar un ventall més ampli de teràpies psicològiques sense acotar-ne la tipologia ni l'escola. Havien de ser teràpies psicològiques (les mateixes que es dirigien a la població infantil i adolescent que havia viscut violència sexual o física o altres tipus de maltractament), amb o sense les seves famílies o persones cuidadores principals.

# criteris d'exclusió aplicats a l'estudi en funció de tres elements clau

## Element clau 1: disseny d'estudi

### Fase 1 i fase 2:

- Estudis basats en una revisió de la literatura “no sistemàtica” o en l'opinió d'experts (a la fase inicial de selecció de RSEC, lectura del resum o del document complet).
- ACA o estudis quasiexperimentals en què no es descriu la mostra seleccionada inicial, inclosa en l'avaluació abans i després, outcomes o desenllaços de l'estudi.
- Comentaris d'opinió, editorials, revisions narratives, cartes, llibres o comunicacions a congressos.
- Estudis primaris que no incloguessin un disseny longitudinal no experimental o quasiexperimental avaluatiu (per exemple, cohorts) com els esmentats en la secció de criteris d'inclusió i en la taula PICO (**taula 1**).

## Element clau 2: població d'estudi

- Població que hagués viscut només episodis de maltractament psicològic o emocional (per exemple, bullying) sense abús sexual ni maltractament físic.

## Element clau 3: tipus d'intervencions

- Estudis d'intervencions de cribratge, detecció i prevenció del maltractament físic o abús sexual a partir d'intervencions educatives, psicoeducatives o de promoció de la salut (per exemple, a les escoles) sense intervenció psicològica.

