Multidimensional Family Therapy (MDFT)

Fecha de Revisión: Junio de 2008

Terapia Familiar Multidimensional (Multidimensional Family Therapy, o “MDFT” por sus siglas en inglés es un programa exhaustivo y multi-sistémico basado en la familia, que puede ser ambulatorio o de hospitalización parcial (tratamiento durante el día), destinado a adolescentes que abusan de las sustancias, adolescentes con uso de sustancias y trastornos mentales concurrentes, y aquellos adolescentes en alto riego de abuso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas tales como trastorno de la conducta y delincuencia. Trabajando con el joven y su familia, MDFT ayuda al joven a desarrollar destrezas más efectivas de afrontamiento y resolución de problemas para una mejor toma de decisiones, y ayuda a la familia a mejorar el funcionamiento interpersonal como factor de protección en contra del abuso de sustancias y los problemas asociados al mismo.

Impartido en una serie flexible de 12 a 16 sesiones de 60 a 90 minutos de duración, una o dos veces por semana, MDFT es una intervención manualizada con módulos específicos de evaluación y tratamiento que se enfocan en cuatro áreas de interacción social: (1) el funcionamiento interpersonal del joven con sus padres y compañeros, (2) las prácticas de crianza de los padres y el nivel de funcionamiento adulto independientemente de su rol de crianza, (3) las interacciones entre padres y adolescente en las sesiones de terapia, y (4) la comunicación entre los miembros de la familia y sistemas sociales clave (por ejemplo, la escuela, bienestar de los niños, salud mental, justicia juvenil).

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el abuso de sustancias Trastornos concurrentes
Desenlaces	1: Uso de sustancias 2: Gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias 3: Abstinencia del uso de sustancias 4: Retención del tratamiento 5: Recuperación del uso de sustancias 6: Factores de riesgo para el uso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas 7: Desempeño escolar 8: Delincuencia 9: Costo-eficacia
Categorías de desenlaces	Alcohol Costo Crimen/delincuencia Drogas Educación Empleo Familia/relaciones Salud mental Funcionamiento social Tratamiento/recuperación Violencia
Edades	6-12 (Niñez) 13-17 (Adolescencia)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Asiático Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Ambulatorio Penitenciario Domicilio
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas Rurales y/o fronterizas
Historia de la implementación	Implementado por primera vez en 1985, MDFT ha estado en uso en casi 40 sitios en 11 Estados en los Estados Unidos. Algunos de los sitios han estado operando MDFT por más de una década. MDFT ha sido usado con jóvenes de diversos antecedentes étnicos y socioeconómicos; en

	entornos urbanos, sub urbanos, y rurales; y en una variedad de contextos (por ejemplo, programas de tratamiento en el domicilio y residenciales, escuelas alternativas, centros de detención, hospitales, centros de salud mental, programas para jóvenes ordenados por el tribunal). Internacionalmente, MDFT ha sido implementado en varios países europeos, incluyendo Bélgica, Francia, Alemania, Holanda, y Suiza, como parte de un estudio colaborativo de tratamiento conocido como INCAT (*International Cannabis Need of Treatment Project*; http://www.incant.eu), financiado bajo el Plan Europeo de Acción para la Investigación sobre el Cannabis (*Europe's Action Plan for Cannabis Research*). Este ensayo aleatorio controlado (EAC) transnacional en múltiples sitios fue financiado por los Ministerios de Salud de los cinco países participantes. MDFT también fue implementado en cuatro sitios en Glasgow, Escocia, en un estudio de diseminación financiado por el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA).
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	Algunos materiales del programa han sido traducidos al español. Los materiales de capacitación han sido traducidos al holandés, y se encuentran en marcha traducciones adicionales al francés, alemán y ruso.
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: Uso de sustancias	
Descripción de medidas	En un estudio, se midió la gravedad del uso de drogas usando un sistema de clasificación determinado por los terapeutas basado en tres fuentes de información: frecuencia auto-reportada y colateralmente reportada (por un padre) del uso de drogas durante el mes anterior y análisis de orina en el momento de la evaluación. Los terapeutas dieron calificaciones según una escala acumulativa de 15 puntos que va desde el 1 (ningún uso de drogas) hasta el 15 (uso diario de marihuana y el uso de otras drogas más de dos veces por semana). Otros dos estudios usaron la entrevista Seguimiento de la Línea del Tiempo (Timeline Followback, o "TLFB" por sus siglas en inglés) adaptada para los adolescentes para medir su uso de sustancias. La entrevista TLFB usa un calendario y fechas clave como estimulantes de la memoria para calcular la frecuencia diaria del uso de sustancias durante el mes anterior.
Hallazgos clave	En un ensayo aleatorio controlado (EAC), adolescentes que abusan de la marihuana y el alcohol fueron asignados a una de tres condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT, terapia de grupo para adolescentes (TGA), o intervención educativa multifamiliar (IEM)—las cuales consistieron de 14 a 16 sesiones de 90 minutos de duración, realizadas a lo largo de 5 a 6 meses en una oficina de clínica ambulatoria. MDFT usó un enfoque terapéutico familiar con familias individuales, mientras que IEM prestó servicios a grupos de tres o cuatro familias en un entorno psico-educativo más estructurado. TGA consistió de grupos de seis a ocho adolescentes liderados por dos terapeutas y enfatizó el desarrollo de destrezas sociales, autocontrol, autoaceptación, y destrezas de resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de concluido el tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Las calificaciones del terapeuta para la gravedad del uso de drogas disminuyó desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento ($p = 0.0001$) y desde la admisión hasta los seguimientos hechos 6 y 12 meses después del tratamiento ($p < 0.001$) para los participantes en todas las tres condiciones de tratamiento; sin embargo, comparados con cada uno de los otros grupos, los participantes en MDFT tuvieron la mayor disminución en calificación desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento ($p = 0.002$). • A la conclusión del tratamiento, los participantes en MDFT tuvieron calificaciones más bajas en la gravedad del uso de drogas en comparación con los participantes en TGA ($p = 0.002$) y con los participantes en IEM ($p = 0.003$). • A lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses, los participantes en MDFT recibieron calificaciones de gravedad del uso de drogas más bajas ($p = 0.01$), en comparación con cada uno de los otros grupos.

	• Durante el seguimiento hecho a los 12 meses, las calificaciones de gravedad del uso de drogas fueron más bajas para los participantes tanto de MDFT (p = 0.0006) como de TGA (p = 0.02) en comparación con los participantes de IEM, pero no hubo diferencia entre los participantes en MDFT y en TGA. En otro EAC, adolescentes que satisficieron los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, o "DSM-IV" por sus siglas en inglés) para la dependencia de cannabis, alcohol y/u otras drogas, fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT o Terapia Cognitivo Conductual (Cognitive Behavioral Therapy, "CBT")—consistentes de sesiones semanales de 60 a 90 minutos de duración realizadas en un entorno de oficina de clínica ambulatoria. Los adolescentes en la condición de CBT recibieron terapia individual, aunque los padres asistieron a las dos primeras sesiones de tratamiento. Las sesiones de CBT primero buscaron priorizar los problemas y construir un "contrato" de tratamiento, y luego se enfocaron en la información/educación y en proporcionar capacitación sobre destrezas de resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de concluido el tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • La frecuencia reportada del uso del cannabis disminuyó para los participantes en ambas condiciones de tratamiento a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses (p < 0.001). • Los participantes en MDFT reportaron un uso de drogas menos frecuente (excluyendo el alcohol) que los participantes en CBT a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses (p < 0.05). • Durante el seguimiento hecho a los 12 meses, una proporción mayor de participantes en MDFT que de participantes en CBT reportó haber usado alcohol o drogas menos de dos veces en los últimos 30 días (64% vs. 44%, p = 0.02). En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas, fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros—consistiendo de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de manejo de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), 6 semanas después de la admisión, a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de la admisión. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento, el uso reportado del cannabis disminuyó entre los participantes en MDFT (de 57% a 1%) y entre los participantes de la terapia de grupo de compañeros (de 66% a 20%). • Entre los participantes que reportaron haber usado alcohol en cualquier momento durante el tratamiento, el uso reportado de alcohol declinó más rápidamente entre aquellos que recibieron MDFT que entre aquellos que recibieron la terapia de grupo de compañeros (p < 0.05). • Desde la admisión y durante el periodo de seguimiento de 12 meses, los participantes en MDFT reportaron menos días de uso de cualquier sustancia que los participantes en la terapia de grupo de compañeros (p < 0.001), una diferencia de grupo asociada con un tamaño de efecto mediano (d de Cohen = 0.77).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.2 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias	
Descripción de medidas	En un estudio, la gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias se midió usando la sub-escala Uso Personal de Sustancias Químicas (Personal Involvement with Chemicals, o "PIC" por sus siglas en inglés) de 29 preguntas, del Inventario de Experiencias Personales (Personal Experience Inventory, o "PEI" por sus siglas en inglés), un instrumento auto-administrado de 276 preguntas. La sub-escala PIC mide la extensión psicológica del uso de sustancias (por ejemplo, usar sustancias para relajarse o sentirse calmado), la extensión conductual del uso de sustancias (por ejemplo, usar sustancias durante todo el día, los fines de semana, o mientras está en la escuela), y las

	consecuencias relacionadas (por ejemplo, cancelar planes a fin de usar drogas) en el mes antes de la evaluación. En otro estudio, la gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias se midió usando la sub-escala Uso y Abuso de Sustancias (Substance Use and Abuse susbscale) de 17 preguntas, del Instrumento de Evaluación Orientado a Problemas para Adolescentes (Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers, o "POSIT" por sus siglas en inglés). POSIT es un instrumento de evaluación auto-administrado de 139 preguntas con respuestas sí/no, diseñado para identificar posibles áreas problemáticas que requieren de evaluaciones más profundas y/o posible tratamiento en 10 dominios funcionales que incluyen el abuso de sustancias, la salud mental, la salud física, las relaciones sociales (familia y compañeros), la situación educativa, y la situación vocacional.
Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes que satisficieron los criterios del DSM-IV para la dependencia de cannabis, alcohol y/u otras drogas, fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT o Terapia Cognitivo Conductual (Cognitive Behavioral Therapy, o "CBT" por sus siglas en inglés)— las cuales consistieron de sesiones semanales de 60 a 90 minutos de duración realizadas en un entorno de oficina de clínica ambulatoria. Los adolescentes en la condición de CBT recibieron terapia individual, aunque los padres asistieron a las dos primeras sesiones de tratamiento. Las sesiones de CBT primero buscaron priorizar los problemas y construir un "contrato" de tratamiento, y luego se enfocaron en la información/educación y en proporcionar capacitación sobre destrezas de resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de concluido el tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • La gravedad reportada de los problemas relacionados con el uso de sustancias disminuyó desde la admisión y a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses, independientemente de la condición de tratamiento ($p < 0.001$). • Los participantes en MDFT reportaron menos problemas relacionados con el uso de sustancias que los participantes en CBT durante los seguimientos hechos a los 6 meses ($p < 0.05$) y a los 12 meses ($p < 0.05$). Los tamaños de efecto para estas diferencias fueron pequeño (d de Cohen = 0.39) y mediano (d de Cohen = 0.59), respectivamente. En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros— las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de gestión de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), 6 semanas después de la admisión, a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de la admisión. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • El número de participantes que reportaron problemas relacionados con el uso de sustancias disminuyó en ambas condiciones de tratamiento a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses ($p < 0.05$). • Siendo ya bajos durante la admisión, los problemas reportados relacionados con el uso de sustancias disminuyeron más rápidamente para los participantes en MDFT en comparación con los participantes en la terapia de grupo de compañeros a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses ($p < 0.001$). Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto mediano (d de Cohen = 0.74). • Una proporción mas pequeña de participantes en MDFT que de participantes en la terapia de grupo de compañeros reportó problemas relacionados con el uso de sustancias mientras aun se encontraban en tratamiento ($p < 0.05$). Además, tuvieron dos veces más probabilidades que los participantes de la terapia de grupo de compañeros de no tener ningún problema relacionado con el uso de sustancias a la fecha del seguimiento hecho después de 12 meses (cociente de probabilidades = 2.2), una diferencia que refleja un tamaño de efecto pequeño.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 2, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.1 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Abstinencia del uso de sustancias	
Descripción de medidas	En dos estudios, la abstinencia del uso de sustancias se midió usando la entrevista TLFB adaptada para adolescentes. La entrevista TLFB usa un calendario y fechas clave como estimulantes de la memoria para calcular la frecuencia diaria del uso de sustancias durante el mes anterior. En un tercer estudio, la abstinencia del uso de sustancias se midió usando la Valoración Global de Necesidades Individuales (Global Appraisal of Individual Needs, o "GAIN" por sus siglas en inglés) y se definió por el número total de días de abstinencia a lo largo de cuatro periodos de seguimiento de 3 meses cada uno (a los 3, 6, 9 y 12 meses después de la admisión). La abstinencia también se definió por el porcentaje de participantes que reportaron, a los 30 meses después de la admisión, que o bien no tuvieron síntomas en el mes pasado (remisión de corto plazo) o no tuvieron síntomas el año pasado (remisión sostenida) de cualquier abuso o dependencia de sustancias. GAIN es una entrevista estandarizada, semi-estructurada con ocho secciones principales (antecedentes, uso de sustancias, salud física, conductas riesgosas, salud mental, entorno, legal, y vocacional) diseñada para apoyar el diagnóstico, la colocación, y el monitoreo del desenlace de pacientes y el análisis económico de una intervención. Los datos auto-reportados fueron confirmados por medio de análisis de orina durante la admisión y luego en las evaluaciones de seguimiento a los 3, 6, y 30 meses después de la admisión.
Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes que satisficieron los criterios del DSM-IV para la dependencia de cannabis, alcohol y/u otras drogas, fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT o Terapia Cognitivo Conductual (Cognitive Behavioral Therapy, o "CBT" por sus siglas en inglés)— las cuales consistieron de sesiones semanales de 60 a 90 minutos de duración realizadas en un entorno de oficina de clínica ambulatoria. Los adolescentes en la condición de CBT recibieron terapia individual, aunque los padres asistieron a las dos primeras sesiones de tratamiento. Las sesiones de CBT primero buscaron priorizar los problemas y construir un "contrato" de tratamiento, y luego se enfocaron en la información/educación y en proporcionar capacitación sobre destrezas de resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de concluido el tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Durante el seguimiento hecho a los 12 meses, una proporción más alta de participantes en MDFT que de participantes en CBT reportaron una abstinencia completa de cualquier uso de sustancia ($p = 0.022$). En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros— las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de gestión de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), 6 semanas después de la admisión, a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de la admisión. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • La proporción de jóvenes que reportaron abstinencia de todo uso de alcohol y drogas aumentó para los participantes en ambas condiciones de tratamiento durante el periodo de seguimiento de 12 meses ($p < 0.05$). En dos ensayos de un EAC, se compararon cinco intervenciones de tratamiento manualizadas para adolescentes con trastornos relacionados con el cannabis. El ensayo 1 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • Terapia de Refuerzo Motivacional (Motivational Enhancement Therapy, o "MET" por sus siglas en inglés)/CBT con 5 sesiones (MET/CBT5) • MET/CBT con 12 sesiones (MET/CBT12) • Red de Apoyo Familiar (Family Support Network, o "FSN" por sus siglas en inglés) El ensayo 2 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • MDFT • Enfoque de Refuerzo Comunitario para el Adolescente (Adolescent Community Reinforcement Approach, o "A-CRA" por sus siglas en inglés) • MET/CBT5 En ambos ensayos, se realizaron evaluaciones durante la admisión y durante los seguimientos hechos después de 3, 6, 9 y 12 meses. El ensayo 2 incluyó además un seguimiento a los 30 meses como parte de los Estudios de Efectos Persistentes del Tratamiento—Adolescentes (Persistent Effects of Treatment Studies—Adolescents, o "PETS-A" por sus siglas en inglés). Los hallazgos de estos ensayos incluyeron:

	• Los días de abstinencia total del uso de sustancias reportados por todos los participantes aumentaron 24% (de 52 a 65 días) entre la admisión y el seguimiento a los 3 meses, sin ninguna diferencia significativa por intervención. Se observaron ganancias similares en cada uno de los seguimientos subsiguientes (6, 9, y 12 meses después de la admisión), independientemente de la intervención, el sitio o la participación en el ensayo. A lo largo de los dos ensayos, los días totales de abstinencia de todo uso de sustancias reportados a lo largo de 12 meses variaron entre 251 y 269 días, sin diferencias significativas por intervención. • Durante el seguimiento hecho a los 30 meses, 37% de los participantes en MDFT reportaron no haber tenido síntomas de abuso o dependencia de sustancias durante el año pasado, comparados con 23% de los participantes en A-CRA y 29% de los participantes en MET/CBT5 (ensayo 2), sin diferencias significativas por intervención.
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 2, Estudio 3, Estudio 4
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.3 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 4: Retención del tratamiento	
Descripción de medidas	En un estudio, se midió la retención del tratamiento usando datos sobre la terminación voluntaria iniciada por el cliente después de la sesión 1 y antes de la sesión 14, o el rechazo del cliente de volver a someterse a la serie de evaluaciones posteriores al tratamiento. En otro estudio, la retención del tratamiento se definió por el porcentaje de participantes que completaron el tratamiento.
Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes que abusan de la marihuana y el alcohol fueron asignados a una de tres condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT, terapia de grupo para adolescentes (TGA), o intervención educativa multifamiliar (IEM)— las cuales consistieron de 14 a 16 sesiones de 90 minutos de duración, realizadas a lo largo de 5 a 6 meses en una oficina o clínica ambulatoria. MDFT usó un enfoque terapéutico familiar con familias individuales, mientras que IEM prestó servicios a grupos de tres o cuatro familias en un entorno psico-educativo más estructurado. TGA consistió de grupos de seis a ocho adolescentes liderados por dos terapeutas y enfatizó el desarrollo de destrezas sociales, autocontrol, autoaceptación, y destrezas de resolución de problemas. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • El porcentaje de participantes que completaron el tratamiento fue más alto para la condición de MDFT que para la condición de TGA (70% vs. 53%, $p = 0.03$). Las tasas de retención del tratamiento entre los dos tratamientos basados en las familias—MDFT (70%) e IEM (65%) — no fueron significativamente diferentes. En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales— MDFT o terapia de grupo de compañeros— las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de gestión de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Ninguno de los participantes en MDFT, comparados con el 7% de los participantes en la terapia de grupo de compañeros, dejaron de asistir a por lo menos una sesión de tratamiento. • El porcentaje de participantes que completaron el tratamiento fue más alto en la condición de MDFT que en la condición de terapia de grupo de compañeros (97% vs. 72%, $p < 0.05$).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental

Índice de calidad de la investigación	3.3 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 5: Recuperación del uso de sustancias	
Descripción de medidas	La recuperación del uso de sustancias se midió por el porcentaje de adolescentes que viven en la comunidad (en lugar de vivir en una instalación correccional, programa de tratamiento hospitalario, u otro entorno controlado) y que reportaron no haber usado o abusado sustancias en el mes pasado, o no tener problemas de dependencia durante las entrevistas a los 12 y a los 30 meses. Para el 6% de los adolescentes que no completaron el seguimiento a los 12 meses, se usaron los datos de su último seguimiento para determinar su estado de recuperación.
Hallazgos clave	En dos ensayos de un EAC, se compararon cinco intervenciones de tratamiento manualizadas para adolescentes con trastornos relacionados con el cannabis. El ensayo 1 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • Terapia de Refuerzo Motivacional (Motivational Enhancement Therapy, o "MET" por sus siglas en inglés)/CBT con 5 sesiones (MET/CBT5) • MET/CBT con 12 sesiones (MET/CBT12) • Red de Apoyo Familiar (Family Support Network, o "FSN" por sus siglas en inglés) El ensayo 2 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • MDFT • Enfoque de Refuerzo Comunitario para el Adolescente (Adolescent Community Reinforcement Approach, o "A-CRA" por sus siglas en inglés) • MET/CBT5 En ambos ensayos, se realizaron evaluaciones durante la admisión y durante los seguimientos hechos después de 3, 6, 9 y 12 meses. El ensayo 2 incluyó además un seguimiento a los 30 meses como parte de los Estudios de Efectos Persistentes del Tratamiento—Adolescentes (Persistent Effects of Treatment Studies—Adolescents, o "PETS-A" por sus siglas en inglés). Los hallazgos de estos ensayos incluyeron: • El porcentaje de participantes que reportaron estar en recuperación durante el seguimiento hecho a los 12 meses mostró pequeñas diferencias dependiendo de la asignación de intervención, pero después de tomar en cuenta el sitio y el estado de recuperación en el mes antes de la admisión, las diferencias no fueron significativas. Diecinueve por ciento de los participantes en MDFT reportaron que se encontraban en recuperación durante el seguimiento a los 12 meses, comparados con 34% de los participantes en A-CRA, 23% de los participantes en MET/CBT5 (ensayo 2), 28% de los participantes en MET/CBT5 (ensayo 1), 17% de los participantes en MET/CBT12, y 22% de los participantes en FSN. • Durante el seguimiento hecho a los 30 meses, 26% de los participantes en MDFT reportaron encontrarse en recuperación durante el mes pasado, comparados con 27% de los participantes en A-CRA y 13% de los participantes en MET/CBT5 (ensayo 2).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 4
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.8 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 6: Factores de riesgo para el uso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas	
Descripción de medidas	Un estudio midió los factores de riesgo individuales y familiares: • Los factores individuales de riesgo, definidos como conductas problemáticas observadas por los padres, se midieron usando la sub-escala de Conductas Impulsivas (Acting Out Behaviors, o "AOB" por sus siglas en inglés) de la Escala de Calificación de la Conducta Adolescente de Devereux (Devereux Adolescent Behavior Rating Scale), la cual fue administrada al padre principal de cada adolescente. La Escala de Calificación de la Conducta Adolescente es una escala de 40 preguntas usada para determinar si las conductas de un adolescente reflejan

	graves trastornos emocionales o conductuales. • Los factores familiares de riesgo se midieron usando la Escala Global de Patología de la Salud (Global Health Pathology Scale) de las Escalas de Competencia de Interacción Beavers (Beavers Interactional Competence Scales). La Escala Global de Patología de la Salud califica el funcionamiento familiar usando una escala de 10 puntos que va desde el 1 (funcionamiento óptimo) al 10 (gravemente disfuncional). Para cada participante, asistentes de investigación capacitados calificaron una videograbación de las interacciones familiares alrededor de tres escenarios familiares: planeando un menú para la cena, discutiendo lo que les gusta o no les gusta a los miembros familiares sobre cada uno de ellos y hablando sobre una discusión o pelea familiar. Otro estudio midió los factores de riesgo individuales, familiares, escolares y de los compañeros: • Los factores individuales de riesgo se midieron usando el Auto Reporte Juvenil de Achenbach (Achenbach Youth Self-Report, o "YSR" por sus siglas en inglés) y la Escala General de Angustia Mental (General Mental Distress Scale) del GAIN. YSR es un instrumento auto-administrado para medir los síntomas conductuales de interiorización (ansiedad, tristeza, retraimiento, y quejas somáticas) y síntomas conductuales de exteriorización (agresión, hiperactividad, incumplimiento, y delincuencia) en jóvenes de 11 a 18 años de edad. La Escala de Angustia Mental General es una de seis sub-escalas de la Escala de Angustia Mental Interna (Internal Mental Distress Scale) del GAIN, una escala de 43 preguntas que mide los síntomas de interiorización y exteriorización en los jóvenes mayores de 11 años de edad. GAIN es una entrevista estandarizada, semi-estructurada con ocho secciones principales (antecedentes, uso de sustancias, salud física, conductas riesgosas, salud mental, entorno, legal, y vocacional), diseñada para apoyar el diagnóstico, la colocación, y el monitoreo del desenlace de pacientes y el análisis económico de una intervención. • Los factores familiares de riesgo y de protección se midieron usando la Escala de Entorno Familiar de Moos (Moos Family Environment Scale, o "FES" por sus siglas en inglés) y la Entrevista Diaria para Adolescentes (Adolescent Daily Interview, o "ADI" por sus siglas en inglés). La FES de Moos es un cuestionario auto-administrado de 90 preguntas completado por el padre y el adolescente sobre 10 dimensiones del ambiente familiar, tales como la cohesión familiar, la expresividad, el conflicto, y la orientación al logro. Adaptada del Reporte Diario para Adolescentes (Adolescent Daily Report) del *Oregon Social Learning Center*, la ADI es una lista de verificación auto-reportada de interacciones familiares específicas durante las últimas 24 horas (por ejemplo, "¿Tus padres te hablaron antes de salir de la casa en la mañana?"). La ADI se administró a los adolescentes por teléfono en 3 días dentro de un periodo de 1 semana de cada evaluación. • Los factores de riesgos relacionados con los compañeros se midieron usando la sub-escala de Delincuencia de los Compañeros (Peer Delinquency subscale) de la Encuesta Nacional de la Juventud (National Youth Survey, o "NYS" por sus siglas en inglés), una encuesta estructurada para jóvenes entre los 11 y 17 años. La sub-escala de Delincuencia de los Compañeros se usó para medir la asociación del adolescente con compañeros mal encaminados. • Los factores escolares de riesgo se midieron usando la Entrevista para Adolescentes del Centro para la Investigación de Tratamientos sobre el Abuso de Drogas por Adolescentes (Adolescent Interview from the Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse, o "CTRADA" por sus siglas en inglés). La Entrevista para Adolescentes mide el grado en que los adolescentes experimentan una variedad de problemas relacionados con la escuela, tanto en las dimensiones académicas (por ejemplo, poca motivación para desempeñarse bien, las clases son muy difíciles, no hace la tarea), como en las dimensiones conductuales (por ejemplo, faltarse clases, problemas con los maestros, perturbar las clases, tener que ser disciplinado por el director).
Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes que abusan de la marihuana y el alcohol fueron asignados a una de tres condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT, terapia de grupo para adolescentes (TGA), o intervención educativa multifamiliar (IEM)— las cuales consistieron de 14 a 16 sesiones de 90 minutos de duración, realizadas a lo largo de 5 a 6 meses en una oficina o clínica ambulatorias. MDFT usó un enfoque terapéutico familiar con familias individuales, mientras que IEM prestó servicios a grupos de tres o cuatro familias en un entorno psico-educativo más estructurado. TGA consistió de grupos de seis a ocho adolescentes liderados por dos terapeutas y enfatizó el desarrollo de destrezas sociales, autocontrol, autoaceptación, y destrezas de resolución de problemas. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de concluido el tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Los problemas de conducta reportados por los padres (sub-escala AOB) disminuyeron para los participantes en las tres condiciones de tratamiento desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento ($p = 0.0006$) y en los periodos de seguimiento después de 6 y 12 meses ($p = 0.001$). • Durante la admisión, los adolescentes asignados a IEM recibieron calificaciones de competencia familiar más altas (Escala Global de Patología de la Salud) comparados con aquellos asignados a MDFT ($p = 0.03$). Comparados con los participantes en IEM o TGA, las

	calificaciones para los participantes en MDFT aumentaron desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento (p = 0.01) y en los periodos de seguimiento después de 6 y 12 meses (p = .002). En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros—las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de gestión de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), 6 semanas después de la admisión, a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de la admisión. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Aunque los síntomas de exteriorización (YSR) disminuyeron desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento entre los participantes en ambas condiciones (p < 0.001), ellos disminuyeron más rápidamente entre los participantes en MDFT (p < 0.05). • Los participantes en ambas condiciones de tratamiento reportaron menos síntomas de interiorización (YSR) desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento (p < 0.001). • Aunque el estrés interiorizado reportado (Escala de Angustia Mental General del GAIN) disminuyó a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses entre los participantes en ambas condiciones, disminuyó más rápidamente entre los participantes en MDFT (p < 0.01), una diferencia asociada con un tamaño de efecto mediano (d de Cohen = 0.54). • Desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento, la cohesión familiar reportada (FES de Moos) aumentó entre los participantes en MDFT y disminuyó entre los participantes de la terapia de grupo de compañeros (p < 0.001). • Los participantes en MDFT tuvieron mayores mejorías en las interacciones familiares reportadas (ADI) durante el tratamiento que los participantes en la terapia de grupo de compañeros (p < 0.05), una diferencia asociada con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen = 0.27). Este hallazgo perduró a lo largo de los seguimientos hechos después de 6 y 12 meses, pero no fue estadísticamente significativo. • Aunque la asociación reportada con compañeros delincuentes (sub-escala de Delincuencia de los Compañeros de NYS) disminuyó desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento entre los participantes en ambas condiciones (p < 0.001), disminuyó más rápidamente entre los participantes en MDFT (p < 0.01), una diferencia asociada con un tamaño de efecto mediano (d de Cohen = 0.67). Ambos hallazgos perduraron a lo largo de los seguimientos hechos después de 6 y 12 meses, pero no fueron estadísticamente significativos. • Los autoreportes de conductas perturbadoras en la escuela (Entrevista para Adolescentes de CTRADA) disminuyeron desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento entre los participantes en ambas condiciones (p < 0.001), pero los participantes en MDFT reportaron menos incidencias de perturbaciones escolares que los participantes en la terapia de grupo de compañeros a lo largo del periodo de tratamiento (p < 0.01). • Los autoreportes de los participantes sobre los problemas académicos y de conducta escolar (Entrevista para Adolescentes de CTRADA) disminuyeron desde la admisión hasta la conclusión del tratamiento en ambas condiciones de tratamiento (p < 0.001).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.5 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 7: Desempeño escolar	
Descripción de medidas	En un estudio, el desempeño escolar se midió usando el promedio de calificaciones académicas (grade point average, o “GPA” por sus siglas en inglés). En otro estudio, se midió el desempeño escolar usando el GPA académico, el GPA de la conducta (que refleja el funcionamiento no académico, como el esfuerzo, la participación, y el comportamiento), y la frecuencia de ausencias escolares.

Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes que abusan de la marihuana y el alcohol fueron asignados a una de tres condiciones de tratamiento basadas en manuales—MDFT, terapia de grupo para adolescentes (TGA), o intervención educativa multifamiliar (IEM)— las cuales consistieron de 14 a 16 sesiones de 90 minutos de duración, realizadas a lo largo de 5 a 6 meses en una oficina o clínica ambulatorias. MDFT usó un enfoque terapéutico familiar con familias individuales, mientras que IEM prestó servicios a grupos de tres o cuatro familias en un entorno psico-educativo más estructurado. TGA consistió de grupos de seis a ocho adolescentes liderados por dos terapeutas y enfatizó el desarrollo de destrezas sociales, autocontrol, autoaceptación, y destrezas de resolución de problemas. Se obtuvieron los registros académicos para el semestre inmediatamente anterior al tratamiento, el semestre inmediatamente después del tratamiento, y durante el periodo de seguimiento entre 6 y 12 meses después del tratamiento. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Durante el seguimiento hecho después de 12 meses, 76% de los participantes en MDFT tuvieron un GPA de por lo menos 2.0 (un promedio de C o mejor), en comparación con 60% de los participantes en TGA y 40% de los participantes en IEM ($p = 0.05$). En otro EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros—las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían disponibles servicios de gestión de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo Terapia Cognitivo Conductual (CBT) para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se obtuvieron los registros escolares para un periodo de calificación antes del ingreso al estudio y para cuatro periodos de calificación posteriores al ingreso al estudio. Los hallazgos de este estudio incluyeron: • Desde la admisión hasta el seguimiento hecho después de 12 meses de concluir el tratamiento, el GPA de la conducta mejoró para los participantes en MDFT y empeoró para los participantes en la terapia de grupo de compañeros ($p < 0.05$), una diferencia asociada con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen = 0.21). • Los participantes en MDFT tuvieron tasas de ausentismo escolar estables a lo largo del periodo de seguimiento de 12 meses, comparados con los participantes de la terapia de grupo de compañeros, quienes mostraron tasas crecientes de ausentismo ($p < 0.05$). Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto pequeño. (d de Cohen = 0.35).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1, Estudio 3
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	2.9 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 8: Delincuencia	
Descripción de medidas	La delincuencia se midió usando la Escala de Delincuencia Auto-reportada (Self-Report Delinquency, o "SRD" por sus siglas en inglés) de la Encuesta Nacional de la Juventud (National Youth Survey), que mide conductas delincuentes/criminales en cinco sub-escalas: delincuencia total, robo general, crímenes en contra de las personas, ofensas índice, y venta de drogas. Los datos de la encuesta fueron suplementados con expedientes de arresto y estado de libertad condicional del sistema de justicia juvenil.
Hallazgos clave	En un EAC, adolescentes derivados a una clínica ambulatoria comunitaria de tratamiento para el abuso de drogas fueron asignados a una de dos condiciones de tratamiento basado en manuales—MDFT o terapia de grupo de compañeros—las cuales consistieron de sesiones de 90 minutos, dos veces por semana a lo largo de 3 a 4 meses. Las sesiones de MDFT se realizaron por la mayor parte en el domicilio, mientras que las sesiones de terapia de grupo de compañeros se realizaron principalmente en oficinas de clínicas ambulatorias. Ambas condiciones tenían servicios disponibles de administración de casos para los adolescentes. La terapia de grupo de compañeros usó un modelo CBT para el tratamiento del abuso de sustancias, con un terapeuta liderando las sesiones de grupo de cuatro a seis jóvenes en la capacitación de destrezas inter e intrapersonales. Se realizaron evaluaciones durante la admisión (evaluación inicial de referencia), 6 semanas después de la admisión, a la conclusión del tratamiento, y 6 y 12 meses después de la admisión. Se obtuvieron expedientes suplementarios del sistema de justicia juvenil para el año anterior a la admisión al tratamiento y también para el año siguiente a la admisión. Los hallazgos de este estudio incluyeron:

	• Durante el periodo de seguimiento después de 12 meses, el número reportado de actos delictivos disminuyó más rápidamente para los participantes en MDFT que para los participantes en la terapia de grupo de compañeros ($p < 0.05$), una diferencia que estuvo asociada con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen = 0.31). • Comparados con los participantes en la terapia de grupo de compañeros, los participantes en MDFT tuvieron menos probabilidades de ser arrestados (44% vs. 23%, $p = 0.037$) o de ser colocados en libertad condicional (30% vs. 10%, $p = 0.022$) durante los 12 meses de seguimiento. Estas diferencias reflejan un tamaño de efecto de pequeño a mediano (cociente de probabilidades = 2.73 y 4.35, respectivamente).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 3
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.6 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 9: Relación costo-eficacia	
Descripción de medidas	La relación costo-eficacia se midió por el costo promedio diario de un adolescente que logra la abstinencia del uso de sustancias y un adolescente en recuperación 12 meses luego de la admisión. La abstinencia del uso de sustancias se midió usando el GAIN y se definió por el número total de días de abstinencia durante el periodo de 12 meses después de la admisión. La recuperación se definió como vivir en la comunidad (en lugar de vivir en una instalación correccional, programa de tratamiento hospitalario, u otro entorno controlado) y que reportaron no haber usado o abusado sustancias en el mes pasado, o no tener problemas de dependencia durante el seguimiento hecho después de 12 meses. Los estimados de costos se basaron en datos recolectados usando el Programa de Análisis de Costos del Tratamiento para el Abuso de Drogas (Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program, o "DATCAP" por sus siglas en inglés), que mide los costos tanto contables como de oportunidad de un programa de tratamiento del abuso de sustancias basándose en principios económicos estándar. DATCAP fue suplementado con registros de contacto de servicio completados por los terapeutas y encargados de casos.
Hallazgos clave	En dos ensayos de un EAC, se compararon cinco intervenciones de tratamiento manualizadas para adolescentes con trastornos relacionados con el cannabis. El ensayo 1 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • Terapia de Refuerzo Motivacional (Motivational Enhancement Therapy, o "MET" por sus siglas en inglés)/Terapia Cognitivo Conductual (CBT) con 5 sesiones (MET/CBT5) • MET/CBT con 12 sesiones (MET/CBT12) • Red de Apoyo Familiar (Family Support Network, o "FSN" por sus siglas en inglés) El ensayo 2 comparó las siguientes intervenciones en dos sitios: • MDFT • Enfoque de Refuerzo Comunitario para el Adolescente (Adolescent Community Reinforcement Approach, o "A-CRA" por sus siglas en inglés) • MET/CBT5 En ambos ensayos, se realizaron evaluaciones durante la admisión y durante los seguimientos hechos después de 3, 6, 9 y 12 meses. Los hallazgos de estos ensayos incluyeron: • En los dos sitios de ensayo, el costo promedio por día de abstinencia para los participantes en MDFT era $10.38, comparado con $6.62 para los participantes en A-CRA y $9.00 para los participantes en MET/CBT5. Sólo uno de los dos sitios en el ensayo 2 mostró una diferencia de condición significativa entre MDFT y A-CRA ($12.79 vs. $8.09, $p < 0.05$), una diferencia que refleja un tamaño de efecto pequeño (f de Cohen = 0.23). • En el ensayo 2, el costo promedio por participante en recuperación durante el seguimiento hecho después de 12 meses fue de $7,615 y varió significativamente por condición después de tomar en cuenta el sitio y el estado de recuperación en el mes antes de la admisión ($p < 0.05$). En promedio, el costo de un participante en MDFT en recuperación durante el seguimiento hecho a los 12 meses fue de $11,775, comparado con $4,460 para un participante en A-CRA y $6,611 para un participante en MET/CBT5. Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto grande (f de Cohen = 0.78).

Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 4
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.5 (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)	80.2% Masculino 19.8% Femenino	51.1% Blanco 18.1% Afro americano 14.8% Hispano o Latino 9.9% Raza/origen étnico no especificado 6% Asiático
Estudio 2	13-17 (Adolescencia)	81.3% Masculino 18.8% Femenino	71.9% Afro americano 17.9% Blanco 10.3% Hispano o Latino
Estudio 3	6-12 (Niñez) 13-17 (Adolescencia)	72.5% Masculino 27.5% Femenino	48.8% Afro americano 42.5% Hispano o Latino 5% Raza/origen étnico no especificado 3.8% Blanco
Estudio 4	13-17 (Adolescencia)	83% Masculino 17% Femenino	61% Blanco 30% Afro americano 5% Raza/origen étnico no especificado 4% Hispano o Latino

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

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27(4), 651-688. PubMed

Estudio 2

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. Addiction, 103(10), 1660-1670. PubMed

Estudio 3

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (1), 12-25. PubMed

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment. Journal of Psychoactive Drugs, 36(1), 49-63. PubMed

Estudio 4

Dennis, M. (2002, August). 30 month findings from the Cannabis Youth Treatment (CYT) randomized field experiment. Presented at the 110th annual conference of the American Psychological Association, Chicago, IL.

Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. Journal of Substance Abuse Treatment, 27(3), 197-213.

Materiales Suplementarios

Allen, J. P., & Wilson, V. B. (Eds.). (2003). Alcohol Timeline Followback (TLFB). In Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers (pp. 301-305). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Allen, J. P., & Wilson, V. B. (Eds.). (2003). Personal Experience Inventory (PEI). In Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers (pp. 511-513). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Dennis, M. L., Funk, R., Godley, S. H., Godley, M. D., & Waldron, H. (2004). Cross-validation of the alcohol and cannabis use measures in the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) and Timeline Followback (TLFB; Form 90) among adolescents in substance abuse treatment. Addiction, 99(Suppl. 2), 120-128.

Dennis, M. L., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F. M., et al. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design, and analysis plans. Addiction, 97(Suppl. 1), 16-34.

French, M. T., Roebuck, M. C., Dennis, M. L., Diamond, G., Godley, S. H., Tims, F., et al. (2002). The economic cost of outpatient marijuana treatment for adolescents: Findings from a multi-site field experiment. Addiction, 97(Suppl. 1), 84-97.

Liddle, H. A., & Hogue, A. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In E. Wagner & H. Waldron (Eds.), Innovations in adolescent substance abuse interventions (pp. 229-261). St. Louis, MO: Elsevier Science.

Personal Experience Inventory (PEI). (n.d.). Retrieved March 27, 2008, from the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Web site: http://www.eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index4370EN.html

Schmidt, S. E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. Journal of Family Psychology, 10(1), 12-27.

Timeline Followback Method (Alcohol). (n.d.). Retrieved March 27, 2008, from the Healthy Lifestyles Guided Self-Change Program, Center for Psychological Studies, Nova Southeastern University Web site: http://www.nova.edu/gsc/forms/TLFBAL_overview.doc

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: Uso de sustancias	3.8	3.8	3.5	2.6	2.6	2.9	**3.2**
2: Gravedad de los problemas relacionados con el uso de sustancias	3.2	2.9	3.6	2.9	3.1	3.0	**3.1**
3: Abstinencia del uso de sustancias	3.8	3.7	3.5	2.9	3.0	2.9	**3.3**
4: Retención del tratamiento	3.2	2.7	3.8	3.0	3.7	3.7	**3.3**
5: Recuperación del uso de sustancias	4.0	3.9	4.0	4.0	3.6	3.5	**3.8**

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
6: Factores de riesgo para el uso continuo de sustancias y otras conductas problemáticas	3.6	3.5	4.0	3.0	3.5	3.4	**3.5**
7: Desempeño escolar	2.6	2.8	4.0	2.2	3.1	3.0	**2.9**
8: Delincuencia	3.0	3.0	4.0	3.9	3.8	3.8	**3.6**
9: Relación costo-eficacia	3.3	3.5	3.9	3.5	3.5	3.5	**3.5**

Fortalezas del Estudio

Dos de los estudios usaron escalas auto-administradas que han demostrado tener sólidas propiedades psicométricas cuando se usan con grupos similares. En un estudio, la medida de desenlace para el uso de sustancias fue una calificación entre tres fuentes de datos—autoreportes, reportes colaterales (por un padre), y análisis de orina—determinada por terapeutas con una alta concordancia entre observadores quienes eran “cegados” a la fase de asignación de condiciones y evaluación. El mismo estudio tuvo una alta concordancia entre observadores entre los asistentes de investigación que calificaron los factores familiares de riesgo después de observar videograbaciones de las interacciones familiares. La información sobre factores personales y familiares de riesgo, desempeño escolar, conductas impulsivas, y delincuencia suplementaron los desenlaces clave que suelen abordar en estudios de tratamientos para el abuso de sustancias en los adolescentes. La fidelidad de la intervención fue sólida para los cuatro estudios, con índices excelentes de participación y seguimiento en dos de los estudios.

Debilidades del Estudio

En dos de los cuatro estudios los índices de abandono fueron altos, y no estuvo claro cuántos participantes estuvieron realmente expuestos a una dosis mínima de cada condición de tratamiento. En un estudio, los investigadores no distinguieron entre el abandono del tratamiento (retención del tratamiento) y el abandono del estudio de investigación (falta de datos), una variable de confusión que se complicó a causa de una falta de discusión sobre cómo se tomo en cuenta la falta de datos en los análisis.

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

Formularios:

- Adolescent/Family Needs Assessment (Evaluación de las necesidades del adolescente y la familia)
- Case Conceptualization Form (Formulario de conceptualización de casos)
- Daily School Attendance Record (Registro de asistencia escolar diaria)
- Extrafamilial Assessment in Stage One (Evaluación extra-familiar en etapa uno)
- Guidance Study Therapist Practice Scales, Therapist Version (Escalas de práctica de terapeutas del estudio de orientación, versión del terapeuta)
- MDFT Intervention Inventory Rating Form (Formulario de calificación del inventario de la intervención MDFT)
- MDFT--The First Session Standard Planning Sheet (Hoja de planificación estándar de la primera session de MDFT)
- MDFT Therapist Assistant Task List (Lista de tareas del asistente del terapeuta de MDFT)
- MDFT Therapist Session Planning and Implementation Log (Registro de planificación e implementación de sesiones del terapeuta de MDFT)
- MDFT Weekly Case Summary Form (Formulario de resumen semanal de casos de MDFT)
- Therapist Assistant Logs (Registros de los asistentes de terapeutas)
- Therapist Behavior Rating Scale, 6th Version (TBRS-6) (2004, September 13) (Escala del terapeuta de calificaciones de la conducta, versión 6 [13 de septiembre de 2004])

- Therapist Intervention Inventory, Version 2 (2008, September 11) (Inventario de intervención del terapeuta, versión 2 [11 de septiembre de 2008])

Lineamientos para trabajar con clientes afro americanos

Lineamientos para trabajar con clientes inmigrantes hispanos y haitianos

Hogue, A., Dauber, S., Chinchilla, P., Fried, A., Henderson, C., Inclan, J., et al. (2008). Assessing fidelity in individual and family therapy for adolescent substance abuse. Journal of Substance Abuse Treatment, 35(2), 137-147.

Hogue, A., Dauber, S., Samuolis, J., & Liddle, H. A. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. Journal of Family Psychology, 20(4), 535-543.

Hogue, A., Liddle, H. A., Dauber, S., & Samuolis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescent substance abuse. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41(2), 83-96.

Hogue, A., Liddle, H. A., Rowe, C., Turner, R. M., Dakof, G. A., & LaPann, K. (1998). Treatment adherence and differentiation in individual versus family therapy for adolescent substance abuse. Journal of Counseling Psychology, 45(1), 104-114.

Hogue, A., Liddle, H. A., Singer, A., & Leckrone, J. (2005). Intervention fidelity in family-based prevention counseling for adolescent problem behaviors. Journal of Community Psychology, 33(2), 191-211.

Introducción al centro de aprendizaje en línea de MDFT

Introducción al programa PDA en línea de MDFT

Liddle, H. A. (2007). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse and delinquency: Treatment manual. Miami, FL: University of Miami, Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse.

Liddle, H. A. (n.d.). Multidimensional therapy means multidimensional training and supervision [diapositivas en PowerPoint].

Hoja informativa de MDFT

Guía de la intervención de MDFT

Lineamientos de sesiones 1-6 de MDFT

Suplementos de sesiones A-E de MDFT

Preguntas de pruebas y evaluaciones de MDFT

Visión general del programa de capacitación de MDFT (15 de enero de 2008)

Capacitación de MDFT: orientación y lista de verificación del sitio

Sitio Web del programa, http://www.med.miami.edu/ctrada/x64.xml

Manual de calificaciones para la escala del terapeuta de calificaciones de la conducta, versión 6 (TBRS-6) (28 de septiembre de 2004)

Lineamientos de autosupervisión para terapeutas

University of Miami, Center for Treatment Research on Adolescent Drug Abuse. (2005). Getting connected: A practical guide for families. Miami, FL: Author.

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 Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	4.0	2.8	**3.6**

Fortalezas de la Diseminación

Los materiales de implementación explican exhaustivamente los conceptos programáticos y terapéuticos clave de esta intervención. Los guiones de sesiones de muestra son útiles para mostrar cómo se estructuran e implementan las sesiones. La capacitación exhaustiva y el proceso de certificación se adaptan a una variedad de niveles de destreza del terapeuta. Se realiza una evaluación del sitio antes de la capacitación para personalizar la capacitación. Hay amplios recursos de apoyo disponibles para los implementadores. Hay disponibles varias herramientas, incluyendo los formularios de planificación de sesiones, registros de implementación y medidas de fidelidad para apoyar la garantía de la calidad.

Debilidades de la Diseminación

Se ofrece muy poca orientación sobre cómo evaluar los desenlaces de los clientes. No se describe un plan general para implementar procesos de garantía de la calidad.

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
Kits de análisis de orina (instantáneo)	Varía	Sí
Certificación del terapeuta (incluye todos los materiales de implementación, consultas de casos, revisión de DVD, supervisión en vivo, calificaciones de las sesiones grabadas, monitoreo de la adherencia)	$4,500 por persona	Sí
Certificación del terapeuta/supervisor (incluye todos los materiales de implementación, consultas de casos, revisión de DVD, supervisión en vivo, calificaciones de las sesiones grabadas, monitoreo de la adherencia)	$6,500 por persona	Sí
Capacitación anual de refuerzo de 1 a 3 días de duración	$1000 por día más gastos de viaje	Sí
Re-certificación anual del terapeuta supervisor	Alrededor de $300 por persona	Sí
Consulta de implementación previa a la capacitación	Gratis	Sí

Información Adicional

Aunque los costos iniciales varían por ubicación geográfica, cada sitio que implementa MDFT debe tener por lo menos dos terapeutas con nivel de maestría a tiempo completo y un encargado de casos con nivel universitario o para-profesional a medio tiempo. Otros costos iniciales están asociados con teléfonos celulares para los terapeutas y el encargado de casos, los kits de análisis de orina para los análisis de detección de drogas, transporte de tierra para realizar las sesiones a domicilio, y equipo audiovisual (cámara de video, trípode, videocintas digitales, y grabador digital de audio) para grabar y revisar las sesiones. El costo por joven por episodio de tratamiento varía desde $2,000 a $9,000, dependiendo de los salarios locales, costos administrativos, la gravedad del problema del joven y la duración del tratamiento, y otros factores.

Replicaciones

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

* Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. Journal of Substance Abuse Treatment, 27(3), 197-213.

Hogue, A., Liddle, H. A., Becker, D., & Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. Journal of Community Psychology, 30(1), 1-22.

* Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 27(4), 651-688. PubMed

* Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, R. M., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2008). Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. Addiction, 103(10), 1660-1670. PubMed

Liddle, H. A., Jackson-Gilfort, A., & Marvel, F. A. (2006). An empirically supported and culturally specific engagement and intervention strategy for African American adolescent males. American Journal of Orthopsychiatry, 75(2), 215-225. PubMed

* Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). Early intervention for adolescent substance abuse: Pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing Multidimensional Family Therapy and peer group treatment. Journal of Psychoactive Drugs, 36(1), 49-63. PubMed

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A., & Greenbaum, P. E. (2006). Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting. American Journal on Addictions, 15(Suppl. 1), 102-112. PubMed

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Quille, T. J., Dakof, G. A., Mills, D. S., Sakran, E., et al. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. Journal of Substance Abuse Treatment, 22(4), 231-243. PubMed

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional Family Therapy for Young adolescent substance abuse: Twelve month outcomes of a randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(1), 12-25. PubMed

Henderson, C. E., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Hawes, S. W., & Liddle, H. A. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of Multidimensional Family Therapy. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 35(4), 220-226.

Información de Contactos

Para más información sobre la implementación:

Gayle A. Dakof, Ph.D.
(305) 243-3656
gdakof@med.miami.edu

Para más información sobre la investigación:

Howard A. Liddle, Ed.D., ABPP
(305) 243-5851
hliddle@med.miami.edu

Considere estas Preguntas a Formular (PDF, 54KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Sitio(s) Web:

- http://www.med.miami.edu/ctrada

La revisión de esta intervención por parte del NREPP fue financiada por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (“Center For Substance Abuse Treatment”, CSAT por sus siglas en Inglés)

Este PDF se generó a partir de http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=16, el 21 de mayo de 2012