

Tratamiento Multidimensional de Acogimiento Familiar: Una Alternativa al Tratamiento Residencial para Niños, Niñas y Adolescentes en Alto-Riesgo

Philip A. Fisher. University of Oregon and Oregon Social Learning Center, USA
Kathryn S. Gilliam. University of Oregon, USA

Ésta es un versión traducida al español del original en inglés Multidimensional Treatment Foster Care: An Alternative to Residential Treatment for High Risk Children and Adolescents.

Para referenciar, citar el original como: Philip A. Fisher y Kathryn S. Gilliam (2012). Multidimensional Treatment Foster Care: An Alternative to Residential Treatment for High Risk Children and Adolescents *Psychosocial Intervention*, 21, 195-203. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v21a20>

Resumen. Este programa describe el programa “Tratamiento Multidimensional de Acogimiento Familiar” (MTFC), una práctica basada en la evidencia que proporciona tratamiento a niños, niñas y adolescentes muy problemáticos y que constituye una alternativa al acogimiento residencial. Se han desarrollado y validado diferentes versiones del programa MTFC para niños y niñas con historia de maltrato infantil así como para niños y niñas más mayores y adolescentes involucrados en el sistema de justicia juvenil. En el artículo se describe el desarrollo del programa MTFC y sus bases teóricas, que se inspiran en el modelo de aprendizaje social que se originó en el Oregon Social Learning Center en las décadas de los años 1960 y 1970. Se presenta información de los principales elementos del programa y se revisa la investigación más importante que se ha llevado a cabo con el MTFC.

Palabras clave: acogimiento familiar, jóvenes infractores, multidimensional treatment foster care, problemas de conducta, tratamiento.

Cuando los niños muestran conductas problemáticas tales como la agresión, el desafío, dificultades en las relaciones sociales con iguales, conflicto con los padres, o mal comportamiento en el colegio, habitualmente son derivados a tratamiento por psicoterapeutas. Desde hace bastante tiempo se reconoce que, ya que los niños viven en un entorno de relaciones familiares, podría ser efectivo no sólo tratar a los propios niños por este tipo de problemas, sino también trabajar con sus familias (Forehand, King, Peed, y Yoder, 1975; Snyder, 1977; Patterson, 1982; Patterson, 2002). Por ello, muchos programas, incluyendo algunos de los presentados en este monográfico, han sido desarrollados para tratar a los niños desde una perspectiva basada en la familia. Muchos de estos programas se desarrollaron a partir del modelo de aprendizaje social promulgado por Gerald Patterson et al. en el Oregon Social Learning Center y que se inició en los años 60 (Patterson y Fagot, 1967; Patterson, 1982; Patterson, Debaryshe, y Ramsey, 1989). Este enfoque, que se desarrolló a partir de una extensa investigación longitudinal de las familias, se centra en elementos clave de la crianza que han demostrado ser altamente predictivos de conducta problemática en niños y adolescentes (Loeber y Dishion, 1983; Patterson, Dishion, y Bank, 1984). En concreto, el uso de una disciplina severa e incoherente, la falta de refuerzo positivo ante conductas pro-sociales y el fracaso en un control y supervisión adecuados del niño tanto en el hogar como en la comunidad más amplia, son objetivos clave en estos enfoques de intervención (Patterson y Forgatch, 1987; Forgatch y Patterson, 1989). En numerosos estudios que evalúan estas intervenciones se ha observado un impacto positivo en una variedad de resultados, incluyendo una reducción general en comportamientos aversivos y una mejora en prácticas parentales clave (por ejemplo, Patterson, 1974; Wiltz y Patterson, 1974; Webster-Stratton, 1985; Patterson, Chamberlain, y Reid, 1982; Patterson y Fleischman, 1979; Bank, Patterson, y Reid, 1987; Patterson, 2005).

En los Estados Unidos y en otros países, durante las últimas dos o tres décadas, ha aumentado el convencimiento de que las intervenciones diseñadas para abordar conductas infantiles problemáticas deben estar basadas en la evidencia (Alvarez y Ollendick, 2003; Ollendick y King, 2004). Para estar basados en la evi-

dencia, los programas deben ser evaluados mediante sólidas metodologías empíricas (Eyberg, Nelson, y Boggs, 2008). Entre los enfoques con mayor rigurosidad científica para establecer una base de evidencia está el uso de ensayos clínicos aleatorizados (Chambless y Hollon, 1998). En este contexto, los individuos son asignados al azar o bien al grupo que recibe la intervención, o bien al grupo que recibe un tratamiento alternativo (frecuentemente estos últimos consisten en servicios habituales de la comunidad o intervenciones que proporcionan cantidades similares de dosis sin el contenido de la intervención que se está evaluando). Los resultados de interés son examinados tanto antes como después de la intervención, y en muchos casos en ciertos periodos de tiempo tras la finalización de la intervención. Cuando los niños que reciben la intervención muestran resultados más positivos que aquellos que no la reciben, se comienza a establecer una base de evidencia para ese enfoque concreto (Eyberg et al., 2008).

Muchas intervenciones evolucionan desde “ensayos de eficacia a ensayos de efectividad” para establecer una base de evidencia (Hoagwood, Hibbs, Brent, y Jensen, 1995). Explicado de un modo simple, los ensayos de eficacia son aquellos realizados en escenarios especializados, tales como universidades o clínicas privadas de salud mental, con la máxima cantidad de apoyos y recursos, así como con personal altamente cualificado. Estos ensayos representan “el mejor de los casos”, en el sentido en que están diseñados para determinar si la intervención administrada bajo condiciones óptimas posee un impacto en los resultados. Tras completar con éxito un ensayo de eficacia, los investigadores entonces implementan y evalúan la intervención dentro de la comunidad. Estos estudios de efectividad, que tienden a realizarse en condiciones del “mundo real”, comprueban si estas prometedoras intervenciones continúan siendo efectivas tras haber sido transferidas al contexto en el que con mayor probabilidad serán aplicadas (Wells, 1999). Por otro lado, algunos investigadores sostienen que podría resultar útil omitir el ensayo de eficacia inicial y comenzar con evaluaciones de efectividad, porque de poco sirve demostrar que las intervenciones sólo funcionan en condiciones del mejor de los casos, y porque tanto los ensayos de eficacia como los de efectividad conllevan unos costes considerables y consumen mucho tiempo (Hoagwood, Jensen, Petti, y Burns, 1996; Kazdin, 1997; Nelson y Steele, 2006).

Existen muchas intervenciones basadas en la evidencia en el área de tratamiento y prevención de la conducta problemática infantil con intervenciones basadas en la familia (para una revisión, véase Eyberg et al., 2008). Sin embargo, en caso de conductas gravemente problemáticas en niños y adolescentes, se hace bastante más difícil la intervención con el niño en el contexto familiar. Los niños con conductas extremadamente agresivas o de autolesión, aquellos con ciertas conductas delictivas que dificultan que el niño esté seguro en el entorno de la comunidad, y los niños cuyas circunstancias familiares descartan la presencia de adultos cuidadores que proporcionen el apoyo parental necesario (por ejemplo, padres maltratantes, padres en el sistema de justicia penal y padres con problemas con el alcohol o las drogas) tradicionalmente han sido derivados a tratamiento en residencias y otros emplazamientos fuera del hogar (Chamberlain y Reid, 1998).

El uso de residencias y otras formas de cuidado colectivo es la opción lógica para niños en condiciones especialmente de alto riesgo por varias razones (Fisher y Chamberlain, 2000). En primer lugar, en el caso de que se plantee una preocupación por la seguridad, una ubicación en un entorno que limite el acceso a los individuos de la comunidad podría estar justificado. En segundo lugar, en caso de que las familias en las que estos niños viven muestren una capacidad limitada para proporcionar el nivel de cuidados necesario, el tratamiento en residencias podría parecer la única opción. Sin embargo, en muchas investigaciones ha quedado demostrado que ubicar a niños de alto riesgo con sus iguales es una estrategia de intervención bastante cuestionable (Elliot, Huizinga, y Ageton, 1985; Dishion, McCord, y Poulin, 1999). Las investigaciones sobre los llamados “efectos iatrogénicos” demuestran que se podría dar un proceso conocido como contagio entre iguales en entornos de cuidado colectivos, en los que los niños con problemas de conducta antisocial básicamente se refuerzan mutuamente conductas negativas (Dishion, Spracklen, Andrews, y Patterson, 1996; Dishion, Eddy, Haas, Li, y Spracklen, 1997). En tales contextos podría resultar difícil al personal trabajar con estos niños y proporcionarles suficientes interacciones de refuerzo para que la intervención resulte efectiva (Buehler, Patterson, y Furniss, 1966). Sorprendentemente, en la investigación de Chamberlain y Reid (1998) se observó que los niños en situación de cuidado en grupo presentaron niveles mucho más bajos de supervisión y consecuencias sistemáticas por la conducta que el personal adulto encargado del cuidado de esos niños. Teniendo en cuenta que las consecuencias y la supervisión son componentes cruciales para que una intervención sea

efectiva en niños con graves problemas, niveles bajos de estos procesos terapéuticos en el cuidado en grupo resultan sumamente alarmantes.

No sólo se cuestiona la efectividad del cuidado en grupo, además, resulta bastante costoso. Para poner en marcha unas instalaciones de cuidado en grupo se precisa personal que trabaje con los niños durante todo el día. Normalmente, se precisa de mucho personal que trabaje directamente con los niños, así como una constelación de otro tipo de profesionales, como psicólogos, psiquiatras, gestores de programas, y otros. Desde una perspectiva económica, los limitados beneficios de este enfoque así como su alto coste, lo convierten en una empresa bastante cuestionable (Aos, Miller, y Drake, 2006). Sin embargo, en los EEUU, en Europa y en el resto del mundo, el tratamiento residencial para jóvenes con problemas graves sigue siendo el enfoque de tratamiento con mayor prevalencia. Sin duda, la búsqueda de estrategias alternativas que puedan proporcionar resultados más positivos a un precio menor está totalmente justificada.

El Tratamiento Multidimensional de Acogimiento Familiar (MTFC; Chamberlain, 2003) es un programa dirigido a niños y familias que precisan de un alto nivel de apoyo, debido a altos niveles de maltrato y negligencia, graves problemas conductuales y de salud mental, y problemas de delincuencia juvenil. El MTFC es un programa basado en la evidencia y ha sido refrendado en estudios de ensayos clínicos aleatorizados empleados para evaluar el programa (Eyberg et al., 2008). Existen versiones del programa MTFC evolutivamente específicas para pre-escolares (edades 3-5; MTFC-P; Fisher, Burraston, y Pears, 2005), niños en edad escolar (6-12; Chamberlain y Smith, 2003), y adolescentes (12-18; MTFC-A; Chamberlain y Smith, 2003). El programa está dirigido a niños en acogimiento familiar y en programas de justicia juvenil, como alternativa a ubicaciones más restrictivas, y permite a los niños y jóvenes recibir los servicios en el contexto real de un entorno familiar, al tiempo que permanecen en las comunidades en las que viven. Aunque el MTFC fue originalmente desarrollado en Oregon, EEUU, el programa ha sido implantado con éxito en unos 50 lugares de los EEUU, así como en otros 15 lugares de Inglaterra, y 20 lugares de Noruega, Dinamarca, Suecia, Holanda y otros lugares de Europa.

Filosofía y objetivos del programa MTFC. La filosofía que sustenta el programa es que los resultados positivos a largo plazo en jóvenes problemáticos pueden ser promovidos más efectivamente cuando el tratamiento tiene lugar en el contexto de la familia y la comunidad. En lugar de sacar al niño de estos entornos reales y ubicarlo en cuidado residencial, los servicios de MTFC son administrados en el contexto de los padres de acogida, especialmente entrenados y fuertemente supervisados, y a través de consultas a los centros escolares. De esta manera, el niño aprende lo que se espera de él o ella en una situación familiar típica y, mientras el niño está en acogida familiar, aquellos que le van a proporcionar cuidado a largo plazo (es decir, la familia biológica, familiares, u otros con los que el niño vivirá tras finalizar el tratamiento) son entrenados en el mismo tipo de estrategias parentales que el niño está experimentando en la casa de acogida. Manteniendo la coherencia en las estrategias de disciplina, así como en el refuerzo de la conducta positiva en todos estos contextos, el objetivo del programa es hacer posible que el niño funcione en entornos familiares y escolares a largo plazo. Los objetivos específicos del tratamiento del MTFC se muestran en la Tabla 1

Componentes del Programa MTFC. El MTFC es un programa que consiste en múltiples componentes y que incluye servicios a los niños y a los padres de acogida, así como recursos para las ubicaciones a largo plazo, ya sean las familias de nacimiento o familias adoptivas. Un principio clave que subyace en el MTFC es que los servicios deben ser administrados de forma pro-activa. Es decir, en lugar de esperar a que los problemas de los niños aumenten hasta el punto que su ubicación pueda verse en riesgo, el personal del programa colabora con los padres de acogida para prevenir que los problemas vayan a más. En esta sección, describimos los distintos componentes del programa.

Tabla 1. Objetivos del tratamiento MTFC

-
- Reforzar conductas pro-sociales y normativas.
 - Proporcionar a los jóvenes una cuidadosa supervisión.
 - Supervisar cuidadosamente las asociaciones con iguales.
 - Especificar límites claros y coherentes y llevar hasta sus últimas consecuencias las violaciones de reglas con consecuencias no-violentas.
 - Animar a los jóvenes a desarrollar hábitos de trabajo positivos y habilidades académicas.
 - Apoyar a los miembros de la familia para aumentar la efectividad de sus habilidades parentales.
 - Reducir el conflicto entre los miembros de la familia.
 - Enseñar el uso de las nuevas habilidades para formar relaciones con iguales positivos y crear lazos con mentores y modelos adultos.
-

Reclutamiento de los padres de acogida. Los padres de acogida MTFC son reclutados de distintas formas. Estas incluyen anuncios en periódicos locales, a través de pasquines informativos en lugares públicos, tales como centros comunitarios y escuelas, y por medio del boca-oreja. Una de las estrategias más efectivas para reclutar padres de acogida MTFC es a través de individuos que desempeñan en esos momentos ese papel en el programa. Los padres de acogida MTFC saben lo que el programa requiere, están familiarizados con los apoyos proporcionados a los padres de acogida y con frecuencia ellos mismos son defensores del programa tan dedicados como sólo pueden serlo los individuos familiarizados con el programa.

El reclutamiento de padres de acogida comienza con una llamada telefónica de selección realizada por el reclutador de padres de acogida. Tras esta llamada, se realiza la visita al domicilio. Durante la visita se presentan los detalles del programa MTFC a los candidatos a padres de acogida. La visita al domicilio también permite al reclutador determinar si el entorno del hogar es el apropiado para el cuidado de un niño con fuertes necesidades, como los que son derivados al MTFC.

Los padres que componen el contingente de padres de acogida MTFC son muy variados. A lo largo de las décadas en las que el programa ha estado operativo han habido padres de acogida que eran: parejas casadas, padres solteros, o individuos con o sin experiencia parental previa, es decir, individuos de distintos estatus económicos, orientaciones sexuales y antecedentes culturales. La cualidad principal que caracteriza a los padres de acogida MTFC es su interés por formar parte de un “equipo de tratamiento” y tener un contacto frecuente con el personal del programa. Los individuos no interesados en un nivel de contacto tan alto, que no deseen participar en las actividades del programa que se describen más abajo, o cuyas agendas les impidan participar no son considerados buenos padres de acogida MTFC. Por lo demás, no existe ningún criterio específico para que un individuo sea seleccionado como padre de acogida.

Formación de los padres de acogida. La formación de los padres de acogida MTFC consta de 20 horas de instrucción impartidas durante un fin de semana y un día laborable. Durante la formación, se presentan a los padres de acogida los modelos de manejo conductual específicos para los niños del grupo de edad elegido por los padres de acogida. También se proporcionan los datos de la estructura del personal del programa y de los servicios disponibles para los padres y los niños. Durante la formación, se hace considerable hincapié en que se proporcione a los niños un apoyo positivo por las conductas pro-sociales. Esto implica el uso de estrategias de refuerzo específicas. Algunos candidatos a ser padres de acogida se resisten considerablemente a la idea de premiar a los niños por mostrar una conducta positiva. En algunos casos, es posible minimizar esta resistencia ayudando al padre de acogida a entender que tales medidas son necesarias para revertir los modelos negativos de interacción a los que el niño está acostumbrado. Sin embargo, a los individuos que simplemente no desean proporcionar un alto nivel de refuerzo positivo, se les disuade de continuar su participación como padres de acogida. Básicamente, el objetivo del proceso de formación es identificar a los individuos que comparten la filosofía del programa, aunque no tengan mucha experiencia en aplicarla.

Servicios para los padres de acogida durante el programa. Es después de que el niño haya sido ubicado en el hogar de acogida cuando realmente comienzan los servicios directos. Basándose en la información disponible en el dossier de caso del niño y tras consultar con los padres de acogida, el personal especializado desarrolla un programa de tratamiento inicial diario e individualizado. Desde el primer día de convivencia, los padres establecen un contacto diario con el programa. Este contacto se realiza mediante llamadas telefónicas en las que se recoge información sobre las conductas problemáticas observadas durante las pasadas 24 horas. Durante la llamada telefónica se emplea una lista de comprobación estandarizada llamada Parent Daily Report (PDR; Chamberlain y Reid, 1987). Se pregunta a los padres si han observado en el niño cada una de las conductas que aparecen en la lista de comprobación PDR, y cuáles de los comportamientos les ha causado estrés a la hora de enfrentarse a ellos. La información recogida en esta conversación telefónica, la cual dura aproximadamente entre 5 y 10 minutos, es crucial para el desarrollo de la planificación del caso. Permite al personal del programa y a los padres de acogida identificar los problemas específicos que ocurren con mayor frecuencia, y también qué conductas resultan más estresantes. Esta información proporciona al programa unos objetivos claros de manejo de conducta del niño. Además, gracias a que estas conductas problemáticas pueden ser sumadas a diario (es decir, se obtiene una puntuación “total de conducta problemática” a diario), la lista de comprobación PDR proporciona un método para valorar la evolución del tratamiento a lo largo del tiempo. Finalmente, en el caso de que los padres de acogida informen de una gran cantidad de estrés o ansie-

dad en un momento concreto, el personal puede establecer un seguimiento con un contacto más intenso de apoyo a la familia.

Además del contacto telefónico diario de PDR, todos los padres de acogida participan en una reunión semanal del grupo de apoyo. En esta reunión, los miembros del personal del programa revisan el progreso realizado por cada niño utilizando los datos PDR semanales. Los padres de acogida tienen así la ocasión de describir situaciones concretas que les resultaron particularmente difíciles o positivas. Otros padres de acogida proporcionan apoyo y ayuda entre iguales para resolver problemas derivados de las conductas problemáticas. La reunión del grupo de apoyo de padres de acogida dura aproximadamente 2 horas, y durante este tiempo se proporciona cuidado a los niños. Con frecuencia, también se ofrece un picoteo o comida ligera como una forma de mostrar un apoyo adicional por parte del programa a los padres de acogida.

El personal del programa también proporciona apoyo conductual al centro escolar del niño. Este apoyo puede incluir consultas directas con los profesores, así como asistencia a las reuniones de planificación del colegio. El personal del programa ayuda a establecer un plan de apoyo a conductas positivas, que puede consistir en que los niños lleven a cada clase una “tarjeta escolar” para que el profesor proporcione información a los padres de acogida y al programa sobre la conducta del niño y el cumplimiento de las tareas. Supervisar y reforzar el rendimiento en el colegio es una parte importante del programa general de manejo de conducta del niño (véase abajo).

El personal del programa también proporciona apoyo en todo momento en situaciones de emergencia o crisis. Aunque en algunos lugares en los que el MTFC ha sido implantado se han tenido que introducir ciertos cambios para acomodar el programa a las leyes laborales del país, la idea de que alguien del programa esté constantemente disponible para ayudar en momentos difíciles es un componente crucial para lograr el éxito. Además, al ser pro-activo en cuanto al manejo de las crisis, el programa es capaz de prevenir que los padres de acogida se sientan abrumados y solos al enfrentarse a circunstancias difíciles, y esto puede contribuir a los bajos índices de interrupción del tratamiento observados en los hogares de acogida MTFC.

Servicios para los niños. Los niños de acogida MTFC se benefician de un exhaustivo programa de servicios. Todos los niños MTFC reciben el programa de manejo de conducta que es evolutivamente apropiado para su edad. Para los niños de mayor edad y adolescentes, se emplea un “sistema por niveles”, en el cual la supervisión y privilegios varían según el nivel específico en el que se encuentra el niño. En cada nivel, los niños ganan puntos durante el día por participar en las distintas actividades del hogar y de la escuela, como por ejemplo, las tareas del hogar diarias, asistir a clase, acabar los deberes. Los puntos se pierden si se violan las reglas del programa. Los niños pasan aproximadamente 3 semanas en el Nivel I cuando entran en una nueva casa de acogida. Reciben puntos por cuestiones tan básicas como levantarse de la cama a tiempo o mostrar una actitud positiva. Los puntos ganados en un día son canjeados por privilegios para el día siguiente. Cuando el niño ha conseguido suficientes puntos puede entonces pasar al Nivel II. En este nivel se aumentan los privilegios, los cuales se ganan semanalmente en lugar de diariamente, y hay más oportunidades de autonomía. Sin embargo, si el niño tiene un día especialmente difícil en el Nivel II pueden ser reubicados en el Nivel I, en el cual tendrán menos privilegios y una menor autonomía. Una vez su comportamiento mejora, regresan de nuevo al Nivel II. Existe un tercer nivel (Nivel III) para niños que llevan en el programa mucho tiempo y han demostrado la capacidad de funcionar con un alto nivel de autonomía. En el Nivel III, aumentan las oportunidades de ganar privilegios, y se espera que los niños participen en actividades típicas de la comunidad, tales como deportes y programas extracurriculares.

Los programas de manejo de conducta para los niños de menor edad o niños que presentan un retraso en el desarrollo significativo son más simples que el sistema por niveles. Por lo general, se incluyen más formas de refuerzo inmediato, tales como el uso de pegatinas o de gráficos de estrellas. Dentro de las expectativas del programa está que los padres mantengan algún tipo de programa de refuerzos concreto con los niños durante todo el tiempo que los niños permanezcan en el programa.

En cada uno de los diferentes grupos de edad que son derivados a servicios MTFC, se van ajustando los programas de conducta a medida que avanzan para cubrir las necesidades individualizadas del niño. Los padres de acogida proporcionan un input al personal del programa en las reuniones individuales y en grupo arriba mencionadas que ayuda a identificar los problemas específicos que precisan atención, así como los métodos de refuerzo de conducta positiva especialmente efectivos. Se espera que las cuestiones focales cam-

bien a lo largo del periodo en el que el niño está en el programa. El alto nivel de contacto entre el personal del programa y los padres de acogida permite abordar las necesidades individuales del niño de forma continuada.

Además del programa de manejo de conducta, el apoyo a los niños varía en función de la edad del niño. En el caso de los niños de mayor edad y adolescentes, se proporcionan servicios individuales por medio de un “formador en habilidades”, para enseñarles técnicas de resolución de problemas y otras habilidades pro-sociales. En el caso de los niños de menor edad, se establece un grupo de juego terapéutico para reforzar en los niños el aprendizaje de las habilidades que necesitarán para tener éxito en la escuela, tanto desde una perspectiva social como académica.

Servicios para los padres biológicos y otros recursos de ubicación a largo plazo. Durante el tiempo que el niño permanece en el MTFC, el programa colabora con las autoridades locales para identificar la familia a largo plazo adecuada para el niño. En muchos casos, estas son las propias familias biológicas de donde salió el niño antes de ser dado en acogida familiar. En otros casos, dependiendo de las circunstancias del niño y el país en el que el programa es implantado, el cuidado a largo plazo puede ser proporcionado por un familiar cercano del niño, por ejemplo los abuelos, un tío o una tía, o por una familia adoptiva sin vínculo de sangre. Sea cual sea la familia de ubicación a largo plazo, los miembros de la plantilla del programa trabajan con esos individuos para formarles en las mismas habilidades parentales y de conducta que están siendo empleadas en el hogar de acogida. Como se mencionó más arriba, en el caso de los niños de mayor edad y los adolescentes esto implica el uso de un sistema por niveles, y en el caso de los niños de menor edad consiste en el uso de un sistema concreto de refuerzo de la conducta pro-social. Las familias también aprenden el manejo de estrategias efectivas para establecer límites ante la conducta negativa, pero sin mostrarse abiertamente severas y coercitivas. Algunas de estas estrategias son: el uso del tiempo libre en el caso de los niños de menor edad, y las tareas diarias y una reducción de privilegios en el caso de los niños de mayor edad. Los miembros de la plantilla del programa apoyan a la familia de ubicación a largo plazo durante la transición del niño desde la casa de acogida a su hogar permanente. (Son dignos de mención algunos casos en los que los niños permanecen con la familia de acogida MTFC indefinidamente, en lugar de ser trasladados a otra familia. Esto podría ser especialmente importante en el caso de niños de corta edad para favorecer el desarrollo de unas relaciones de apego saludables). Los servicios prestados a la familia a largo plazo continúan hasta que el niño está estable en su hogar, momento en que los servicios son interrumpidos.

Estructura del personal del programa. Uno de los aspectos únicos del programa MTFC es el uso de un enfoque de equipo en la provisión de los servicios. Cada equipo de tratamiento incluye un grupo de personas con funciones claramente definidas. Estas funciones están estratificadas y, por lo tanto, se da escaso solapamiento. Los equipos de tratamiento habitualmente trabajan con unos 12-15 niños aproximadamente de forma simultánea. Las funciones de cada miembro del equipo son las siguientes:

El líder del equipo es el *supervisor del programa*. Este individuo es responsable de coordinar las actividades del resto de miembros del equipo, y de servir de conexión entre el programa y cualquier otro servicio que el niño y la familia estén recibiendo. El supervisor del programa es también la figura de autoridad principal para el niño y la familia de acogida. En el caso en que el programa necesite establecer límites o nuevas normas, es responsabilidad del supervisor hacerlo. El supervisor del programa también organiza reuniones de grupos de apoyo de padres de acogida.

El *consultor de los padres de acogida* proporciona un apoyo adicional a la familia de acogida. Este individuo es con frecuencia un ex-padre de acogida y, por lo tanto, capaz de adoptar la perspectiva de la familia de acogida. El consultor de los padres de acogida administra sus servicios mediante visitas domiciliarias y por teléfono, y también participa como co-líder en las reuniones semanales del grupo de apoyo de padres de acogida. Este cargo es frecuentemente ocupado por un profesional a nivel de maestría o doctorado.

El niño recibe apoyo mediante sesiones individuales con el *especialista en refuerzo de conducta*. Este cargo está frecuentemente ocupado por un estudiante universitario u otra persona joven que pueda establecer una buena comunicación con los niños del programa. Como se mencionó más arriba, los especialistas en refuerzo de conducta con frecuencia administran los servicios en el contexto del entorno de la comunidad, con el fin de ayudar al niño a aprender más habilidades pro-sociales en entornos reales.

Un *terapeuta de familia* trabaja con la familia biológica o la familia de otro tipo de ubicación permanen-

te para prepararles a recibir al niño tras su estancia en el hogar de acogida. Las estrategias específicas empleadas han sido descritas más arriba. Estas estrategias proceden directamente de estudios de enseñanza parental desarrollados en el Oregon Social Learning Center. El terapeuta familiar habitualmente es un profesional a nivel de maestría o doctorado.

El *registrador telefónico PDR* es el individuo que mantiene el contacto diario entre las familias de acogida y el programa. Este cargo generalmente está ocupado por personal administrativo, como por ejemplo una secretaria. Es crucial que sean capaces de establecer una buena comunicación con las familias de acogida y de registrar la información por teléfono de forma precisa. Además, estos individuos deben ser capaces de detectar los momentos en los que las familias de acogida puedan estar pasando dificultades y alertar al personal del programa sobre esto para que estos puedan hacer un seguimiento con los padres de acogida.

Se recurre a un *psiquiatra asesor* para posibilitar la coherencia en la administración de la medicación del niño. Aunque no todos los niños del programa reciben medicación psiquiátrica, en muchos países donde se implanta el MTFC un número considerable de niños reciben medicación, de forma que resulta útil tener un único proveedor que coordine los cuidados en este área. Los psiquiatras asesores no sólo trabajan con los niños y sus familias de acogida, sino también con el personal del programa, para asegurarse de que estos adoptan una visión global de las necesidades del niño.

En el caso de programas que emplean la versión de edad pre-escolar del MTFC, personal adicional reemplaza al especialista en refuerzo de conducta para formar un grupo de juego. Este personal adicional incluye un *profesor líder del grupo de juego* y un *profesor asistente*. Normalmente estos cargos los ocupan personas con experiencia en educación durante la primera infancia o en programas universitarios de formación de profesorado.

Poblaciones a las que va dirigido el MTFC. El MTFC fue originalmente desarrollado para atender las necesidades de adolescentes en el sistema de justicia juvenil y con incidentes de delincuencia juvenil (Chamberlain y Reid, 1998; Fisher y Chamberlain, 2000; Chamberlain, 2003). El carácter intensivo del programa está específicamente diseñado para proporcionar los niveles de apoyo y supervisión necesarios que permitan mantener a estos jóvenes en el entorno de su comunidad. Posteriormente, el programa fue adaptado rebajándolo evolutivamente para atender a niños en edad escolar y niños en edad pre-escolar a punto de iniciar la escuela primaria (Fisher, Burraston, y Pears, 2005). El programa MTFC original fue diseñado para abordar en particular las necesidades de los chicos, pero con el tiempo el programa ha sido adaptado también para las chicas (Leve, Chamberlain, y Reid, 2005; Leve y Chamberlain, 2007; Chamberlain, Leve, y DeGarmo, 2007). Por ello, el programa MTFC representa un sistema integral de cuidado para niños de edades comprendidas entre los 3 y los 18 años y de ambos sexos.

La mayoría de los niños que fueron atendidos por programas MTFC presentaban graves problemas de conducta y significativas historias de trauma y maltrato. En muchos casos han pasado muy poco tiempo y tienen poca experiencia en entornos familiares típicos. Por ello, pueden precisar de un periodo considerablemente largo de adaptación antes de comenzar a comportarse según las expectativas de las familias en las que son ubicados. Esta es una de las razones por las que el programa proporciona un apoyo a las familias de acogida y un cuidado a los niños MTFC tan exhaustivos. El estrés experimentado por los niños y los padres de acogida durante este periodo de adaptación puede ser considerable, y resulta poco realista esperar que las personas puedan lograr el éxito por sí solas. Intentar que los niños y las familias comprendan que no están solos y que existen estrategias efectivas para ayudar a los niños a adaptarse es un componente crucial para culminar el tratamiento con éxito. Esto permite a los niños permanecer en entornos familiares y comunitarios en lugar de acabar siendo derivados a cuidado residencial.

Investigación de evaluación del MTFC. El MTFC ha sido evaluado para ser empleado con una variedad de poblaciones infantiles y adolescentes, incluyendo aquellas especificadas más arriba. En comparación con otros tratamientos en condiciones habituales como es el cuidado residencial, el MTFC ha demostrado tener un mayor impacto en importantes variables de resultados, tales como el número de delitos violentos (Eddy, Whaley, y Chamberlain, 2004) o los índices de institucionalización o encarcelamiento tras el tratamiento (Chamberlain, 1990; Chamberlain, Leve, y DeGarmo, 2007). En gran medida, los impactos positivos observados en objetivos específicos del programa, como son las prácticas de manejo familiar o la asociación con iguales conflictivos, parecen ser factores que aumentan los efectos positivos del tratamiento MTFC en la con-

ducta antisocial (Eddy y Chamberlain, 2000). Más abajo se muestran descripciones más detalladas de ensayos clínicos aleatorizados de MTFC para adolescentes (MTFC-A) y MTFC para pre-escolares (MTFC-P).

Resultados de la investigación de evaluación del MTFC-A. Chamberlain et al. evaluaron el uso del MTFC como alternativa al encarcelamiento de infractores juveniles. Los jóvenes del programa MTFC permanecieron 6 meses más en sus ubicaciones y pasaron menos tiempo encarcelados durante los dos años posteriores al tratamiento que los jóvenes en situación de cuidado en grupo (Chamberlain, 1990). Se observaron resultados similares en un grupo de jóvenes asignados al azar al MTFC tras ser dados de alta de un hospital psiquiátrico público (Chamberlain y Reid, 1991). Un ensayo randomizado más extenso con infractores juveniles crónicos que comparaba el MTFC y el cuidado en grupo confirmó que el MTFC producía efectos mayores posibilitando cambios positivos en esta difícil población, lo cual a su vez se tradujo en un menor número de derivaciones penales y menos días de privación de libertad (Chamberlain y Reid, 1998). Los jóvenes en el grupo MTFC cometieron menos delitos violentos, recibieron menos derivaciones penales (Eddy, Whaley, y Chamberlain, 2004) y presentaron en la evaluación de seguimiento a los dos años del tratamiento índices más bajos de abuso de sustancias (Smith, Chamberlain, y Eddy, 2010) que aquellos en situación de cuidado en grupo. Como se mencionó más arriba, el MTFC también ha sido adaptado y evaluado para ser aplicado a chicas infractoras juveniles y ha demostrado ser eficaz en reducir el número de días en recintos vigilados y aumentar la asistencia a la escuela y el cumplimiento de los deberes del colegio (Leve, Chamberlain, y Reid, 2005; Leve y Chamberlain, 2007). En las chicas MTFC también se observaron mejoras a largo plazo en importantes resultados de delincuencia, tales como el número de derivaciones penales (Chamberlain, Leve, y DeGarmo, 2007)

Resultados de la investigación de evaluación del MTFC-P. Fisher et al. (1999) adaptaron el programa MTFC para atender las necesidades de una población más joven (de edades comprendidas entre 3 y 5 años) en el sistema de acogida familiar de los EEUU. Existe una variedad de factores, como la interrupción temprana de relaciones de apego, exposición prenatal a drogas y alcohol, maltrato y negligencia, que convierten a esta población en particular en un grupo de alto riesgo (Klee, Kronstadt, y Zlotnick, 1997; Fisher, Ellis, y Chamberlain, 1999; Fisher, Burraston, y Pears, 2005). El MTFC-P fue diseñado para abordar tres áreas objetivo principales para esta población: problemas de conducta, regulación de las emociones y retrasos en el desarrollo. En una comparación entre MTFC-P y el acogimiento familiar regular, el MTFC-P ha demostrado su efectividad en mejorar el ajuste conductual de los pre-escolares participantes, mientras que los problemas conductuales de los grupos de referencia de pre-escolares en acogimiento familiar regular aumentaron (Fisher, Gunnar, Chamberlain, y Reid, 2000). También se han confirmado mejoras en las conductas de apego (Fisher y Kim, 2007) y en la estabilidad de ubicación en niños que participaron en el MTFC-P (Fisher, Kim, y Pears, 2009). En su mayor parte, el MTFC-P muestra la capacidad de la intervención para promover un cambio en los sistemas neurobiológicos afectados negativamente por estrés en los primeros años de vida. Fisher, Gunnar, Dozier, Bruce, y Pears (2006), así como otros investigadores (Fisher, Stoolmiller, Gunnar, y Burraston, 2007) han demostrado la capacidad del MTFC-P para mitigar la desregulación del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (o HPA, medido por la producción de cortisol, que es la “hormona del estrés”) frecuentemente asociado con experiencias de estrés en los primeros años de vida. Además, también se han observado efectos de la intervención en medidas electrofisiológicas de control cognitivo: por ejemplo, los niños que recibían servicios de acogimiento familiar regulares mostraron déficits en la supervisión del rendimiento que no se observaron en el grupo de niños que recibían MTFC-P (Bruce, McDermott, Fisher, y Fox, 2009). La investigación de evaluación del MTFC-P ha incorporado de esa forma una variedad de medidas de resultados, tanto conductuales como neurofisiológicas, para demostrar la eficacia de la intervención en mejorar los resultados de los pre-escolares en acogimiento familiar.

Resumen y conclusiones. En este artículo hemos proporcionado una descripción del programa MTFC y sus orígenes en el modelo de aprendizaje social desarrollado en el Oregon Social Learning Center. Hemos descrito los componentes del programa y la estructura del personal. Finalmente, hemos aportado pruebas surgidas a partir de estudios de evaluación de la efectividad de los programas para niños y adolescentes. El MTFC está siendo ampliamente implantado en la actualidad por los Estados Unidos y Europa, y tiene muchos defensores. Dado el alto coste y la limitada efectividad del cuidado residencial para niños y adolescentes con graves problemas de conducta y/o delincuencia juvenil, el MTFC supone una alternativa positiva.

Referencias

- Alvarez, H. K., & Ollendick, T. H. (2003). Evidence based treatment. In T. H. Ollendick and C. Schroeder (Eds.), *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Aos, S., Miller, M., & Drake, E. (2006). *Evidence-based public policy options to reduce future prison construction, criminal justice costs, and crime rates*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Bank, L., Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1987). Delinquency prevention through training parents in family management. *Behavior Analyst, 10*, 75-82.
- Bruce, J., McDermott, J. M., Fisher, P. A., & Fox, N. A. (2009). Using behavioral and electrophysiological measures to assess the effects of a preventive intervention: A preliminary study with preschool-aged foster children. *Prevention Science, 10*, 129-140.
- Buehler, R. E., Patterson, G. R., & Furniss, J. M. (1966). The reinforcement of behavior in institutional settings. *Behavior Research and Therapy, 4*, 157-167.
- Chamberlain, P. (1990). Comparative evaluation of specialized foster care for seriously delinquent youths: A first step. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 2*, 21-36.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. In S. Schoenwald & S. Henggeler (Series Eds.), *Moving evidence-based treatments from the laboratory into clinical practice. Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 303-312.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment, 9*, 97-109.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1991). Using a specialized foster care community treatment model for children and adolescents leaving the state mental hospital. *Journal of Community Psychology, 19*, 266-276.
- Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 624-633.
- Chamberlain, P., & Smith, D. K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon multidimensional treatment foster care model. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 282-300). New York: Guilford Press.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D. S. (2007). Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 187-193.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 7-18.
- Dishion, T. J., Eddy, J. M., Haas, E., Li, F., & Spracklen, K. M. (1997). Friendships and violent behavior during adolescence. *Social Development, 6*(2), 207-225.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54*, 755-764.
- Dishion, T. J., Spracklen, K. M., Andrews, D. W., & Patterson, G. R. (1996). Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior Therapy, 27*, 373-390.
- Eddy, J. M., & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 857-863.
- Eddy, J. M., Whaley, R. B., & Chamberlain, P. (2004). The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: A 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 12*, 2-8.
- Elliott, D. S., Huizinga, D., & Ageton, S. S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Newbury Park, CA: Sage.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 215-237.
- Fisher, P. A., Burraston, B., & Pears, K. C. (2005). The Early Intervention Foster Care Program: Permanent placement outcomes from a randomized trial. *Child Maltreatment, 10*, 61-71.
- Fisher, P. A., & Chamberlain, P. (2000). Multidimensional treatment foster care: A program for intensive parenting, family support, and skill building. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 8*, 155-164.
- Fisher, P. A., Ellis, B. H., & Chamberlain, P. (1999). Early intervention foster care: A model for preventing risk in young children who have been maltreated. *Children services: Social policy, research, and practice, 2*(3), 159-182.

- Fisher, P. A., Gunnar, M. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2000). Preventive intervention for maltreated preschool children: Impact on children's behavior, neuroendocrine activity, and foster parent functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1356-1364.
- Fisher, P. A., Gunnar, M., Dozier, M., Bruce, J., & Pears, K. C. (2006). Effects of a therapeutic intervention for foster children on behavior problems, caregiver attachment, and stress regulatory neural systems. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 215-225.
- Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science*, 8, 161-170.
- Fisher, P. A., Kim, H. K., & Pears, K. C. (2009). Effects of Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) on reducing permanent placement failures among children with placement instability. *Child and Youth Services Review*, 31, 541-546.
- Fisher, P. A., Stoolmiller, M., Gunnar, M. R., & Burraston, B. (2007). Effects of a therapeutic intervention for foster preschoolers on diurnal cortisol activity. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 892-905.
- Forehand, R., King, H.E., Peed, S., & Yoder, P. (1975). Mother-child interactions: Comparison of non-compliant clinic group and a nonclinic group. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 79-85.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (1989). *Parents and adolescents living together Part 2: Family problem solving*. Eugene, OR: Castalia.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., & Jensen, P. (1995). Introduction to the special edition: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 683-687.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., and Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.
- Kazdin, A. E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 114-129.
- Klee, L., Kronstadt, D., and Zlotnick, C. (1997). Foster care's youngest: a preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 290-299.
- Leve, L. D., & Chamberlain, P. (2007). A randomized evaluation of Multidimensional Treatment Foster Care: Effects on school attendance and homework completion in juvenile justice girls. *Research on Social Work Practice*, 17, 657-663.
- Leve, L. D., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: Effects on delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1181-1185.
- Loeber, R., & Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Nelson, T. D., & Steele, R. G. (2006). Beyond efficacy and effectiveness: A multifaceted approach to treatment evaluation. *Professional Psychology: Research Practice*, 37, 389-397.
- Ollendick, T. H., & King, N. J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances towards evidence-based practice. In P.M. Barrett and T.H. Ollendick (Eds.), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment* (pp. 3-25). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Patterson, G. R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: 3. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R. (2002). Etiology and treatment of child and adolescent antisocial behavior. *The Behavior Analyst Today*, 3, 133-144.
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, 28, 25-32.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of parent training procedures. *Behavior Therapy*, 13, 638-650.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., & Bank, L. (1984). Family interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior*, 10, 253-267.
- Patterson, G. R., & Fagot, B. I. (1967). Selective responsiveness to social reinforcers and deviant behavior in children. *The Psychological Record*, 17, 369-378.

- Patterson, G. R., & Fleischman, M. J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy, 10*, 168-195.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1987). *Parents and adolescents: I. Living together*. Eugene, OR: Castalia.
- Smith, D. K., Chamberlain, P., & Eddy, J. M. (2010). Preliminary Support for Multidimensional Treatment Foster Care in Reducing Substance Use in Delinquent Boys. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 19*, 343-358.
- Snyder, J. J. (1977). Reinforcement analysis of interaction in problem and non problem families. *Journal of Abnormal Psychology, 86*, 528-535.
- Webster-Stratton, C. (1985). Predictors of treatment outcome in parent training for conduct disordered children. *Behavior Therapy, 16*, 223-243.
- Wells, K. B. (1999). Treatment research at the crossroads: The scientific interface of clinical trials and effectiveness research. *American Journal of Psychiatry, 156*, 5-10.
- Wiltz, N. A., Jr., & Patterson, G. R. (1974). An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behavior Therapy, 5*, 215-221.