Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Psychosocial Intervention
Vol. 21, No. 2, 2012

Terapia Multisistémica: Fundamentos Clínicos y Resultados de Investigación

Scott W. Henggeler. Medical University of South Carolina, USA

Ésta es un versión traducida al español del original en inglés Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes.

Para referenciar, citar el original como: Scott W. Henggeler (2012). Multisystemic Therapy: Clinical Foundations and Research Outcomes. *Psychosocial Intervention, 21*, 181-193. http://dx.doi.org/10.5093/in2012a12

Resumen. La terapia multisistémica (TMS) es un tratamiento intensivo en el ámbito familiar y comunitario dirigido a adolescentes con comportamientos antisociales graves y a sus familias. Mediante un modelo de atención en el hogar para romper las barreras de acceso al servicio y un sistema de garantías sólido y de calidad para promover la fidelidad al tratamiento, los terapeutas de TMS abordan factores de riesgo conocidos (es decir, a nivel individual, familiar, de iguales y de la comunidad) de forma estratégica y exhaustiva. Se considera a la familia como un elemento fundamental para la obtención de resultados favorables y la investigación sobre variables mediadoras, apoya el énfasis que el TMS pone en promover el funcionamiento familiar como mecanismo clave para el cambio clínico. Es importante señalar que la mayor parte de los 22 estudios de resultados publicados, muchos de ellos ensayos clínicos aleatorios independientes y algunos realizados en Europa, confirman la capacidad de la TMS para reducir la conducta juvenil antisocial y el número de reubicación de menores fuera del hogar familiar. Dichos resultados, junto al apoyo de muchas de las partes implicadas en los procesos judiciales con menores, han propiciado la implementación de programas de TMS en más de 500 lugares, incluyendo 10 naciones europeas.
Palabras clave: ensayo clínico aleatorio, intervención, problemas de conducta, resultados, terapia multisistémica.

El principal objetivo de este artículo es proporcionar una visión general de los fundamentos clínicos de la terapia multisistémica (MST) y la investigación sobre la efectividad de la MST y su traslación a entornos comunitarios. La MST fue desarrollada hace más de 30 años como tratamiento basado en la comunidad dirigido a adolescentes con graves conductas antisociales y sus familias. La posterior validación de la MST ha sido respaldada por un extenso cuerpo de investigación (por ejemplo, 22 estudios de resultados publicados que incluyen 20 ensayos aleatorizados), y programas de MST han sido trasladados a más de 500 puntos de implementación por todo el mundo. Estos puntos, muchos de los cuales se encuentran en Europa (es decir, Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Islandia, Irlanda del Norte, Holanda, Noruega, Escocia, Suecia y Suiza), proporcionan cada año servicios de tratamiento intensivo a más de 20.000 jóvenes con conducta antisocial grave y a sus familias. Las ubicaciones específicas de los puntos MST pueden ser consultadas en <mstservices.com>. La siguiente revisión ha tomado mucha de la información que se incluye de Henggeler (2011), una reciente revisión de investigación de MST, y de Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, y Cunningham (2009), que es la descripción más reciente y exhaustiva de los procedimientos clínicos de MST.

El Modelo Clínico de MST

En textos clínicos se proporcionan amplias descripciones de los procedimientos de tratamiento MST (por ejemplo, Henggeler, Schoenwald et al., 2009; Henggeler, Schoenwald, Rowland, y Cunningham, 2002). La presente revisión se centra en los aspectos centrales del modelo considerados esenciales para lograr los resultados clínicos deseados en los jóvenes y sus familias.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

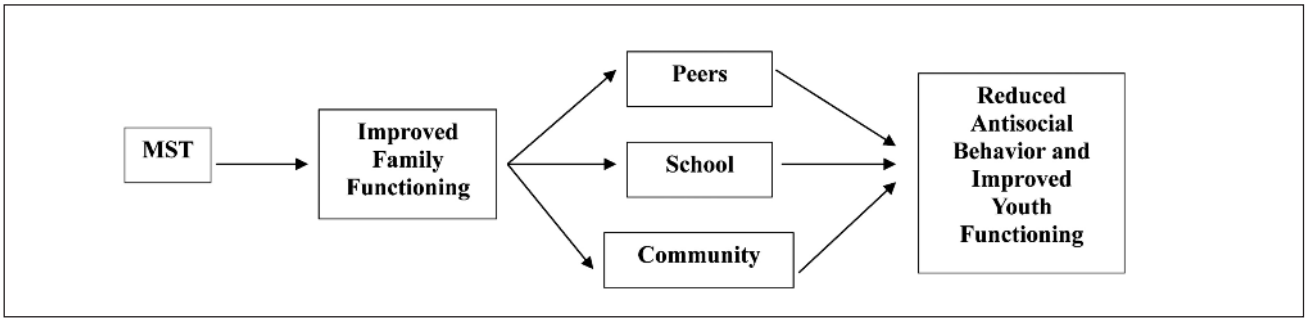
Se considera la familia como elemento clave para un cambio de conducta efectivo

Como describieron recientemente Tuerk, McCart, y Henggeler (2012), las familias derivadas por mandato judicial a MST habitualmente provienen de poblaciones clínicas históricamente etiquetadas como "resistentes" a las intervenciones (por ejemplo, infractores juveniles, jóvenes que abusan de sustancias, delincuentes sexuales juveniles). En efecto, muchas de las familias derivadas a MST han experimentado sucesivos fracasos al intentar abordar los graves problemas clínicos de varios miembros de la familia. Ante esta situación, los terapeutas de MST se esfuerzan por crear sólidas relaciones de colaboración con sus clientes. Se considera que el tratamiento no progresará hasta que el terapeuta y los miembros clave de la familia (es decir, los cuidadores del joven u otros adultos con autoridad en la toma de decisiones) se impliquen y estén listos para trabajar en importantes tareas terapéuticas, como son la definición de problemas, el establecimiento de objetivos, y la implementación de intervenciones para lograr esos objetivos. Para facilitar este proceso, los terapeutas utilizan varias estrategias clínicas centrales para aumentar la colaboración con las familias. Estas estrategias son seleccionadas de entre varios enfoques teóricos y ayudan a crear un clima de implicación mientras se implementan las intervenciones conductuales y sistémicas. Las estrategias de implicación más comunes son, entre otras: identificar las fortalezas en múltiples sistemas, la escucha *reflectiva*, la empatía, generar expectativas, la reestructuración, proporcionar autenticidad y flexibilidad, y la comunicación positiva.

Un supuesto que subyace en la MST, y que justifica aún más que se potencie el énfasis en la implicación familiar, es que el cambio en la ecología social de los jóvenes dirigido por la familia favorece con mayor frecuencia la perdurabilidad de los resultados, tales como los observados por Sawyer y Borduin (2011) a los 22 años tras el tratamiento de MST. Por lo tanto, de acuerdo con la teoría de ecología social (Bronfenbrenner, 1979) y la investigación longitudinal sobre los determinantes de la conducta antisocial en los jóvenes (Liberman, 2008), la MST aspira a reducir la conducta antisocial juvenil abordando aquellas variables (es decir, factores de riesgo) que están más fuertemente conectadas con las conductas problemáticas (véase la teoría de cambio de MST en la Figura 1). Desde un punto de vista crítico, sin embargo, la familia es considerada como el eslabón más importante en el proceso de tratamiento. El terapeuta de MST trabaja para incrementar las habilidades parentales de los cuidadores (es decir, control, supervisión, relaciones afectivas) y luego incorporan estas mejoras al funcionamiento familiar para facilitar los cambios clave en la red social del joven, con el fin último de insertar al joven en un contexto que fomente en mayor medida la conducta pro-social. Los cuidadores son frecuentemente asesorados sobre cómo separar al joven de iguales antisociales y desarrollar sus relaciones con iguales más pro-sociales. Igualmente, a los cuidadores con frecuencia se les ayuda a desarrollar colaboraciones con profesores y otros profesionales de la comunidad (por ejemplo, agentes de libertad vigilada).

En general, la teoría de cambio de la MST ha sido respaldada por estudios llevados a cabo en EEUU y Europa. Los estudios de mediación con infractores graves juveniles y jóvenes con problemas de abuso de sustancias (Huey, Henggeler, Brondino, y Pickrel, 2000) y con delincuentes sexuales juveniles (Henggeler, Letourneau et al., 2009) han mostrado que la MST (o la adhesión del terapeuta a los principios de tratamiento de MST) modifica factores de riesgo clave de la familia y los iguales en la conducta delictiva, y estos cambios en los factores de riesgo provocan a su vez una disminución de la conducta antisocial adolescente. De forma similar, en Holanda, Dekovic, Asscher, Manders, Prins, y van der Laan (2012) observaron un patrón

Figura 1. Teoría de Cambio de la MST



Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

secuencial en el que los cambios en competencia parental predecían cambios en disciplina positiva, lo cual, a su vez, predecía una disminución de problemas de externalización en el adolescente. Investigación cualitativa llevada a cabo en Inglaterra también respalda la teoría de cambio de la MST (Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch, y Butler, 2012) al confirmar el impacto de habilidades parentales potenciadas y mejores relaciones familiares para los resultados en los jóvenes. Además, Tighe et al. (2012) observaron dos procesos de cambio en la MST que no habían sido identificados previamente: el desarrollo de objetivos y aspiraciones futuras positivas por parte del joven, y la preocupación de este por las consecuencias negativas de su conducta para su familia. Ambos hallazgos reafirman el carácter central del funcionamiento familiar en la teoría de cambio de la MST y reflejan la complejidad de un tratamiento efectivo de conducta antisocial grave para adolescentes.

Emplea un modelo de administración de tratamiento domiciliario

MST emplea un modelo de administración de tratamiento en el hogar para fomentar la implicación de la familia y eliminar las barreras que impidan el acceso al servicio. Entre los componentes clave de este enfoque están: (a) administración del tratamiento en el hogar, la escuela y otras ubicaciones en la comunidad; (b) planificación de citas a conveniencia de la familia, incluyendo horarios de tarde-noche y fines de semana; (c) disponibilidad 24 horas al día, 7 días a la semana, de los terapeutas para ocuparse de crisis que pudieran poner en riesgo el éxito del tratamiento; (d) un límite de entre cuatro a seis casos en un mismo periodo por terapeuta para permitir la provisión de servicios intensivos dosificados según las necesidades de la familia; y (e) inclusión de entre dos a cuatro terapeutas a tiempo completo en cada equipo de MST para asegurar una mayor continuidad del tratamiento (por ejemplo, los terapeutas pueden rotar las guardias durante las noches, los fines de semana y las vacaciones).

El modelo de administración de servicio domiciliaria ha resultado extremadamente efectivo en reducir los altos índices de abandono del tratamiento tradicionalmente observados en el tratamiento de niños y sus familias (Kazdin, 1996). Por ejemplo, los índices de finalización del tratamiento de MST obtenidos fueron de más del 95% en ensayos clínicos con infractores juveniles con problemas de abuso de sustancias (Henggeler, Pickrel, Brondino, y Crouch, 1996) y jóvenes que presentaban urgencias psiquiátricas (Henggeler, Rowland et al., 1999). Además, en 2010 el índice de finalización del tratamiento fue del 84% en programas de MST de todo el mundo <www.mstinstitute.org>. Tal evidencia procedente de ensayos clínicos y estudios de campo atestiguan la capacidad del modelo domiciliario, especialmente cuando se combina con las estrategias de implicación clínicas de la MST antes mencionadas (Tuerk et al., 2012).

Integra técnicas de intervención basada en la evidencia

Muchas de las intervenciones específicas administradas por terapeutas de MST aprovechan los avances realizados por otros creadores de tratamientos e investigadores en el amplio campo de la psicoterapia infantil, familiar y adulta (Weisz y Kazdin, 2010). Además de la conducta antisocial grave observada en los jóvenes de los programas de MST, con frecuencia los miembros de la familia presentan problemas co-ocurrentes que actúan como barreras impidiendo el éxito del tratamiento (por ejemplo, trastornos de salud mental y consumo abusivo de sustancias por parte del cuidador), y por ello los terapeutas han sido entrenados para enfrentarse a cualquiera de estas barreras. Así pues, los terapeutas no sólo recurren a formulaciones de aprendizaje estructural (Minuchin, 1974), estratégico (Haley, 1987), y social (Munger, 1999; Robin y Foster, 1989) para mejorar los aspectos instrumentales (es decir, supervisión, disciplina) y afectivos (es decir, expresión de afecto, conflicto) en las relaciones familiares, sino que también integran intervenciones basadas en la evidencia que se centran tanto en los sistemas sociales más amplios como en los individuos.

El principal texto clínico de MST (Henggeler, Schoenwald et al., 2009), por ejemplo, incluye capítulos que versan sobre intervenciones con iguales, estrategias para fomentar el éxito vocacional y académico, e intervenciones con una orientación individualizada. Las intervenciones con iguales incluyen estrategias para reducir la asociación con iguales desviados e incrementar la afiliación a iguales pro-sociales, así como proce-

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

dimientos de aprendizaje de habilidades para jóvenes socialmente rechazados o abandonados. El capítulo sobre la promoción del éxito vocacional y académico proporciona consejos para implicar al profesorado y a otro personal de escuela mediante el diseño de intervenciones que se ajusten al contexto escolar y una colaboración familia-escuela efectiva. El capítulo sobre las intervenciones con una orientación individualizada describe varios tipos de técnicas cognitivo-conductuales que han probado ser efectivas para el tratamiento de la depresión y la ansiedad en adultos (Leahy, 2003) así como para síntomas de ansiedad y de trastorno de estrés post-traumático en niños (Cohen, Mannarino, y Deblinger, 2006; March y Mulle, 2008), y también se describen varias fármaco-terapias basadas en la evidencia (Daley, Xanthopoulos, Stephan, Cooper, y Brown, 2007). No obstante, todas las intervenciones están totalmente integradas en el modelo global del tratamiento de MST y el sistema de mejora de calidad (descrito más abajo). Así pues, por ejemplo, los cuidadores se implican activamente en la administración de la intervención cognitivo-conductual para tratar la depresión de su hijo adolescente, los resultados son supervisados continuamente, el contexto sistémico general de la intervención está articulado, se eliminan las barreras que impiden la administración de la intervención, y la calidad de la labor del terapeuta es evaluada semanalmente.

Toma de decisiones clínicas basada en los Principios del Tratamiento y el Proceso Analítico Estructurado

Como señalaron recientemente Schaeffer, McCart, Henggeler, y Cunningham (2010) y también se detalló en el Manual principal de tratamiento de MST (Henggeler, Schoenwald et al., 2009), la MST es un tratamiento altamente individualizado en el que no se sigue un programa rígido de manual para desarrollar el tratamiento. Por el contrario, nueve principios de tratamiento proporcionan las estructuras subyacentes y los marcos en los que los terapeutas construyen sus intervenciones (véase Tabla 1). El segundo principio de tratamiento, por ejemplo, enfatiza que todos los aspectos de la MST deben estar basados en las fortalezas o puntos fuertes. Los terapeutas transmiten una perspectiva optimista a la familia y a otros miembros de la ecología del joven en el transcurso de la evaluación y el tratamiento. Los terapeutas buscan fortalezas potenciales dentro de los contextos del niño (por ejemplo, aficiones e intereses, habilidades académicas), de la familia (por ejemplo, capacidad de resolución de problemas, lazos afectivos), de los iguales (por ejemplo, actividades pro-sociales, orientación hacia el logro), de la escuela (por ejemplo, prácticas de manejo, actividades extracurriculares pro-sociales), y del vecindario/comunidad (por ejemplo, vecinos involucrados y preocupados, asociaciones voluntarias como los clubes de Chicos y Chicas). Las fortalezas identificadas son entonces fomentadas en las intervenciones. Por ejemplo, se podría reclutar a un vecino o un miembro de la familia extensa para supervisar al joven después del colegio hasta que el cuidador principal llega a casa del trabajo. Significativamente, los nueve principios de tratamiento son aplicados utilizando un proceso analítico de toma de decisiones que estructura el plan de tratamiento, su implementación y la evaluación de su efectividad. Se establecen objetivos específicos del tratamiento a nivel individual, familiar, de iguales, y de red social. Además, como se ha mencionado anteriormente, se

Tabla 1. Principios del Tratamiento de MST

1. **Encontrar el "ajuste":** El objetivo principal de la evaluación es comprender el "ajuste" de los problemas identificados con sus contextos sistémicos generales y de qué manera los problemas identificados "tienen sentido" en el contexto de la ecología social del joven.
2. **Enfoque Positivo y centrado en las fortalezas:** Los contactos terapéuticos enfatizan lo positivo y emplean las fortalezas sistémicas como resortes para el cambio positivo.
3. **Incrementar la responsabilidad:** Las intervenciones han sido diseñadas para promover la conducta responsable y reducir la conducta irresponsable entre los miembros de la familia.
4. **Intervenciones centradas en el presente, orientadas a la acción y bien definidas:** Las intervenciones están centradas en el presente y orientadas a la acción y abordan problemas específicos y bien definidos.
5. **Identificar secuencias:** Las intervenciones identifican secuencias de conducta dentro de y entre los múltiples sistemas que fomentan los problemas identificados.
6. **Intervenciones evolutivamente adecuadas:** Las intervenciones son evolutivamente apropiadas y se ajustan a las necesidades de desarrollo de los jóvenes.
7. **Esfuerzo continuado:** Las intervenciones son diseñadas para que se requiera hacer un esfuerzo diario o semanal por parte de los miembros de la familia, mediante el cual se ofrecen al joven y a su familia frecuentes oportunidades de mostrar su compromiso con el tratamiento.
8. **Evaluación y responsabilidad:** La efectividad de la intervención es evaluada continuamente desde múltiples perspectivas y los miembros del equipo de MST asumen su responsabilidad en la superación de las barreras que impidan obtener resultados exitosos.
9. **Generalización**: Las intervenciones están diseñadas para promover la generalización del tratamiento y el mantenimiento del cambio terapéutico a largo plazo, y esto se logra potenciando en los cuidadores habilidades para atender las necesidades familiares en múltiples contextos sistémicos.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

considera a los cuidadores del adolescente elementos clave para lograr los resultados deseados e igualmente cruciales para la generalización y perdurabilidad de los beneficios del tratamiento.

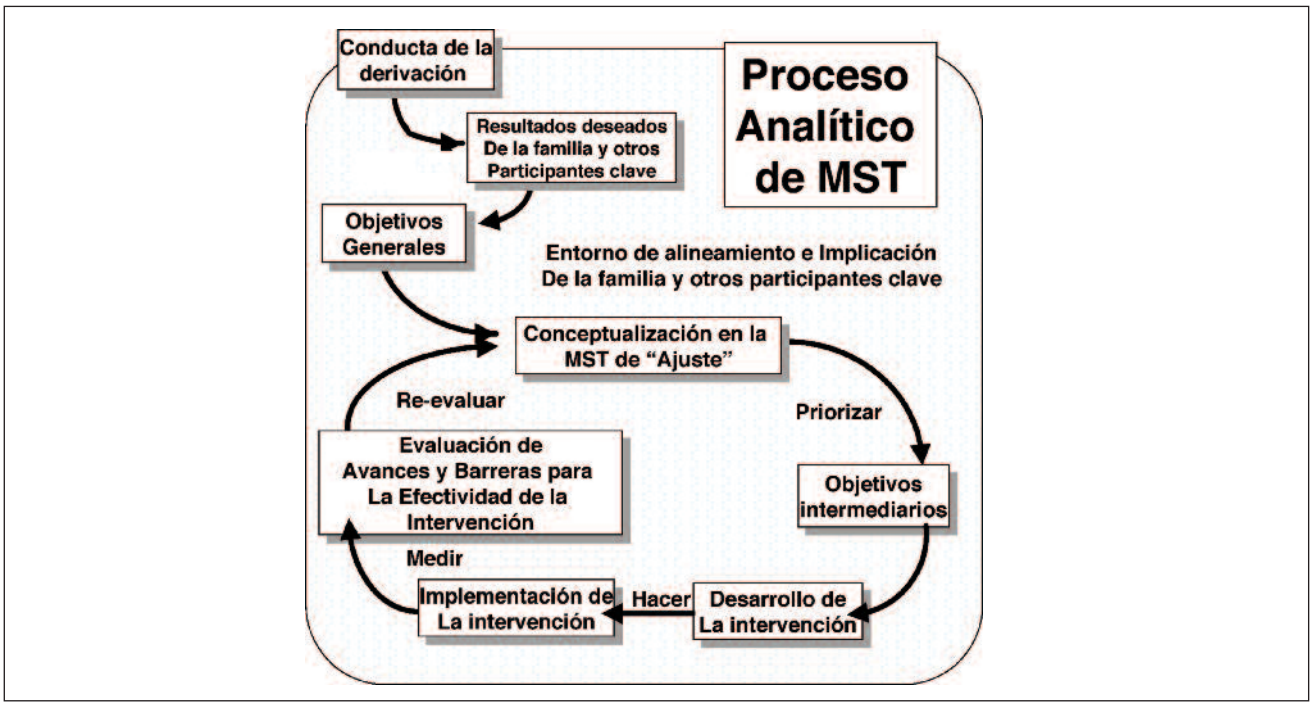
La Figura 2 muestra el proceso analítico de la MST que sirve como extenso mapa de ruta para la planificación e intervención. Al principio del proceso de tratamiento, las conductas problemáticas meta quedan claramente especificadas desde las diferentes perspectivas de las partes implicadas (por ejemplo, miembros de la familia, profesores, autoridades del sistema de justicia juvenil), y se identifican las fortalezas ecológicas. Luego, basándose en múltiples perspectivas, se organizan los factores ecológicos que parecen provocar cada uno de los problemas en un marco conceptual coherente (por ejemplo, el consumo de marihuana por parte del joven parece estar asociado a una falta de supervisión del cuidador, a la asociación a iguales que consumen sustancias y a un rendimiento escolar deficiente). A continuación, el terapeuta de MST, con ayuda de otros miembros del equipo (otros terapeutas, el supervisor, un asesor), diseña estrategias de intervención específicas para tratar esos "propiciadores" de problemas. Las estrategias incluyen intervenciones de los tratamientos refrendados empíricamente ya mencionados anteriormente. Estas intervenciones están altamente integradas y son administradas junto a intervenciones que abordan otros propiciadores ecológicos pertinentes de problemas identificados (por ejemplo, apoyar a los cuidadores en sus reclamaciones por unos servicios escolares más adecuados, conectar a los cuidadores con los padres de los iguales del joven para reforzar la supervisión y el control).

La efectividad de una intervención es supervisada continuamente desde múltiples perspectivas. Cuando las intervenciones resultan no efectivas, se re-conceptualizan los propiciadores identificados, y se realizan las modificaciones oportunas hasta que se logra una estrategia efectiva. Este proceso reiterativo refuerza dos aspectos importantes del modelo de MST. En primer lugar, los equipos de MST se esfuerzan por no darse nunca por vencidos con los jóvenes y las familias, por hacer "todo lo que sea necesario" para ayudar a las familias a alcanzar los objetivos del tratamiento. En segundo lugar, cuando las intervenciones fracasan, se considera más un fracaso del equipo que de la familia. En otras palabras, cuando el equipo desarrolla hipótesis acertadas sobre los propiciadores, identifica las barreras que impiden el éxito de la implementación, y administra las correspondientes intervenciones de forma adecuada, las familias tienden a alcanzar sus objetivos, y los problemas de conducta de los jóvenes habitualmente disminuyen.

Emplea un exhaustivo sistema de garantía y mejora de calidad

El sistema de garantía y mejora de calidad de la MST incluye tres amplios componentes interrelacionados (a saber, formación, apoyo de la organización, y medición y presentación de informes sobre la implementa-

Figura 2.

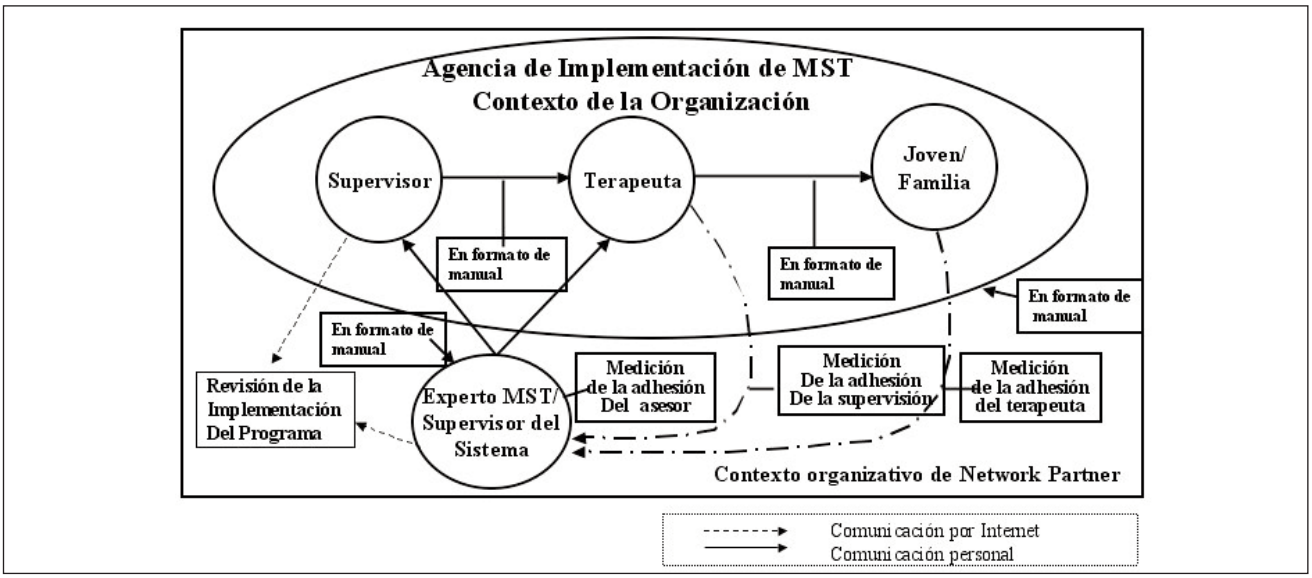


Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ción) que están integrados en un bucle de feedback para reforzar los resultados en los jóvenes, la fidelidad del terapeuta y supervisor a los protocolos de MST, y la fidelidad y perdurabilidad del programa de MST (Henggeler, Schoenwald et al., 2009). El componente formativo incluye: la descripción del tratamiento, el supervisor, el asesor experto, y los manuales del programa; un curso de orientación inicial de 5 días; formación de refuerzo quincenal; supervisión semanal del caso; consulta semanal del caso; y formación del supervisor y el asesor. El componente de apoyo de la organización a los programas de MST incluye: un manual de actividades del programa, amplio apoyo para el desarrollo del programa (por ejemplo, evaluación de necesidades, revisión de la disponibilidad del punto de implementación, formación para el reclutamiento y orientación de personal), revisiones continuadas de la implementación (por ejemplo, resolución de problemas para superar las barreras organizativas o de alguna de las partes implicadas que impiden la implementación), y apoyo al liderazgo del programa y de la agencia de servicios. El proceso de medición y presentación de informes sobre la implementación es continuado e incluye mediciones de validación de la adhesión del terapeuta, del supervisor y del asesor a los respectivos protocolos; y un sistema de acceso por web para detectar aspectos críticos del funcionamiento en el punto de implementación, incluyendo resultados del tratamiento en los jóvenes. En la Figura 3 se proporciona un diagrama de este sistema de garantía de calidad.

La validación de componentes clave del sistema de mejora de calidad ha sido liderada por Schoenwald (por ejemplo, Schoenwald, 2008, 2012), y el aspecto más crucial de este sistema es la relación detectada entre la fidelidad del terapeuta a los principios del tratamiento de MST y los resultados de los jóvenes. La adhesión del terapeuta a la MST fue evaluada por primera vez en un estudio de efectividad en dos puntos de implementación con infractores juveniles en los que un aspecto clave del sistema de mejora de calidad había sido eliminado (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer, y Hanley, 1997). En ese estudio, una alta adhesión del terapeuta al programa original predijo índices más bajos de arrestos, encarcelamientos y síntomas en los jóvenes. El análisis de las asociaciones entre la adhesión del terapeuta y los resultados de los jóvenes en un ensayo posterior con infractores juveniles con problemas de abuso de sustancias (Henggeler, Pickrel, y Brondino, 1999) produjo resultados menos consistentes (Schoenwald, Henggeler, Brondino, y Rowland, 2000), pero el análisis de pautas de la variable de latencia (Huey et al., 2000) replicó las asociaciones presentadas por Henggeler et al. (1997). La adhesión del terapeuta al programa original mejoró el funcionamiento familiar, lo cual produjo una disminución en la afiliación a iguales delincuentes, lo cual, a su vez, propició la reducción de la conducta delictiva. En un ensayo llevado a cabo en Suecia, la adhesión del terapeuta al programa original también estuvo asociada con el transcurso de un juicio en Suecia a una reducción de los índices de nuevas detenciones y a un aumento de la competencia social y la resiliencia (Sundell et al., 2008). Los resultados obtenidos a partir del estudio de transportabilidad de Schoenwald, que incluía a casi 2.000 familias, también demostraron significativas asociaciones entre la fidelidad al tratamiento y los resultados de los jóvenes. La adhesión del terapeuta estaba asociada a una disminución de síntomas externalizados e intervalizados al finalizar el tratamiento (Schoenwald, Sheidow, Letourneau, y Liao, 2003) y una disminución de síntomas externalizados en

Figura 3. Sistema de Garantía y Mejora de Calidad de MST



Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

el seguimiento realizado al año de finalización del tratamiento (Schoenwald, Sheidow, y Chapman, 2009). Además, la adhesión del terapeuta al programa original predijo una disminución de denuncias por delitos en el seguimiento realizado a los 4 años (Schoenwald, Chapman, Sheidow, y Carter, 2009). En su conjunto, este cuerpo de trabajo junto a las investigaciones sobre el papel que la supervisión (Schoenwald, Sheidow, y Chapman, 2009) y el asesoramiento de la MST (Schoenwald, Sheidow, y Letourneau, 2004) desempeñan en la promoción de la adhesión del terapeuta al programa original, refuerzan la importancia de centrarse en la fidelidad al tratamiento para promover una traslación efectiva de la MST a entornos comunitarios.

Así pues, con la traslación a gran escala de programas de MST nacional e internacionalmente, el sistema de garantía y mejora de calidad del MST aspira a asegurar que los jóvenes y las familias en programas de MST en Norteamérica, Europa y Australia reciben el mismo nivel de servicios de MST. Con el objetivo de cubrir la cada vez mayor demanda de la MST, distintas organizaciones con un sólido historial de puesta en marcha e implementación de programas de MST han estado colaborando con MST Services, con licencia concedida por la Universidad Médica de Carolina del Sur para la traslación de tecnología y propiedad intelectual de MST, para finalmente convertirse en Network Partners. Los Network Partners son organizaciones controladas a nivel local que garantizan que el modelo de tratamiento de MST sea aplicado con integridad. Estas organizaciones emplean personal totalmente formado en desarrollo de programas, y MST Services mantiene reuniones de trabajo con cada socio centradas en el desarrollo de personal y la mejora y garantía de calidad. Los Networks Partners en Europa incluyen en la actualidad a: Norwegian Centre for the Studies of Conduct Problems and Innovative Practice (Noruega); De Viersprong, Psiquiatría Juvenil Forense (Holanda); MST Denmark (Dinamarca); y MST-Sverige (Suecia).

Investigación de Resultados de MST

La investigación de resultados de MST evolucionó desde los primeros pequeños estudios de eficacia en los que el creador del programa de tratamiento MST proporcionaba toda la formación clínica, supervisión y garantía de calidad a terapeutas recién licenciados a los actuales ensayos de transportabilidad en múltiples puntos y a nivel internacional, con la colaboración de profesionales ubicados en las comunidades y sin implicación alguna por parte de ninguno de los creadores de MST. Este periodo de transición ha producido tanto éxitos como fracasos, y en ambos casos se han obtenido conocimientos útiles para los posteriores intentos de traslación de la MST a las comunidades, principalmente contribuyendo al continuado perfeccionamiento del sistema de garantía y mejora de calidad (Henggeler, 2011).

Estudios de Eficacia

Los estudios de eficacia son normalmente utilizados para optimizar la probabilidad de observar efectos de un tratamiento e incluyen, por ejemplo, terapeutas con formación intensiva y altamente motivados, supervisión y control de fidelidad por parte del creador del tratamiento y eliminación de barreras organizativas que impidan la implementación del tratamiento (por ejemplo, excesiva productividad o demandas administrativas, problemas con las relaciones entre agencias, políticas sobre salarios y horas extras). Las dos primeras evaluaciones controladas de la MST fueron llevadas a cabo por estudiantes de doctorado de psicología clínica que hicieron las veces de terapeutas, mientras que Henggeler suministró toda la formación y supervisión clínica necesaria. El primer estudio de resultados de MST empleó un estudio cuasiexperimental con infractores juveniles (Henggeler et al., 1986) y mostró un favorable descenso de problemas conductuales y de asociación con iguales desviados en infractores juveniles y una mejora en las relaciones (por ejemplo, aumentó las expresiones de afecto, redujo los intercambios comunicativos agresivos) en sus familias. El segundo estudio evaluaba la efectividad de la MST con familias maltratantes (Brunk, Henggeler, y Whelan, 1987) con un diseño aleatorizado. La MST resultó más efectiva que el entrenamiento conductual parental en mejorar los aspectos de las interacciones padres-hijos asociados al maltrato infantil. Los resultados obtenidos fueron prometedores y prepararon el terreno para posteriores ensayos de eficacia en infractores graves juveniles con seguimientos de los índices de reincidencia.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Los tres estudios de MST con mayores tamaños del efecto fueron llevados a cabo por Borduin et al. Estudiantes de doctorado de psicología clínica hicieron las funciones de terapeutas y Bourdin proporcionó toda la formación y supervisión clínica necesarias. En el más extenso de estos estudios (*N*= 176 infractores juveniles crónicos y violentos; Borduin et al., 1995), la MST mostró considerables mejoras en las relaciones familiares y, más significativamente, un 63% menos de reincidencias en el seguimiento realizado a los cuatro años tras el tratamiento. Además, en uno de los seguimientos más prolongados de la literatura en psicoterapia infantil, Sawyer y Borduin (2011) observaron que la MST redujo en un 36% el número de nuevos arrestos por delitos graves y en un 33% el número de días en reclusión en centros de adultos a lo largo de un periodo de 22 años tras finalizar el tratamiento. De igual manera, se observaron sólidos resultados en dos ensayos aleatorizados con delincuentes sexuales juveniles llevados a cabo por Borduin et al. Como se muestra en la Tabla 2, el estudio inicial (Borduin, Henggeler, Blaske, y Stein, 1990) mostró considerables reducciones en delitos sexuales y otros tipos de delitos en un seguimiento realizado a los 3 años de la finalización del tratamiento de MST. Un estudio posterior más extenso (Borduin, Schaeffer, y Heiblum, 2009) también probó reducciones muy considerables en el número de delitos sexuales y otros delitos en un seguimiento realizado a los 9 años tras el tratamiento de MTS. Otros resultados de la MST incluyen una reducción de días en prisión de un 80%, así como una mejora en las relaciones familiares, en las relaciones con iguales y en el rendimiento académico.

En resumen, estos rigurosos ensayos de eficacia (por ejemplo, incluyendo diseños aleatorizados, uso de análisis *intent-to-treat,* seguimientos a largo plazo) demostraron claramente la capacidad de la MST de obtener resultados favorables con jóvenes que presentaban problemas clínicos muy graves y con sus familias. Sin embargo, la obtención de resultados clínicos favorables a partir de estudios universitarios y en unas condiciones casi ideales no es lo mismo que obtener dichos resultados en entornos comunitarios.

Estudios de efectividad

El primer estudio de efectividad de MST fue un ensayo aleatorizado administrado en un centro comunitario de salud mental a infractores juveniles crónicos y violentos en riesgo inminente de encarcelación (Henggeler, Melton, y Smith, 1992). Los terapeutas y el supervisor fueron aportados por el centro de salud mental y Henggeler proporcionó la formación inicial y asesoramiento continuado para asegurar la fidelidad de los profesionales al modelo de MST. En un seguimiento realizado a las 59 semanas, los jóvenes en situación de MST presentaron un 43% menos de reincidencias y un 64% menos de tutelas fuera del hogar. Además, los efectos de la MST en la reincidencia continuaron siendo significativos en un seguimiento realizado a los 2.4 años tras el tratamiento (Henggeler, Melton, Smith, Schoenwald, y Hanley, 1993). De igual manera, Borduin ha suministrado recientemente asesoramiento continuado a un ensayo de MTS aleatorizado y basa-

Tabla 2. Efectos de la MST en la reincidencia y las tutelas fuera del hogar

Estudio	Reducción de reincidencias	Reducción de Tutelas
Borduin et al.(1990)	72%	no evaluado
Henggeler et al., (1992)	43%	64%
Borduin et al. (1995)	63%	57%
Henggeler et al. (1997)	26%5	3%
Henggeler, Pickrel et al. (1999)	19%	50%
Henggeler, Rowland et al. (1999)	no evaluado	49%
Ogden y Halliday-Boykins (2004)	no sistema de JJ	78%
Rowland et al. (2005)	34%	68%
Timmons-Mitchell et al. (2006)	37%	no evaluado
Stamburgh et al. (2007)	no evaluado	54%
Ellis, Naar-King et al. (2008)	no apropiado	47%
Sundell et al. (2008)	0%	0%
Letourneau et al. (2009)	no evaluado	59%
Borduin et al. (2009)	50%	80%
Glisson et al. (2010)	no evaluado	53%
Butler et al. (2011)	41%	41%

JJ = juvenile justice.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

do en la comunidad dirigido a delincuentes sexuales juveniles (Letourneau et al., 2009). En un seguimiento realizado a los 12 meses tras la finalización del tratamiento de MST, se observó una reducción del 59% de tutelas fuera del hogar y del 30% de delincuencia según auto-informes. Aunque los efectos del tratamiento en estos estudios no fueron tan fuertes como los observados en los estudios de eficacia, este trabajo demuestra que es posible trasladar exitosamente programas de MST a proveedores basados en la comunidad.

En los dos estudios de efectividad anteriores, el desarrollador del tratamiento de MST no realizaba una supervisión directa, sino que proporcionaba asesoramiento experto (es decir, asesoramiento telefónico semanal centrado en la fidelidad al tratamiento y el logro de los resultados meta, el mismo papel que hoy en día desempeña el asesor de MST en el actual sistema de garantía y mejora de calidad). Henggeler et al. (1997) analizaron la necesidad de dicho asesoramiento en el proceso de traslación de la MST. Los terapeutas y supervisores de dos centros comunitarios de salud mental recibieron formación de MST, pero no recibieron asesoramiento experto continuado. De nuevo, los participantes eran infractores juveniles en riesgo inminente de ser encarcelados y sus familias. Los resultados obtenidos en un seguimiento realizado a los 1.7 años desde este ensayo aleatorizado revelaron que la MST resultaba efectiva en reducir el número de encarcelaciones (un 53% menos, véase Tabla 2), pero no en la reincidencia (un 26% menos, no significativo estadísticamente). Sin embargo, anticipándose a posibles problemas de implantación, los investigadores evaluaron la fidelidad del terapeuta a la MST empleando un nuevo instrumento de medición de la adhesión (Henggeler y Borduin, 1992). Como ya se ha comentado previamente, los análisis mostraron una asociación significativa entre la fidelidad del terapeuta al tratamiento y la reincidencia de los jóvenes; una fidelidad al tratamiento alta se relacionó con una baja reincidencia. Estos resultados demostraron la importancia de incluir mediciones de fidelidad en los ensayos clínicos, así como la importancia y valor del papel que desempeña el asesor experto en los programas de MST.

Estudios híbridos de Eficacia-Efectividad con nuevas poblaciones clínicas

Tras el exitoso enfoque de los creadores de MST con infractores juveniles violentos y crónicos a mediados de la década de los 90, dos grupos de investigación comenzaron a centrarse en la adaptación y validación de la MST para tratar otros problemas clínicos graves que se manifiestan en los adolescentes y sus familias (es decir, grave trastorno emocional, abuso de sustancias, maltrato físico, y problemas crónicos de atención médica). Situados en el extremo de la eficacia dentro del continuo eficacia-efectividad, estos estudios fueron realizados bajo los auspicios de los respectivos departamentos universitarios de los investigadores. Por lo general los terapeutas eran contratados y pagados con becas de investigación, y los supervisores eran normalmente miembros de la facultad formados en MST. De acuerdo con el propósito central de la investigación sobre eficacia, el primer objetivo de estos estudios era determinar si la adaptación de la MST podía resultar efectiva con nuevas poblaciones. En el extremo de efectividad del continuo, los participantes procedían de poblaciones clínicas del mundo real y, significativamente, ni Henggeler ni Borduin proporcionaron supervisión clínica continuada. Así pues, los resultados clínicos dependieron de la guía de una segunda generación de asesores expertos en MST.

Jóvenes con graves trastornos emocionales. Dos estudios evaluaron una adaptación de la MST para tratar trastornos emocionales graves en adolescentes (Henggeler, Schoenwald et al., 2002). Mediante un diseño aleatorizado, Henggeler, Rowland et al. (1999) evaluaron esta adaptación de MST (es decir, número limitado de casos simultáneos por terapeuta, apoyo psiquiátrico, integración de fármaco-terapia basada en la evidencia, incorporación de más trabajadores en casos de crisis) como alternativa a la hospitalización de los jóvenes que presentan crisis psiquiátricas (es decir, conducta suicida, homicida, psicótica). En comparación con la situación de hospitalización, la MST probó ser más efectiva en reducir los síntomas psiquiátricos de los jóvenes y en prevenir hospitalizaciones (un 73% menos) y otro tipo de tutelas fuera del hogar (un 49% menos) y en reducir los índices de intentos de suicidio en el seguimiento realizado a los 16 meses de finalización del tratamiento (Huey et al., 2004). A diferencia de otros resultados significativos a largo plazo con infractores juveniles de la MST, pero consistentes con otros tratamientos basados en la evidencia de los trastornos de internalización en la infancia (Weersing y Weisz, 2002), los resultados favorables de la MST en síntomas y

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

tutelas fuera del hogar ya no fueron observados en el seguimiento realizado a los 16 meses (Henggeler et al., 2003). Un segundo ensayo aleatorizado comparó la MST con el espectro de tratamientos intensivos aplicados en Hawai para el tratamiento de jóvenes con trastornos emocionales graves (Rowland et al., 2005), replicando los resultados a corto plazo de Henggeler, Rowland et al. (1999). A los seis meses tras la derivación al programa, los jóvenes en situación de MST presentaron una mayor reducción de trastornos psiquiátricos y un 68% menos de días en tutelas fuera del hogar.

Infractores juveniles con trastornos de consumos de sustancias. Dos ensayos aleatorizados realizados con infractores juveniles con problemas de abuso de sustancias han confirmado de nuevo la capacidad de una segunda generación de expertos de MST para mantener una implementación efectiva de la MST. En el primero, la MST fue comparada con servicios comunitarios habituales para tratar a infractores juveniles diagnosticados por trastorno de abuso de sustancias (Henggeler, Pickrel, y Brondino, 1999). El seguimiento realizado a los 11 meses del tratamiento probó que la MST resultaba más efectiva que los servicios habituales en reducir el consumo de sustancias y de tutelas fuera del hogar (un 50% menos), pero no de la reincidencia (un 19% menos no significativo). Sin embargo, en el seguimiento realizado a los cuatro años de la finalización del tratamiento (Henggeler, Clingempeel, Brondino, y Pickrel, 2002), los participantes en la MST evidenciaron un descenso en el índice de delitos violentos y un incremento en la abstinencia de marihuana. Más recientemente, en un estudio relativamente complejo de cuatro situaciones (Henggeler et al., 2006) con infractores juveniles que presentaban problemas de abuso de sustancias, la MST obtuvo mejores resultados relacionados con el consumo de drogas que los servicios del tribunal de menores por delitos de droga, pero no pareció mejorar los resultados de delincuencia o de tutela fuera del hogar en comparación con los resultados obtenidos por los servicios del tribunal de menores por delitos de droga. El hecho de que todos los jóvenes en situación de MST también estuvieran bajo tutela del tribunal de menores por delitos de droga enturbia las interpretaciones de los resultados relacionados con la MST (por ejemplo, la tutela del tribunal de menores implica vigilancia intensiva, lo cual, a su vez, está conectado con una mayor probabilidad de ser arrestado). Sin embargo, los resultados globales de los ensayos psiquiátricos y de abuso de sustancias de la MST respaldan la capacidad de una segunda generación de expertos de MST para obtener resultados favorables con poblaciones clínicas muy difíciles, lo cual, a su vez, posee implicaciones favorables para el desarrollo de una traslación efectiva del modelo.

Adolescentes maltratados físicamente. Basándose en los resultados de un ensayo anterior de eficacia con familias maltratantes (Brunk et al., 1987), Swenson et al. desarrollaron una adaptación de la MST para tratar situaciones de maltrato y negligencia en la infancia (MST-CAN; Swenson, Penman, Henggeler, & Rowland, 2010) y evaluaron su efectividad utilizando como referencia una intervención de enseñanza parental grupal de diseño aleatorizado (Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski, y Mayhew, 2010). Siguiendo los resultados de investigaciones sobre efectividad, ambas intervenciones fueron administradas por terapeutas de un centro comunitario de salud mental. La MST-CAN resultó ser más efectiva que la enseñanza parental en reducir los síntomas de salud mental de los jóvenes, el estrés emocional del cuidador y las conductas parentales asociadas con el maltrato; y en aumentar el apoyo social del cuidador. A los 16 meses del inicio del tratamiento, los jóvenes en situación de MST-CAN también mostraron una menor probabilidad de ser tutelados fuera del hogar y pasaron un 63% menos de días en dicho periodo de tutela. Aunque los jóvenes en situación de MST-CAN experimentaron índices más bajos de nuevos maltratos (4.5% frente al 11.9% de la situación de referencia), esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa.

Adolescentes en situación de atención médica crónica. Un grupo de investigación pediátrico ha adaptado y probado la MST en jóvenes con graves problemas de atención médica. Junto a varios ensayos no controlados (por ejemplo, Ellis, Naar-King, Cunningham, y Secord, 2006), Ellis y Naar-King han publicado tres ensayos aleatorizados de adaptaciones de la MST para tratar problemas de atención médica. Una segunda generación de expertos de MST realizaron las tareas de asesoramiento en todos estos ensayos. En un estudio piloto aleatorizado, Ellis et al. (2004) demostraron que la MST resultaba ser más efectiva que los servicios de atención habituales en mejorar el control metabólico y en prevenir el ingreso a hospitales para adolescentes con diabetes de tipo 1 deficientemente controlada. Estos resultados fueron replicados en un ensayo aleatorizado más amplio (Ellis et al., 2005): a los 7 meses del inicio del tratamiento, los adolescentes con diabetes de tipo 1 deficientemente controlada mostraban un mejor control metabólico y un menor número de ingresos

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

hospitalarios que los jóvenes en situación de atención médica normal. Además, en el seguimiento a los 12 meses se observó que las reducciones de hospitalizaciones se mantenían (un 43% menos), aunque los resultados favorables de control metabólico desaparecieron. Más recientemente, Naar-King et al. (2009) obtuvieron resultados favorables en una adaptación de MST para tratar la obesidad primaria. En comparación con un programa de control de peso del grupo familiar, la MST demostró ser más efectiva en reducir el porcentaje de sobrepeso, la grasa corporal y el índice de masa corporal.

En su conjunto, estos resultados respaldan la generalización de la MST a una gama de problemas clínicos graves de los adolescentes y sus familias, así como la potencial viabilidad de usar expertos de MST de segunda generación para apoyar la traslación del modelo a gran escala. A continuación, se ofrece una revisión de algunas réplicas independientes que incluyeron una tercera generación de expertos en MST (es decir, expertos formados por una segunda generación de expertos y no directamente relacionados con desarrolladores de la MST).

Réplicas independientes y ensayos de transportabilidad

Se han llevado a cabo varias réplicas independientes de la MST en Europa y en los EEUU. La primera fue un ensayo aleatorizado en cuatro puntos de implementación llevado a cabo por Ogden et al. en Noruega con jóvenes que presentaban conducta antisocial grave y con sus familias. En comparación con los servicios habituales de atención a la infancia, los jóvenes en situación de MST presentaron menos síntomas de externalización e internalización, un 78% menos de tutelas fuera del hogar, y una mayor competencia social en el seguimiento realizado a los 6 meses tras el reclutamiento (Ogden y Halliday-Boykins, 2004). En un seguimiento realizado a los 24 meses (Ogden y Hagen, 2006) se observó que los efectos de la MST en los síntomas de internalización de los jóvenes y las tutelas fuera del hogar (un 56% menos) se mantenían. Significativamente, este estudio también mostró los efectos en los distintos puntos de implantación y se observó que los niveles de fidelidad a la MTS durante la implementación y los correspondientes resultados de los jóvenes fueron considerablemente peores en uno de los cuatro puntos. Posteriormente, un estudio de criterios de referencia que incluyó los tres puntos de implementación en Noruega con adhesión a la MST (Ogden, Hagen, y Anderson, 2007) mostró que los resultados obtenidos de programas maduros de MST eran iguales o superiores a los logrados en ensayos aleatorizados exitosos. Se observaron resultados similares en un estudio de criterios de referencia llevado a cabo en Nueva Zelanda (Curtis, Ronan, Heiblum, y Crellin, 2009).

Más recientemente, Butler, Baruch, Hickley y Fonagy (2011) llevaron a cabo un ensayo aleatorizado independiente de MST con infractores juveniles en Inglaterra. En comparación con un grupo en situación de control intensivo (es decir, una selección de intervenciones adaptadas basadas en la evidencia, extensivas y de múltiples componentes), la MST obtuvo mejores resultados en prácticas parentales y redujo en mayor medida la delincuencia y los síntomas psicopáticos según auto-informes e informes de los progenitores. Además, se produjo un 41% menos tanto de delitos como de tutelas durante los últimos seis meses del periodo de seguimiento de 18 meses tras el tratamiento de MST. Un extenso y complejo ensayo aleatorizado de MST está siendo realizado actualmente por estos investigadores en múltiples puntos de Inglaterra.

También se han realizado tres réplicas independientes en los EEUU. En la primera (Timmons-Mitchell, Bender, Kishna, y Mitchell, 2006), delincuentes juveniles en riesgo inminente de encarcelación fueron asignados al azar a un grupo de MST frente a otro grupo en situación de servicios habituales. A los 12 meses tras el reclutamiento, los jóvenes en situación de MST mostraban mejor estado de ánimo y un mejor funcionamiento en el trabajo/escuela, así como un nivel menor de consumo de sustancias. Además, a los 2 años aproximadamente tras el reclutamiento, los jóvenes en situación de MST evidenciaron un 37% menos de nuevos arrestos. La segunda réplica (Stambaugh et al., 2007) empleó un diseño cuasiexperimental para comparar la efectividad de la MST con la del programa Wraparound (Burns & Goldman, 1999) en jóvenes con grave trastorno emocional y en riesgo de tutela fuera del hogar. Los resultados del seguimiento realizado a los 18 meses mostraron que la MST era más efectiva en reducir los síntomas de los jóvenes, mejoraba el funcionamiento del joven, y reducía las tutelas fuera del hogar (un 54% menos). En la tercera réplica (Glisson et al., 2010), se asignaron al azar poblaciones de 14 condados rurales de la región de la cordillera de los Apalaches a un grupo MST, y par-

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

ticiparon 615 infractores juveniles en riesgo de tutela fuera del hogar y sus familias. Las poblaciones de los condados también fueron asignadas a otro grupo de intervención organizativa en un diseño de 2 (MST contra servicios habituales) x 2 (intervención organizativa contra servicios habituales). El análisis de los resultados mostró que la MST estaba asociada a una reducción del 53% de probabilidades de tutela fuera del hogar. Además y coincidiendo con los resultados antes mencionados en jóvenes con grave trastorno emocional (Henggeler et al., 2003), cuando la MST fue administrada en los puntos que también recibieron intervenciones organizativas, se observaron efectos del tratamiento en la reducción de síntomas (de externalización e internalización) a los 6 meses tras el reclutamiento, pero desaparecieron a los 18 meses tras el reclutamiento.

A diferencia de las cinco réplicas independientes que obtuvieron éxito, un ensayo aleatorizado con cuatro puntos de implementación realizado en Suecia con jóvenes diagnosticados por trastorno de conducta no logró replicar los resultados favorables de la MST (Sundell et al., 2008). A los siete meses tras el reclutamiento, los análisis que comparaban la MST con los servicios habituales de atención a la infancia no revelaron efectos de la MST en un amplio espectro de medidas de resultados. Se ofrecieron entonces varias explicaciones potenciales para explicar por qué falló la réplica, aunque las más viables apuntaban a la baja fidelidad al programa observada en los terapeutas de MST, la fuerza de las intervenciones recibidas por el grupo de referencia frente a los servicios del sistema de justicia juvenil de los EEUU (es decir, los jóvenes en el grupo de MST mostraron reducciones de síntomas similares a las observadas en otros ensayos clínicos de MTS, pero los jóvenes que recibieron los servicios suecos mostraron reducciones mucho mayores en los síntomas que las observadas en grupos de referencia en los EEUU), y un deficiente ajuste entre las familias inmigrantes (un 47% de la muestra) y los terapeutas suecos. De igual manera, los efectos de la MST desaparecieron en un seguimiento realizado a los 2 años (Lofholm, Olsson, Sundell, y Hansson, 2009) y, como se esperaba dada la falta de efectos de tratamiento, la MST no resultó rentable (Olsson, 2009). Recientemente, basándose en las mediciones de adhesión y resultados en 973 familias que recibieron MST en Suecia durante y a partir del estudio (es decir, 2003-2009), Sundell (2012) observó que las puntuaciones de adhesión a la MST y de resultados en múltiples puntos ha mejorado dramáticamente. Este hallazgo respalda la hipótesis de que el fracaso en los resultados obtenidos en los estudios aleatorizados fue debido, al menos en parte, por una deficiente adhesión al tratamiento en el proceso de introducción de la MST en Suecia.

Conclusión

Investigaciones europeas y norteamericanas han demostrado la capacidad de la MST de ser efectiva para el tratamiento de jóvenes con conducta antisocial grave y sus familias. En todas las culturas, la familia es crucial para lograr resultados clínicos favorables en los niños, y las intervenciones de MST han producido altos niveles de implicación familiar en el tratamiento y cambios en el tipo de funcionamiento familiar (por ejemplo, estilo parental positivo, supervisión, control) que son mediadores clave del cambio terapéutico. Las investigaciones también demuestran la importancia crucial que tiene la adhesión del terapeuta a los principios de tratamiento de la MST para lograr resultados favorables en los jóvenes. Cuando la fidelidad es alta, se aumentan las probabilidades de éxito del tratamiento, y cuando la fidelidad es baja, el éxito peligra. Esta relación entre fidelidad al tratamiento y resultados en los jóvenes es la base del sistema intensivo de garantía de calidad de la MST, que actualmente está siendo implementado efectivamente por varios Network Partners en Europa.

Referencias

Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 35,* 105-114.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 569-578.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Borduin, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77,* 26-37.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brunk, M., Henggeler, S. W., & Whelan, J. P. (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 311-318.

Burns, B. J., & Goldman, S. K. (Eds.), (1999). *Systems of care: Promising practices in children's mental health, 1998 series: Volume IV. Promising practices in wraparound for children with serious emotional disturbance and their families*. Washington, DC: Center for Effective Collaboration and Practice, American Institutes for Research.

Butler, S., Baruch, G., Hickley, N., & Fonagy, P. (2011). A randomized controlled trial of MST and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50,* 1220-1235.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

Curtis, N. M., Ronan, K. R., Heiblum, N., & Crellin, K. (2009). Dissemination and effectiveness of multisystemic treatment in New Zealand: A benchmarking study. *Journal of Family Psychology, 23,* 119-129.

Daly, B. P., Xanthopoulos, M. S., Stephan, S. H., Cooper, C. J., & Brown, R. T. (2007). Evidence-based interventions for childhood disorders: Summary of the report of the APA Working Group on Psychotropic Medications for Children and Adolescents. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth, 7*, 31-55.

Dekovic, M., Asscher, J. J., Manders, W. A., Prins, P., & van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* Advance online publication. doi: 10.1037/a0028482

Ellis, D. A., Frey, M. A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P. B., & Cakan, N. (2005). Use of multisystemic therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in chronic poor metabolic control: A randomized controlled trial. *Diabetes Care, 28,* 1604-1610.

Ellis, D. A., Naar-King, S., Cunningham, P. B., & Secord, E. (2006). Use of multisystemic therapy to improve antiretroviral adherence and health outcomes in HIV-infected pediatric patients: Evaluation of a pilot program. *AIDS, Patient Care, and STD's, 20,* 112-121.

Ellis, D. A., Naar-King, S., Frey, M. A., Templin, T., Rowland, M., & Greger, N. (2004). Use of Multisystemic Therapy to improve regimen adherence among adolescents with type 1 diabetes in poor metabolic control: A pilot study. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 11,* 315-324.

Glisson, C., Schoenwald, S. K., Hemmelgarn, A., Green, P., Dukes, D., Armstrong, K. S., & Chapman, J. E. (2010). Randomized trial of MST and ARC in a two-level EBT implementation strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78,* 537-550.

Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy* (2nd ed.). San Franciso: Jossey-Bass.

Henggeler, S. W. (2011). Efficacy studies to large-scale transport: The development and validation of MST programs. *Annual Review of Clinical Psychology, 7,* 351-381.

Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1992). *Multisystemic Therapy Adherence Scales*. Unpublished instrument. Charleston: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.

Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance abusing and dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41,* 868-874.

Henggeler, S. W., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Randall, J., Shapiro, S. B., & Chapman, J. E. (2006). Juvenile drug court: Enhancing outcomes by integrating evidence-based treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74,* 42-54.

Henggeler, S. W., Letourneau, E. J., Chapman, J. E., Borduin, C. M., Schewe, P. A., & McCart, M. R. (2009). Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77,* 451-462.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 821-833.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 953-961.

Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., & Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies, 2,* 283-293.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research, 1,* 171-184.

Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., & Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry, 153,* 427-428.

Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interactions. *Developmental Psychology, 22,* 132-141.

Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Sheidow, A. J., Ward, D. M., Randall, J., ... Edwards, J. (2003). One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42,* 543-551.

Henggeler, S. W., Rowland, M. R., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., ... Santos, A. B. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38,* 1331-1339.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B., (2002). *Serious emotional disturbance in children and adolescents: Multisystemic therapy*. New York: Guilford Press.

Huey, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 451-467.

Huey, S. J. Jr., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., & Edwards, J. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youth presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43,* 183-190.

Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1,* 133-156.

Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques*. New York: Guilford Press.

Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 23,* 89-102.

Liberman, A. M. (Ed.). (2008). *The long view of crime: A synthesis of longitudinal research*. New York: Springer.

March, J. S., & Mulle, K. (2008). *OCD in children and adolescents: a cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford Press.

Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Munger, R. L. (1999). *Rules for unruly children: The parent discipline bible*. Boys Town, NE: Boys Town Press.

Naar-King, S., Ellis, D., Kolmodin, K., Cunningham, P., Jen, K. L. C., Saelens, B., & Brogan, K. (2009). A randomized pilot study of multisystemic therapy targeting obesity in African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health, 45,* 417-419.

Lofholm, A., Olsson, T., Sundell, K., & Hansson, K. (2009). Multisystemic therapy with conduct disordered youth: Stability of treatment outcomes two years after intake. *Evidence & Policy, 5,* 373-397.

Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *11,* 142-149.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Ogden, T., Hagen, K. A., & Andersen, O. (2007). Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation. *Journal of Children's Services, 2,* 4-14.

Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child & Adolescent Mental Health, 9*(2), 77-83.

Olsson, T. M. (2009). MST with conduct disordered youth in Sweden: Costs and benefits after 2 years. *Research on Social Work Practice, 20,* 561-571.

Robin, A. L., & Foster, S. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral family systems approach*. New York: Guilford.

Rowland, M. R., Halliday-Boykins, C. A., Henggeler, S. W., Cunningham, P. B., Lee, T. G., Kruesi, M. J. P., & Shapiro, S. B. (2005). A randomized trial of multisystemic therapy with Hawaii's Felix Class youths. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 13,* 13-23.

Sawyer, A. M., & Borduin, C. M. (2011). Effects of MST through midlife: A 21.9-year follow up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79,* 643-652.

Schaeffer, C. M., McCart, M. R., Henggeler, S. W., & Cunningham, P. B. (2010). Multisystemic therapy for conduct problems in youth. In R. C. Murrihy, A. D. Kidman, & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 273-292). New York: Springer.

Schoenwald, S. K. (2008). Toward evidence-based transport of evidence-based treatments: MST as an example. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 17,* 69-91.

Schoenwald, S. K. (2012). The transport and diffusion of multisystemic therapy. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 227-246). New York: Oxford University Press.

Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J., & Carter, R. E. (2009). Long-term youth criminal outcomes in MST transport: The impact of therapist adherence and organizational climate and structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38,* 91-105.

Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Rowland, M. D. (2000). Multisystemic therapy: Monitoring treatment fidelity. *Family Process, 39*, 83-103.

Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., & Chapman, J. E. (2009). Clinical supervision in treatment transport: Effects on adherence and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77,* 410-421.

Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., & Letourneau, E. J. (2004). Toward effective quality assurance in evidence-based practice: Links between expert consultation, therapist fidelity, and child outcomes. *Journal of Child and Adolescent Clinical Psychology*, *33*, 94-104.

Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J., & Liao, J. G. (2003). Transportability of Multisystemic Therapy: Evidence for multi-level influences. *Mental Health Services Research, 5,* 223-239.

Stambaugh, L. F., Mustillo, S. A., Burns, B. J., Stephens, R. L., Baxter, B., Edwards, D., & DeKraai, M. (2007). Outcomes from wraparound and multisystemic therapy in a center for mental health services system-of-care demonstration site. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15,* 143-155.

Sundell, K. (2012, May). *MST research in Europe*. Invited plenary at the First European MST Conference, Olso, Norway.

Sundell, K., Hansson, K., Lofholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjo, C. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disordered youth. *Journal of Family Psychology, 22,* 550-560.

Swenson, C. C., Penman, J., Henggeler, S. W., & Rowland, M. D. (2010). *Multisystemic therapy for child abuse and neglect*. Charleston, SC: Family Services Research Center, Medical University of South Carolina.

Swenson, C. C., Schaeffer, C., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology, 24,* 497-507.

Tighe, A., Pistrang, N., Casdagli, L., Baruch, G., & Butler, S. (2012). Multisystemic therapy for young offenders: Families' experiences of therapeutic processes and outcomes. *Journal of Family Psychology, 26,* 187-197.

Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 227-236.

Document downloaded from http://[[SITE]], day 18/07/2014. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Tuerk, E. H., McCart, M. R., & Henggeler, S. W. (2012). *Collaboration in family therapy. Journal of Clinical Psychology: In Session, 68,* 168-178.

Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 299-310.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.