

Multisystemic Therapy (MST) for Juvenile Offenders

Fecha de Revisión: Marzo de 2007

Multisystemic Therapy for Juvenile Offenders ("MST" por sus siglas en inglés) aborda la naturaleza multidimensional de los problemas de conducta en los jóvenes problemáticos. El tratamiento se enfoca en aquellos factores en la red social de cada joven que contribuyen a su comportamiento antisocial. Los principales objetivos de los programas MST son reducir las tasas de comportamiento antisocial y otros problemas clínicos, mejorar el funcionamiento (por ejemplo, las relaciones familiares, el rendimiento escolar), y lograr estos resultados con un ahorro en los costos mediante la reducción del uso de las colocaciones fuera del domicilio, tales como el encarcelamiento, tratamiento residencial y hospitalización. El objetivo final de la MST es empoderar a las familias para construir un ambiente más saludable, por medio de la movilización de los recursos existentes del niño, la familia y la comunidad. La MST se suministra en el entorno natural (en el domicilio, la escuela o la comunidad). La duración típica de los servicios basados en el domicilio es de aproximadamente 4 meses, con múltiples contactos semanales ocurriendo entre el terapeuta y la familia. La MST aborda los factores de riesgo de una manera individualizada, completa e integrada, permitiendo a las familias mejorar los factores de protección. Las técnicas específicas de tratamiento utilizadas para facilitar estos logros se basan en terapias con apoyo empírico, incluyendo terapias conductuales, cognitivo-conductuales, y pragmáticas de familia.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental Tratamiento para el abuso de sustancias Trastornos concurrentes
Desenlaces	1: Tasas de detención post-tratamiento 2: Tasas de detención a largo plazo 3: Tasas de encarcelamiento a largo plazo 4: Actividad criminal auto-reportada 5: Uso de alcohol y drogas 6: Percepción del funcionamiento-cohesión familiar 7: Agresión de los compañeros
Categorías de desenlaces	Alcohol Crimen/delincuencia Drogas Familia/relaciones Funcionamiento social Violencia
Edades	6-12 (Niñez) 13-17 (Adolescencia)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Ambulatorio Domicilio Escuela Otros entornos comunitarios
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas Rurales y/o fronterizas
Historia de la implementación	Sitios con licencia internacional están localizados en Australia, Canadá, Dinamarca, Islandia, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza, y el Reino Unido.
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	Para implementación fuera de los Estados Unidos, los materiales de capacitación han sido traducidos al Danés, Holandés, Noruego, Español y Sueco.

Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM) no son aplicables.

Desenlaces

Desenlace 1: Tasas de detención post-tratamiento

Descripción de medidas	Se recopilaron registros de detenciones de los archivos del Departamento de Servicios Juveniles de Carolina del Sur, aproximadamente 60 semanas después de la derivación para tratamiento, lo que en promedio representa unas 46 semanas después de completar el tratamiento MST. En otro estudio, las detenciones posteriores a la libertad condicional para los 4 años después del tratamiento MST, se obtuvieron de los registros de la policía estatal.
Hallazgos clave	En comparación con los jóvenes que recibieron el tratamiento usual, los jóvenes que recibieron MST fueron arrestados con una frecuencia de aproximadamente la mitad en el período post-tratamiento. Las tasas de reincidencia fueron de 42% para los jóvenes tratados con MST, en comparación con el 62% para los jóvenes que recibieron los servicios de costumbre ($p < 0.05$). En un segundo estudio, durante el período de seguimiento, el MST fue más eficaz que la terapia individual en la prevención de nuevas detenciones por delitos violentos ($p < 0.001$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	2.9 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Tasas de detención a largo plazo

Descripción de medidas	Se recopilaron registros de detenciones criminales de jóvenes y adultos a los 4.0 y 13.7 años siguientes al tratamiento MST, en comparación con terapia individual (Individual Therapy, o "IT" por sus siglas en inglés) o los servicios usuales únicamente.
Hallazgos clave	Al final de los 4 años de seguimiento, la tasa de reincidencia delictiva (nuevas detenciones) para los que completaron el tratamiento MST (22%) fue menos de un tercio de la tasa global de los que completaron IT (71%). A los 13.7 años después del tratamiento, los participantes del MST (que entonces tenían 29 años) mostraron tasas significativamente más bajas de reincidencia delictiva (50%) que jóvenes comparables (81%) ($p < 0.0001$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2 , Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Tasas de encarcelamiento a largo plazo

Descripción de medidas	Se recolectaron historias de encarcelamiento después del tratamiento, a partir de bases de datos de los archivos (por ejemplo, los registros judiciales de menores) y de información de sentencias (por ejemplo, días de sentencia a reclusión).
Hallazgos clave	Los participantes del MST tuvieron en promedio 73 días menos de encarcelamiento que los jóvenes que recibieron los servicios usuales ($p < 0.006$). Más de las dos terceras partes (68%) de los jóvenes del grupo de servicios usuales fueron encarcelados después del tratamiento, en comparación con solamente el 20% de los jóvenes en el grupo MST. Luego de casi 14 años después del tratamiento, los

	jóvenes del grupo MST fueron sentenciados a menos de la mitad de días de encarcelamiento que los jóvenes del grupo de comparación ($p < 0.01$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.1 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 4: Actividad criminal auto-reportada

Descripción de medidas	Este desenlace se midió utilizando las calificaciones completas de la escala de Delincuencia Auto-Reportada (Self-Report Delinquency scale, o "SRD" por sus siglas en inglés).
Hallazgos clave	En dos estudios, los participantes del MST tuvieron calificaciones en el SRD significativamente más bajas después del tratamiento que los jóvenes en condiciones de comparación ($p < 0.05$ y $p < 0.01$, respectivamente).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 5
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.2 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 5: Uso de alcohol y drogas

Descripción de medidas	Este desenlace se midió utilizando una evaluación con múltiples métodos del uso de sustancias, que combina auto-informes de uso durante los últimos 90 días y análisis de orina. Se tabuló el número promedio de días de uso para el uso de alcohol, el uso excesivo de alcohol (más de cuatro tragos), el uso de marihuana, y el uso de múltiples sustancias. Se recolectaron análisis de orina para la detección del cannabis, la cocaína y las anfetaminas en cada punto de medición.
Hallazgos clave	Los informes posteriores al tratamiento del uso del alcohol y la marihuana y el uso de otras sustancias fueron menos frecuentes entre los participantes del MST comparados con jóvenes en la condición de comparación, $p < 0.05$. Cuatro años después del tratamiento, se encontraron índices más altos de abstinencia a la marihuana entre los participantes del MST (55%) comparados con adultos jóvenes en la condición de comparación (28%), $p < 0.05$.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 4 , Estudio 5
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 6: Percepción del funcionamiento-cohesión familiar

Descripción de medidas	Este desenlace se midió utilizando una medida auto-reportada de las percepciones de los padres y los jóvenes del funcionamiento familiar, utilizando las Escalas de Adaptabilidad y Cohesión Familiar de 20 puntos (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, o "FACES-III", por sus siglas en inglés). La cohesión familiar evalúa el grado de separación o conexión de los miembros de la familia a la familia.
-------------------------------	---

Hallazgos clave	Las evaluaciones posteriores al tratamiento mostraron que la cohesión familiar aumentó entre las familias que recibieron MST y disminuyó entre las familias en la condición de servicios usuales ($p < 0.05$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 7: Agresión de los compañeros

Descripción de medidas	Las relaciones con los compañeros se evaluaron por medio de reportes de adultos y jóvenes en relación a las amistades de los adolescentes, utilizando el Inventario de Relaciones con los Compañeros de Missouri de 13 preguntas (Missouri Peer Relations Inventory, o "MPRI" por sus siglas en inglés). Se evaluaron tres dimensiones: enlace emocional, agresión de los compañeros, y madurez social.
Hallazgos clave	Los reportes de agresión contra los compañeros disminuyó significativamente para los participantes en MST, pero permaneció igual para los jóvenes en la condición de servicios usuales ($p < 0.05$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.1 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	13-17 (Adolescencia)	77% Masculino 23% Femenino	56% Afro americano 42% Blanco 2% Hispano o Latino
Estudio 2	13-17 (Adolescencia)	67.5% Masculino 32.5% Femenino	70% Blanco 30% Afro americano
Estudio 3	6-12 (Niñez) 13-17 (Adolescencia)	82% Masculino 18% Femenino	81% Afro americano 19% Blanco
Estudio 4	13-17 (Adolescencia)	79% Masculino 21% Femenino	50% Negro o Afroamericano 47% Blanco 1% Indígena americano o nativo de Alaska 1% Asiático 1% Hispano o Latino
Estudio 5	13-17 (Adolescencia)	83% Masculino 17% Femenino	67% Afro americano 31% Blanco 2% Raza/grupo étnico no especificado

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

Estudio 1

[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. !\[\]\(8af806fb1314382d09bc5ec5b767526c_img.jpg\)](#)

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(4), 283-293.

Estudio 2

[Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., et al. \(1995\). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569-578. !\[\]\(e2376d476d06eb31946dc01a69a4403a_img.jpg\)](#)

[Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. \(2005\). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 445-453. !\[\]\(74d4806277d7e73349d8e8c0897931e9_img.jpg\)](#)

Estudio 3

[Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. \(1997\). Multisystemic therapy with 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. !\[\]\(830769b31eeeaca920791081939ff8ba_img.jpg\)](#)

Estudio 4

[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. !\[\]\(8bba887393ca45b761e5cb49e755e762_img.jpg\)](#)

Schoenwald, S. K., Ward, D. M., Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Patel, H. (1996). Multisystemic therapy treatment of substance abusing or dependent adolescent offenders: Costs of reducing incarceration, inpatient and residential placement. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 431-444.

Brown, T. L., Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (1999). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent juvenile delinquents: Effects on school attendance at posttreatment and 6-month follow-up. *Children's Services: Social Policy, Research, and Practice*, 2, 81-93.

[Henggeler, S. W., Clingempeel, W. G., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. \(2002\). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 \(7\), 868-874. !\[\]\(bd3b31712ad9bab5a241210fa6925cdd_img.jpg\)](#)

Estudio 5

[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\(1\), 42-54. !\[\]\(799877f5c2f906134441300079881630_img.jpg\)](#)

Materiales Suplementarios

Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1992). Multisystemic therapy adherence scales. Instrumento no publicado.

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

1. Confiabilidad de las medidas
2. Validez de las medidas
3. Fidelidad de la intervención
4. Falta de datos e índice de abandono
5. Posibles variables de confusión
6. Idoneidad del análisis

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de [Calidad de la Investigación](#).

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Tasas de detención post-tratamiento	3.0	2.5	2.5	3.5	3.0	3.0	2.9
2: Tasas de detención a largo plazo	3.5	2.5	2.5	3.5	3.0	3.0	3.0
3: Tasas de encarcelamiento a largo plazo	3.5	3.0	2.5	3.5	3.0	3.0	3.1
4: Actividad criminal auto-reportada	3.5	4.0	3.0	3.0	2.5	3.0	3.2
5: Uso de alcohol y drogas	3.0	3.0	3.5	3.0	2.5	3.0	3.0
6: Percepción del funcionamiento-cohesión familiar	3.5	3.5	2.5	3.0	3.0	2.5	3.0
7: Agresión de los Compañeros	3.5	3.5	2.0	3.0	3.5	3.0	3.1

Fortalezas del Estudio

Los autores emplearon en general medidas ampliamente usadas con validez bastante bien conocida y psicometría sólida en todos aspectos. Los investigadores utilizaron métodos para mejorar la fidelidad en el ensayo, y parece que el tratamiento se efectuó según lo previsto. Para el momento en que estos estudios se llevaron a cabo, los métodos para el manejo de la falta de datos fueron de vanguardia. De igual manera, los métodos de modelaje y análisis de datos fueron bien ejecutados y eran los mejores disponibles en ese periodo de tiempo. Una excelente retención de los clientes en estos estudios refuerza los hallazgos.

Debilidades del Estudio

Tal como los autores parecen reconocer, existen a veces problemas con los registros legales computarizados (por ejemplo, datos de las agencias gubernamentales sobre detención y encarcelamiento), pero también son considerados por muchos como el patrón oro. Algunos estudios tuvieron potencia estadística inadecuada para evaluar las medidas y desenlaces psicosociales, principalmente a causa de la deserción de los participantes. En algunos casos, no hubo controles para cambios en el contacto para el tratamiento entre las intervenciones.

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Henggeler, S. W., & Schoenwald, S. K. (1998). *The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level*. Charleston, SC: MST Services.

Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. E. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.

Multisystemic Therapy Readiness for Dissemination (documento resumen suministrado a NREPP)

Schoenwald, S. K. (1998). *Multisystemic therapy consultation manual*. Charleston, SC: MST Services.

Strother, K. B., Swenson, M. E., & Schoenwald, S. K. (1998). *Multisystemic therapy organizational manual*. Charleston, SC: MST Services.

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección [Plan de Disseminación](#).

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	4.0	4.0	4.0

Fortalezas de la Disseminación

El manual de operaciones es minucioso, detallado, y lógicamente secuenciado. Se proporcionan secciones de costos y finanzas exhaustivas para apoyar la implementación organizacional. Se dispone de capacitaciones iniciales y de refuerzo, así como también de apoyo continuo sobre organización y garantía de la calidad. Los mecanismos de supervisión y asesoría están bien desarrollados. El manual de supervisión y garantía de la calidad proporciona una delineación completa, tanto del proceso como de las medidas de los desenlaces. Se proporcionan formularios para el monitoreo de casos y fidelidad.

Debilidades de la Disseminación

Los revisores no identificaron debilidades en el Plan de Disseminación.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Cuotas iniciales de desarrollo del programa (incluye el paquete de arranque, manuales y visita al sitio)	\$2000 más gastos de viaje	Sí
Cuotas anuales para el apoyo al programa y costos de servicio	\$19,000-\$29,000 por sitio más gastos de viaje	Sí
Cuotas anuales de licencia de la agencia y del equipo (incluye el uso del sistema de monitoreo de la adherencia y seguimiento de los desenlaces basado en la Web)	\$4,000 por agencia más \$2,500 por equipo	Sí
Capacitación de orientación de 5 días (incluye materiales de capacitación)	\$850 por participante más gastos de viaje	Sí
Capacitación de orientación del supervisor	\$350 más gastos de viaje	No
Recopilación de datos de adherencia	Aproximadamente \$4,500 por año	Sí, para algunos sitios (comunicarse con el diseñador)

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar la Calidad de la Investigación.

Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic therapy of serious behavior problems in youth: Sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142-149.

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

[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\(2\), 227-236.](#) 

Información de Contactos

Para más información sobre la implementación:

Melanie Duncan, Ph.D.
(843) 856-8226
melanie.duncan@mstservices.com

Para más información sobre la investigación:

Scott W. Henggeler, Ph.D.
(843) 876-1800
henggesw@musc.edu

Melanie Duncan, Ph.D.
(843) 856-8226
melanie.duncan@mstservices.com

Considere estas [Preguntas a Formular](#) (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=254>, el 21 de mayo de 2012