Creación de Servicios de Trauma para Mujeres con Trastornos Concurrentes

Experiencias del Estudio de Mujeres con Trastornos de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental que Tienen Historial de Violencia, auspiciado por SAMHSA

Dawn Jahn Moses
National Center on Family Homelessness

Beth Glover Reed
Universidad de Michigan

Ruta Mazelis
"The Cutting Edge" (Un boletín para personas que viven con violencia infligida a sí mismas)

Brandy D'Ambrosio
National Center on Family Homelessness

Traducción por
Dharma E. Cortés y ***Hortensia Amaro***
Revisión clínica por ***María Cabrera***

August 2003

Este estudio fue financiado por la Guía para Solicitantes número *TI -00-003, titulado el Acuerdo Cooperativo para el Estudio de Mujeres con Trastornos de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental que Tienen Historial de Violencia: Fase II del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Servicios de Salud Publíca, y los tres centros* de la Administración de Servicios para el Abuso de Substancias y Salud Mental: el Centro para Servicios de Salud Mental, el Centro para el Tratamiento de Abuso de Substancias, y el Centro para Prevenir el Abuso de Substancias (marzo, 2000).

Creación de Servicios de Trauma para Mujeres con Trastornos Concurrentes

Experiencias del Estudio de Mujeres con Trastornos de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental que Tien en Historial de Violencia, auspiciado por SAMHSA

Dawn Jahn Moses
National Center on Family Homelessness

Beth Glover Reed
Universidad de Michigan

Ruta Mazelis
"The Cutting Edge" (Un boletín para personas que viven con violencia infligida a sí mismas)

Brandy D'Ambrosio
National Center on Family Homelessness

Traducción por
Dharma E. Cortés y ***Hortensia Amaro***
Revisión clínica por ***María Cabrera***

August 2003

Reconoci mientos

El desarrollo de esta publicación es verdaderamente el producto de una colaboración. Agradecemos la ayuda, sugerencias y dirección que recibimos durante su creación.

Las localidades del Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia realizaron trabajo pionero en el área de trauma, el cual se documenta en esta publicación. Sus esfuerzos para diseñar y mejorar los sistemas y servicios de manera que sean más acogedores, receptivos y efectivos para mujeres con historial de problemas de salud mental, abuso de substancias y trauma fueron heroicos. Apreciamos la disposición que todas las localidades del estudio tuvieron para compartir sus experiencias con nosotros. Esta publicación también se nutrió de los esfuerzos del Grupo de Trabajo enfocado en trauma compuesto por representantes de las localidades del estudio. Este Grupo de Trabajo se dio a la tarea de documentar y sintetizar las actividades relacionadas con trauma que se realizaron en todas las localidades del estudio así como aquéllas que se realizaron individualmente en ciertas localidades. Les agradecemos a todos por su trabajo y por los comentarios que proveyeron durante la producción de esta publicación.

Apreciamos las sugerencias y el apoyo que nos dieron Melissa Rael y Joanne Gampel del Centro para el Tratamiento de Abuso de Substancias, Susan Salasin y Kana Enomoto del Centro para Servicios de Salud Mental y Jeanette Bevett-Mills y Fred Seitz del Centro para la Prevención del Abuso de Substancias. Reconocemos y agradecemos a la Administración de Servicios para el Abuso de Substancias y Salud Mental por su apoyo financiero durante los últimos cinco años del estudio. Tanya Stevens y Henry Steadman del Centro Coordinador del Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia localizado en Policy Research Associates proveyeron dirección y ayuda valiosa a través del desarrollo de este documento.

Finalmente, queremos reconocer y agradecer a todas las mujeres que participaron en el estudio. La fortaleza, valentía, trascendencia y generosidad de todas ellas son testamento de lo importante que es realizar esfuerzos como éste y del potencial que ellas tienen para alcanzar recuperación y curación.

Dawn Jahn Moses
Beth Glover Reed
Ruta Mazelis
Brandy D'Ambrosio

Table of Contents

Reconocimientos
i

Introducción
1

El Impacto del Trauma en la Vida de las Mujeres
3

Prestación de Servicios Específicos para Trauma para Mujeres con Trastornos Concurrentes
11

Rediseño de Sistemas y Servicios para Poder Tratar Trauma
21

Retos y Lecciones
35

Recursos
43

Referencias
55

Introducción

El impacto devastador que tiene la violencia en la mujer es profundo. El trauma puede ser tan profundo como para afectar cualquier aspecto de la vida de una mujer, aun años después que una experiencia traumática haya ocurrido. Los efectos de la violencia son particularmente agudos cuando ésta se repite, comienza durante la niñez y/o es perpetrada por alguien en el cual la persona debiera poder confiar.

Muchos proveedores de servicios no reconocen ni entienden la multiplicidad, variedad y complejidad del impacto de la violencia. Los síntomas tal vez no son aparentes o son malinterpretados cuando son enmascarados por conductas que parecen no estar relacionadas con violencia. Métodos que se usan tradicionalmente para prestar tratamiento de salud mental o abuso de substancias y otros servicios humanos podrían re-traumatizar a mujeres que han experimentado violencia, retrasando así su recuperación o provocando que éstas rechacen los servicios.

Tratamiento apropiado para una mujer que ha tenido experiencias de violencia debe enfocarse específicamente en trauma y debe estar basado en información específica sobre trauma. Servicios específicos para trauma son aquéllos diseñados para tratar directamente los efectos del trauma, y la meta de éstos es alcanzar curación y recuperación. Los servicios que en inglés se conocen como "trauma-informed" son el resto de los servicios que han sido modificados para tomar en cuenta la violencia y responder a las repercusiones o impactos relacionados con violencia.

El Estudio de Mujeres con Trastornos de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental que tienen Historial de Violencia (Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia) de la Administración de Servicios para el Abuso de Substancias y Salud Mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) intenta implementar y documentar modalidades efectivas de tratamiento e identificar cambios que deben ocurrir en sistemas, programas y servicios con el fin de prestar servicios adecuados. Partiendo del conocimiento de la realidad en la que viven las mujeres que han sobrevivido trauma, los equipos de las localidades del estudio adaptaron y desarrollaron intervenciones de tratamiento y abogaron en pro de cambios que tomaran en cuenta conocimiento sobre trauma.

Este documento describe actividades del proyecto y presenta hallazgos preliminares del proceso de evaluación provenientes de nueve localidades del estudio que participaron en la Fase II del estudio. Datos del estudio sobre la efectividad del servicio/programa y los efectos del mismo en las participantes se presentarán en documentos separados. La primera sección de esta publicación repasa lo que se conoce hasta ahora sobre el impacto de la violencia en las mujeres, el estado actual de prestación de servicios y las metas del proyecto de SAMHSA y las localidades del estudio.

La sección que le sigue, sobre servicios específicos sobre trauma, describe en detalle cuatro modelos de intervención que son la base de los servicios específicos sobre trauma prestados en las nueve localidades del estudio.

La sección de servicios modificados para tratar trauma describe cómo los sistemas y servicios pueden ser rediseñados para ser efectivos y apropiados para mujeres que han experimentado violencia. Esto se ilustra con ejemplos provenientes de las localidades del estudio. La siguiente sección esboza los retos enfrentados y el aprendizaje generado de las localidades del estudio durante el proceso de implementación de intervenciones de servicio específicas para trauma e intervenciones modificadas para tratar trauma.

En la última sección de esta publicación se ofrece una lista de recursos (organizaciones, publicaciones, etc.) de interés para el lector.

El Impacto del Trauma en la Vida de las Mujeres

La prevalencia de la violencia

La violencia en la vida de las mujeres y niños es tan extensa que ha sido catalogada como una epidemia en la sociedad de los Estados Unidos.[1] La violencia interpersonal, incluyendo agresión física y sexual, es tan común entre las mujeres (muchas veces sin distinción de afiliación cultural y clase social) que algunos la consideran una parte "normativa" o sistemática de la experiencia femenina hoy día.[2]

De un veinte a un treinta por ciento de mujeres reportan victimización sexual y/o física durante su vida.[3,4] Aproximadamente de un diez a un doce por ciento de mujeres han sido abusadas sexualmente durante la niñez y de un trece a un diecisiete por ciento han sido abusadas físicamente.[4,5,6] Alrededor de un veinte a un veintisiete por ciento de mujeres han experimentado abuso sexual durante la niñez, del cual 70 al 90 por ciento han reportado que el perpetrador es alguien conocido.[7]

Las mujeres que fueron abusadas cuando niñas también tienen mayor riesgo de experimentar violencia durante la adultez. De un 70 a un 80 por ciento de las mujeres que han experimentado violencia doméstica también han sobrevivido abuso físico o sexual durante la niñez.[8] El mayor riesgo de violencia para las mujeres proviene de una persona conocida. Más de una cuarta parte de las parejas casadas reportan por lo menos una instancia de agresión física en la relación.[9,10] Entre 1988 y 1993, casi cuatro millones de mujeres casadas o viviendo con una pareja fueron abusadas físicamente; dos millones fueron violadas sexualmente. De acuerdo con el Negociado de Investigación Federal (FBI, por sus siglas en inglés), más de una cuarta parte de las mujeres asesinadas mueren en manos de sus parejas actuales o pasadas.[11]

Las tasas de victimización femenina en manos de personas que no son íntimas o que son extraños son más bajas, pero aún así son significativas. En el año 2000, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos reportó que el 32 por ciento de crímenes violentos y el 28 por ciento de violaciones/agresiones sexuales en contra de mujeres fueron cometidas por alguien que no conocían.[12]

El impacto del trauma

La literatura se caracteriza por una escasez de discusiones sobre el tema de mujeres victimizadas, y generalmente ignora cómo ellas despliegan a diario una enorme fortaleza y valor. Muchas sobrevivientes de trauma han sido silenciadas por una sociedad reacia a reconocer este tipo de abuso, y por sistemas y proveedores de servicios que fallan al diagnosticarlas y por ende no se les provee tratamiento adecuado. La supervivencia de estas mujeres es testamento de su fortaleza y determinación. Además, el valor y la disposición que estas mujeres tienen para compartir sus experiencias han sido clave para tomar conciencia y facilitar mejoras en la prestación de servicios.

Cada una de las mujeres impactadas por trauma es única, y despliega su propio conjunto de fortalezas y necesidades. Muchas de ellas muestran una capacidad extraordinaria de adaptación…

Los efectos del trauma son trascendentales e impactan el bienestar físico, mental, emocional, espiritual, social y económico de las mujeres. Esto es particularmente cierto en lo que respecta a aquéllas que fueron victimizadas temprano en la niñez, especialmente si el abuso fue perpetrado por miembros de la familia u otras personas allegadas. A menudo, las sobrevivientes de trauma viven vidas plagadas de mucho dolor y confusión y tal vez no reconocen

inicialmente el trauma como la fuente de muchas de sus batallas. Cada una de las mujeres impactadas por trauma es única, y despliega su propio conjunto de fortalezas y necesidades. Muchas muestran una capacidad extraordinaria de adaptación, pero los efectos de la violencia, especialmente cuando se repite, puede aparecer en áreas directamente

relacionadas con abuso y en áreas que inicialmente aparentan no estar relacionadas con el abuso sufrido.[13] Aunque muchas mujeres muestran una fortaleza increíble, las estrategias de manejo utilizadas para supervivencia inmediata en situaciones peligrosas son frecuentemente menos efectivas a largo plazo y tal vez le parezcan inapropiadas a otras personas (a largo plazo).[14,15,16,17,18]

El costo humano que resulta cuando la sociedad fracasa al prestar servicios apropiados para mujeres con historiales de problemas de salud mental, abuso de substancias y trauma es enorme…

Se ha demostrado que abuso crónico físico y/o sexual juegan papeles complejos en el desarrollo de síntomas de salud mental, abuso de substancias y una variedad amplia de problemas de salud física. Carmen y Reiker explican cómo los intentos que los niños hacen para entender la fuente de su victimización les pueden permitir sobrevivir y ajustar las experiencias de abuso.[14] Estos intentos pueden incluir negar que están siendo abusados, bloquear sus memorias de abuso, minimizar la importancia y consecuencias del abuso y/o creer que el abuso fue una reacción razonable a algo que ellos hicieron (y por lo tanto provocado por su conducta). Estas estrategias de manejo (que a menudo son alentadas por los que perpetran el abuso) podrían ayudarles a sobrellevar el abuso según está ocurriendo (pero pueden ser limitantes para un adulto), representan barreras durante el tratamiento y la recuperación y pueden ser percibidas como condiciones patológicas en evaluaciones que no son informadas por conocimiento sobre trauma.

Además, cuando los mecanismos de manejo iniciales no funcionan, ansiedad y terror que no han sido expresados previamente pueden salir a relucir. Métodos utilizados para calmarse a sí misma cuando aparecen sentimientos abrumadores o insensibilidad a menudo aparentan ser inapropiados si el contexto del trauma no es comprendido. Muchas sobrevivientes podrían crear situaciones dolorosas y de alto riesgo para no sentirse insensibles o muertas por dentro. Una de las reacciones comunes son estallidos abruptos de ira o violencia auto-infligida, contemplar suicidarse, conductas de riesgo extremo, re-crear relaciones enfermizas y tener gran dificultad para confiar en alguien.[13,15,19,20,21,22,23,24]

Mujeres con historial de abuso y síntomas de trauma podrían enfrentar una gama de problemas de salud mental incluyendo:

- Ansiedad
- Trastorno de pánico
- Depresión
- Abuso y dependencia de substancias
- Trastornos de personalidad
- Trastornos disociativos
- Trastornos psicóticos
- Somatización
- Trastornos de conducta alimenticia
- Trastorno por estrés postraumático[17,19, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31]

La violencia interpersonal también puede resultar en una variedad de necesidades y problemas físicos. Además de tener necesidades médicas inmediatas relacionadas con el abuso (por ejemplo, trauma ginecológico, riesgo de quedar embarazada, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, golpes, cortaduras, concusiones, huesos rotos, etc.), muchas sobrevivientes reportan una gama de otros problemas físicos.[32] Debido a que los cuerpos

expresan lo que no se puede verbalizar, las memorias traumáticas muchas veces ser transforman en síntomas físicos que incluyen:[23,33]

- Dolor crónico (primordialmente pélvico)
- Dificultades ginecológicas
- Problemas gastrointestinales
- Asma
- Palpitaciones del corazón
- Dolores de cabeza
- Dificultades Musculoesqueléticas[34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41]

La anticipación crónica de peligro y violencia afecta al sistema inmunológico y otros sistemas corporales, resultando esto en un aumento en susceptibilidad para contraer enfermedades.[42] Investigaciones realizadas recientemente también indican que el estrés a largo plazo como resultado de victimización durante la niñez posiblemente predispone a una mujer para el desarrollo de trastornos graves relacionados con el sistema inmunológico.[23]

Experiencias de violencia también pueden interferir con la habilidad de completar programas educativos y de adiestramiento (limitando a sí la habilidad de desarrollar destrezas y de obtener credenciales necesarios para devengar un salario), de mantener empleo y de ser auto-suficiente económicamente. Muchas mujeres que han experimentado violencia son pobres y tienen una gama de necesidades relacionadas con ingreso económico, vivienda, educación y adiestramiento para empleo/rehabilitación vocacional.

Muchas mujeres víctimas de violencia se encuentran extremadamente aisladas y carecen de apoyos estables, positivos y de relaciones seguras y sólidas. Aunque muchas tienen niños y se preocupan inmensamente por ellos, tal vez no tienen las experiencias, destrezas y apoyos necesarios para criarlos de manera consistente. Algunas podrían perder la custodia de sus niños al ingresar en programas de tratamiento.

Con frecupencia, las mujeres son tratadas como "recipients pasivas de sevicios" que tienen popco conocimiento de sus propias necesidades

Violencia, salud mental y abuso de substancias

La relación entre enfermedad mental, abuso de substancias y violencia es compleja y multifacética. Como mínimo, las experiencias de abuso podrían aumentar el riesgo de desarrollar problemas relacionados con abuso de substancias y salud mental. Problemas de abuso de substancias y salud mental aumentan las probabilidades de victimización entre las mujeres; y el abuso de substancias y otras conductas de daño auto-infligido podrían ser el resultado de problemas subyacentes relacionados con trauma.[43,44] El orden temporal de estos eventos puede variar tremendamente, creando esto dificultades para documentar y entender la relación entre violencia, enfermedad mental y abuso de substancias. La relación entre todos estos factores y problemas es profunda, no importa la causa y efecto.

Entre un 50 y un 70 por ciento de las mujeres hospitalizadas por razones psiquiátricas, 70 por ciento de ellas son atendidas en salas de emergencia y de 40 a 60 por ciento de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, reportan haber experimentado abuso físico o sexual.[31,45,46] De un 55 a un 99 por ciento de mujeres que abusan substancias reportan haber sido victimizadas en algún momento de sus vidas.[43,47,48,49] Estas estadísticas son alarmantes ya que se sospecha que las experiencias traumáticas tienden a no ser reportadas, a ser negadas, reprimidas y suprimidas.

Mujeres que tienen problemas de salud mental, abuso de substancias y trauma tienen mayor probabilidad de tener dificultades más severas y usar servicios más a menudo que mujeres que solamente tienen uno de estos problemas.[50,51,52] Además, síntomas de trauma como resultado de violencia en el pasado y de la ausencia de un ambiente seguro son grandes obstáculos para recibir tratamiento y alcanzar recuperación.[49,53,54,55] Las sobrevivientes de trauma muchas veces creen que los proveedores de servicios no son personas en quienes se puede confiar, con quienes se pueden sentir seguras o que comprenden su situación.[19,56] Muchas mujeres también temen perder la custodia a sus niños si acuden a buscar servicios y tratamiento.

Servicios y sistemas de prestación de servicios existentes hoy día

El costo humano que resulta cuando la sociedad fracasa al prestar servicios apropiados para mujeres con historiales de problemas de salud mental, abuso de substancias y trauma es enorme en términos individuales e institucionales. Sistemas de prestación de servicios que existen en la actualidad no tienen la capacidad para identificar y responder a las necesidades que tienen las mujeres afectadas por trauma, problemas de salud mental y abuso de substancias. Muchas comunidades tienen pocos servicios diseñados para responder a experiencias de violencia y al trauma que de esas experiencias se deriva. Los servicios que existen no están bien integrados. Muchas veces están enfocados en asegurar la seguridad física de las sobrevivientes de violencia doméstica y violación sexual o de los niños en situaciones abusivas en lugar de tratar el impacto que el trauma tiene a largo plazo. Además, los niños de mujeres que han sido abusadas frecuentemente son testigos y/o han experimentado violencia y negligencia y tienen sus propias necesidades de tratamiento, que muchas veces son ignoradas.

Dada la persistencia de la violencia, es muy probable que todos los programas y sistemas de servicios sociales presten servicios a sobrevivientes de trauma. No obstante, la mayoría de los servicios y sistemas no evalúan o abordan los historiales de trauma. Cuando los sistemas sirven a mujeres sin tener conocimiento sobre las experiencias de violencia de estas mujeres, ellas podrían recibir tratamiento inapropiado y experimentar re-traumatización.[13] Por ejemplo, un historial de trauma al que no se le ha prestado atención o que no ha sido reconocido puede resultar en que una mujer recurra al uso de drogas para manejar su ansiedad y a tener escenas retrospectivas o "flashbacks". Si estos síntomas se interpretan como una recaída y/o falta de compromiso para estar sobria, ni el personal ni la mujer establecerán las conexiones necesarias para ayudar a que la mujer aprenda destrezas de manejo que reemplacen o que reduzcan esos síntomas de trauma. Además, las sobrevivientes reportan que prácticas tradicionales de salud mental tales como reclusión forzosa o el uso de restricciones son, por naturaleza, coercitivas y traumáticas.[57,58]

Desde el comienzo del proyecto se concibió la idea que las mujeres… son recursos vitales para obtener información sobre sus propias necesidades y sobre cómo el sistema debe cambiar…

Más aun, problemas de salud mental, abuso de substancias y trauma usualmente son atendidos por sistemas de servicios separados que difieren en términos de filosofías de tratamiento, criterios de admisión y procedimientos de operación de servicios que no están bien coordinados.[59,60] En raras ocasiones, problemas múltiples son atendidos simultáneamente y los proveedores no trabajan juntos efectivamente para responder a las necesidades que no han sido atendidas.[50] Las experiencias y necesidades de las mujeres son compartamentalizadas y desconectadas y por tanto, es poco probable que reciban un tratamiento holístico.

Muchas mujeres encuentran que los programas y sistemas de servicios que están disponibles actualmente son extremadamente jerárquicos, opresivos o abusivos. Existen pocas oportunidades que permiten que las mujeres participen activamente en sus tratamientos y hay aun menos oportunidades para que participen en servicios de planificación, operación y evaluación. Con frecuencia, las mujeres son tratadas como "recipientes pasivas de servicios" que tienen poco conocimiento de sus propias necesidades.[13,57,58]

Como resultado de diagnósticos y tratamientos incorrectos, la ausencia de servicios apropiados e integrados y la ausencia de oportunidades para expresarse sobre su propio tratamiento, las mujeres sufren tremendamente. A

menudo, las sobrevivientes de trauma entran y salen, por años, de un ciclo de sistemas de servicios públicos de salud mental y abuso de substancias, a través del cual usan muchos servicios sin experimentar mejoría alguna. Según los sistemas de tratamiento erosionan la confianza, la eficacia propia y el sentido de seguridad, las mujeres comienzan a alejarse y tal vez rechacen ayuda.

El Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia

Al reconocer el fracaso en poder responder y atender las necesidades tan complejas que tienen las mujeres con problemas de abuso de alcohol y substancias, trastornos mentales e historiales de violencia, SAMHSA instituyó el Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia. La meta del estudio es generar y aplicar conocimiento empírico acerca del desarrollo de prácticas de servicio abarcadoras e integradas y estudiar la efectividad que estas prácticas tienen entre mujeres que tradicionalmente han sido usuarias de servicios "sofisticados" financiados por fondos públicos.[61,62]

La primera fase del estudio se dedicó a desarrollar:

- Una estructura de localidades múltiples para implementar la intervención de servicio.
- Estrategias locales para implementar la estructura de servicio.
- Procedimientos de evaluación locales y a través de todas las localidades del estudio.
- Una metodología estándar para realizar la evaluación de los "efectos" de las diferentes localidades del estudio.

Catorce localidades del estudio a través de la nación participaron en este esfuerzo. Las mismas representan una variedad de organizaciones que incluye proveedores de servicios residenciales y ambulatorios para abuso de substancias y salud mental, hospitales, cárceles, agencias de salud pública, universidades y otros grupos comunitarios.

La segunda fase de tres años ha sido dedicada a la implementación de intervenciones de servicio integrado en localidades del estudio y a contrastar los efectos de estas intervenciones entre las mujeres que las han recibido con los efectos de servicios estándares o tradicionales prestados a otras mujeres. Nueve localidades del estudio recibieron fondos financieros para implementar proyectos y para examinar y comparar los efectos de ambas condiciones en las mujeres.

El diseño de localidades múltiples requiere que todos los servicios de intervención sean específicamente para mujeres, competentes a nivel cultural, modificados para tratar trauma y específicos para trauma, además de ser abarcadores, integrados e informados a través de la participación de mujeres que son consumidoras, sobrevivientes y en recuperación (C/S/R, por sus siglas en inglés)[*].

Cada localidad del estudio debe proveer un conjunto básico de servicios que incluya:

- Alcance y enlace
- Evaluación
- Actividades de tratamiento
- Destrezas de crianza
- Coordinación de recursos y abogacía
- Servicios específicos para trauma
- Intervención para crisis
- Servicios implementados por consumidoras

* Para propósitos de este estudio, las mujeres C/S/R son identificadas como C - consumidoras de servicios de salud mental; S - sobrevivientes de violencia física y/o sexual durante la niñez y/o adultez; R - recuperándose del abuso de substancias.

Desde los comienzos del estudio, SAMHSA ha puesto mucho énfasis en involucrar a las mujeres C/S/R en actividades locales y en múltiples localidades del estudio.[61,62] SAMHSA ha establecido un requisito importante que requiere la integración de mujeres C/S/R en todos los aspectos del diseño e implementación del proyecto incluyendo tanto la parte de investigación como la de servicios. Al nivel específico de localidad del estudio y localidades múltiples, las voces de las mujeres C/S/R tuvieron que ser incorporadas en sus tratamientos, en el diseño de sistemas de servicios integrados, en la creación y prestación de servicios y en el diseño e implementación de las actividades de evaluación. Desde el comienzo del proyecto se concibió la idea que las mujeres con estas experiencias son recursos vitales para obtener información sobre sus propias necesidades y sobre cómo el sistema debe cambiarse para poder prestar servicios que respondan a sus necesidades.

A nueve localidades del estudio se les otorgaron contratos para que completaran la segunda etapa de este estudio. Operando bajo las premisas acordadas, cada localidad del estudio ha creado un programa que responde a las fortalezas y a las necesidades de sus comunidades.

Las localidades del estudio incluyen:

- PROTOTYPES Systems Change Center, Culver City, California
- Allies: An Integrated Services System of Care/ Women's Health Study, Stockton, California
- New Directions for Families, Thornton, Colorado
- District of Columbia Trauma Collaboration Study, Washington, DC
- Triad Women's Project, Avon Park, Florida
- Boston Consortium of Services for Families in Recovery, Boston, Massachusetts
- Women Embracing Life and Living (WELL), Cambridge, Massachusetts
- Franklin County Women's Research Project, Greenfield, Massachusetts
- Portal Project, New York, New York

Localidades del Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia

PROTOTYPES Systems Change Center
Culver City, California
Una agencia grande de servicios múltiples que presta servicios residenciales, ambulatorios y diarios para abuso de substancias, salud mental, VIH/SIDA y violencia doméstica y otro tipo de trauma a mujeres y niños en el condado de Los Ángeles.

Allies: An Integrated Services System of Care/ Women's Health Study
Stockton, California
Una agencia pequeña a nivel de condado que presta servicios de salud a sectores vulnerables de la población con necesidades relacionadas con el abuso de substancias y salud mental en el norte de California y que utiliza una Red de Tratamiento Primario (PTN, por sus siglas en inglés) de cinco programas de tratamiento para el abuso de substancias.

New Directions for Families
Thornton, Colorado
Un programa de tratamiento residencial y ambulatorio, en el área metropolitana de Denver, para el abuso de substancias para mujeres y niños, incluyendo servicios para mujeres con trastornos concurrentes y trauma.

District of Columbia Trauma Collaboration Study
Washington, DC
Dos centros de servicios múltiples en Washington, DC (incluyendo Community Connections, la agencia principal) que ofrecen servicios para salud mental, trauma y abuso de substancias para mujeres con trastornos concurrentes e historial de abuso.

Triad Women's Project
Avon Park, Florida
Una agencia de prevención, intervención y tratamiento para abuso de substancias y un proveedor local de servicios de salud mental están uniéndose para ofrecer servicios en la zona rural de Florida.

Boston Consortium of Services for Families in Recovery
Boston, Massachusetts
Un sistema de servicios integrados ubicado en un departamento de salud de una ciudad que cuenta con tres modalidades de tratamiento para abuso de substancias (consejería ambulatoria, mantenimiento con metadona y tratamiento residencial) que sirve principalmente a mujeres latinas y afroamericanas en el área metropolitana de Boston.

Women Embracing Life and Living (WELL)
Cambridge, Massachusetts
Tres agencias grandes con licencia para prestar servicios abarcadores para abuso de substancias y salud mental, cada una con múltiples localidades y modalidades de tratamiento que sirven a mujeres con trastornos concurrentes y a sus niños en el área este de Massachusetts.

Franklin County Women's Research Project
Greenfield, Massachusetts
Un sistema operado por consumidoras y de intervención a nivel individual creado para ayudar a mujeres en el proceso de recuperación de historial de violencia interpersonal, abuso de substancias y problemas de salud mental localizado en la zona rural del Condado de Franklin a través de tres centros donde se ofrecen servicios sin citas ("drop-in") que están vinculados con hospitales y proveedores de servicios del área.

Portal Project
New York, New York
Una agencia grande de servicios múltiples que presta servicios residenciales y ambulatorios de salud mental y abuso de substancias primordialmente a mujeres afroamericanas y latinas en la ciudad de Nueva York.

Prestación de Servicios Específicos para Trauma para Mujeres con Trastornos Concurrentes

Servicios específicos para trauma sirven de piedra angular para la porción de la intervención que tiene que ver con servicios del *Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia*. Para propósitos de este estudio, servicios específicos para trauma han sido definidos como:

> intervenciones diseñadas para tratar las consecuencias conductuales, intra-psíquicas e interpersonales relacionadas con haber estado expuesta a abuso sexual, físico y emocional prolongado. Estas intervenciones podrían incluir pero no están limitadas a: unidades de hospitales para pacientes con trastorno disociativo, programas para trauma ubicados en refugios para mujeres maltratadas, terapias conductuales cognoscitivas que enfocan en la recuperación de trauma, terapias de poder (EMDR), terapias grupales e individuales de índole psicodinámica diseñadas para complementar servicios para trauma, terapias holísticas y grupos de recuperación de trauma y de empoderamiento (TREM, por sus siglas en inglés).[62]

En algunas instancias, las localidades del estudio han modificado currículos que ya existían con el propósito de responder a necesidades programáticas

Durante la primera fase de la iniciativa, las localidades del estudio dedicaron gran parte del tiempo a determinar qué servicios específicos para trauma serían implementados y evaluados durante la segunda fase del estudio y cómo prestar esos servicios. Las localidades del estudio examinaron los servicios específicos para trauma que estaban vigentes y en algunos casos crearon nuevos servicios. Estas actividades de planificación incluyeron la colaboración de investigadores, personal clínico, administradores de programas, C/S/R y otros líderes clave de la comunidad. Los servicios específicos para trauma fueron frecuentemente sometidos a pruebas pilotos para determinar cuán apropiado era su uso en localidades específicas y luego adaptarlos según fuese necesario.

Los servicios específicos para trauma prestados por las localidades del estudio varían en términos de las circunstancias del lugar del servicio, el enfoque clínico, contenido, enfoque (violencia doméstica, abuso durante la niñez) y estructura. Los servicios clave y específicos para trauma se describen a continuación.

Intervenciones de grupo

Las intervenciones de grupo son una parte central de los servicios específicos para trauma de cada localidad del estudio. Estos grupos son exclusivamente para mujeres y hacen énfasis en empoderamiento. Aunque cada localidad del estudio usa un formato de grupo que integra trabajo de trauma, salud mental y abuso de substancias, se usan cuatro modelos diferentes. En algunas instancias, las localidades del estudio han modificado currículos que ya existían con el propósito de responder a necesidades programáticas a la vez que continúan implementando la secuencia completa de sesiones que ya ha sido aprobada. Una localidad del estudio ofrece una versión abreviada de un currículo que ya existe y otra localidad del estudio desarrolla su propia intervención grupal manualizada. Las intervenciones de grupo se describen más adelante y se resumen en una tabla en la página 18.

Modelo de Recuperación de Trauma y Empoderamiento (TREM, por sus siglas en inglés)

El Modelo de Recuperación de Trauma y Empoderamiento (TREM) es una intervención multifacética con componentes psicoeducativos, cognoscitivos conductuales y de relaciones que hace énfasis en el empoderamiento

de la sobreviviente. Fue creado por Maxine Harris, Ph.D. y el Community Connections Trauma Work Group. El enfoque de esta modalidad de grupo está basado en cuatro premisas básicas:

- Algunas conductas y/o síntomas disfuncionales que la persona manifiesta podrían haber sido respuestas de manejo adecuadas para lidiar con el trauma.
- Las mujeres que experimentan trauma repetidamente durante la niñez fueron privadas de la oportunidad de desarrollar ciertas destrezas necesarias para manejar situaciones como adultas.
- Trauma corta las conexiones básicas con la familia, la comunidad y con sí misma.
- Mujeres que han sido abusadas repetidamente se sienten impotentes e incapaces de defenderse a sí mismas.[63]

TREM consiste de 33 sesiones de grupo estructuradas que cubren una variedad de temas. Cada sesión de 75 minutos sigue un esquema que incluye metas de la sesión, discusiones de grupos facilitadas y ejercicios grupales experienciales. El programa de 33 semanas está dividido en estas partes principales: Empoderamiento; Recuperación de Trauma; Asuntos Avanzados sobre Recuperación de Trauma; y Rituales de Cierre. Un cuaderno de ejercicios de auto-ayuda titulado "Healing the Trauma of Abuse" está disponible. El mismo ayuda a las mujeres a aprender sobre el impacto del trauma y a trabajar en pos de su recuperación a través de lecturas y ejercicios.[64]

Estudios pilotos con el TREM son prometedores, ya que reportan una reducción en el uso de servicios intensivos tales como hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencias. Tanto participantes en los grupos como manejadoras de caso reportan reducción de síntomas de problemas de salud mental entre las participantes del TREM; y el personal clínico reporta tasas más bajas de conductas relacionadas con riesgo de contraer VIH entre las participantes. Más del noventa por ciento de las mujeres que participaron dijeron que el grupo les ayudó, que se sintieron apoyadas por las otras integrantes del grupo, y que se sintieron con "mayor control" sobre sus vidas.[65]

Tres localidades del estudio están usando TREM (District of Columbia Trauma Collaboration Study, New Directions for Families y el Boston Consortium of Services for Families in Recovery). Una localidad está usando el formato original y dos le han hecho modificaciones. Por ejemplo, New Directions for Families ha adaptado el modelo para que encaje mejor en su contexto de tratamiento residencial. Las primeras 16 sesiones son impartidas dos veces por semana durante la primera fase del tratamiento; el resto de las sesiones se imparte en la noche durante la segunda fase del tratamiento mientras las mujeres participan en adiestramiento de educación, empleo y en actividades de empleo.

Más del noventa por ciento de las mujeres que participaron [en TREM] dijeron que el grupo les ayudó…

El número de sesiones del TREM que se ofrece fluctúa entre 24 y 33, y cada sesión dura alrededor de 75 minutos. Grupos de 8 a 12 mujeres son facilitados por una, dos o tres profesionales de salud mental o abuso de substancias, algunas de las cuales son mujeres C/S/R. En dos localidades, los grupos no aceptan más participantes a partir de la cuarta semana. Otra localidad mantiene el grupo parcialmente abierto, con ciertas sesiones designadas como "no se permiten participantes nuevas". Los grupos se reúnen en programas ambulatorios para salud mental o abuso de substancias, en lugares residenciales para abuso de substancias y en programas de mantenimiento de metadona.

El District of Columbia Trauma Collaboration Study y New Directions for Families usan el cuaderno de ejercicios "Healing the Trauma of Abuse". En el Distrito de Columbia, el cuaderno de ejercicios se usa para suplementar todos los servicios específicos para trauma. New Directions for Families usa el cuaderno de ejercicios para ayudar a las mujeres que están comenzando en los grupos del TREM, especialmente a aquéllas que se unen al grupo tarde en lo que respecta la secuencia de sesiones. Además, el cuaderno de ejercicios se usa individualmente con mujeres que no pueden participar en un grupo de intervención y con las que solicitan asistencia adicional para tratar problemas relacionados con trauma.

Elementos básicos del TREM

- Educación básica sobre abuso físico y sexual y cómo las conductas que se manifiestan en la actualidad están vinculadas a los abusos en el pasado.
- Una reformulación de los síntomas presentes como maneras de manejar trauma que es intolerable.
- Una apreciación de intentos por resolver problemas que se encuentran atrapados y escondidos dentro de ciertas conductas repetitivas.
- Educación enfocada en destrezas básicas de auto-regulación, preservación de límites y comunicación.
- Educación básica sobre la sexualidad femenina, corrigiendo percepciones y concepciones erróneas.
- Creación de una comunidad de curación a través de la prestación de servicios de recuperación dentro de un formato de grupo.
- Redescubrimiento y reconexión con memorias, sentimientos y percepciones olvidadas.
- Una oportunidad para que las mujeres experimenten un sentido de capacidad y resolución mientras enfrentan los demonios del pasado.
- Una oportunidad para que las mujeres confíen en sus propias percepciones sobre la realidad y para que reciban validación por parte de otras personas cuando corrigen sus percepciones.[63]

Seeking Safety

Seeking Safety es un tratamiento de psicoterapia cognoscitiva conductual para individuos lidiando con trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y el abuso de substancias. La intervención está diseñada para ayudar a individuos con abuso de substancias y PTSD a instaurar seguridad en sus vidas.

Creado por Lisa Najavits, Ph.D., Seeking Safety puede ser implementado como tratamiento grupal o individual. Cubre 25 temas divididos en tres áreas- cognición, conducta y relaciones interpersonales- a la vez que simultáneamente aborda el área de desarrollo de destrezas de manejo de seguridad relevantes para abuso de substancias y PTSD. Cada sesión es independiente, permitiendo así que el orden de las mismas se cambie para responder a las necesidades de los participantes. Los títulos de los temas incluyen: Honestidad; Cómo pedir ayuda; Compasión; Cómo cuidar bien de sí mismo; Creación de significado; Establecimiento de límites en relaciones; e Integración del yo dividido.[66]

El estudio [de Seeking Safety] halló mejorías significativas relacionadas al uso de substancias, síntomas relacionados con trauma, riesgo de cometer suicidio… ajuste social, funcionamiento familiar, solución de problemas, depresión…

Cada sesión de tratamiento está dividida en cuatro partes. Las sesiones comienzan con un proceso de evaluación que explora cómo les ha ido a los participantes desde que asistieron a la sesión anterior. Después leen una cita que refleja el tema de la sesión. La mayor parte de la sesión es dedicada a abordar el tema y relacionarlo con la vida de los participantes a través de dramatizaciones, ejercicios experienciales, discusión y a llenar la Hoja Manejo Seguro que requiere que los participantes contrasten destrezas de manejo que usaban en el pasado con nuevas destrezas más seguras. La sesión termina con un cierre de dos partes durante el cual se les pide a los

participantes que identifiquen una cosa que aprendieron de la sesión y que se comprometan a hacer una cosa durante la semana próxima para continuar con su recuperación.

Este programa de tratamiento ha sido implementado en una variedad de formatos y lugares, incluyendo grupos abiertos y cerrados, sesiones de 50 y 90 minutos, dirigidas por un facilitador o dos, y en instalaciones ambulatories y residenciales. Ha sido evaluado en cinco estudios uno de los cuales ha sido publicado. El estudio que se completó halló mejorías significativas relacionadas al uso de substancias, síntomas relacionados con trauma, riesgo de cometer suicidio, pensamientos suicidas, ajuste social, funcionamiento familiar, solución de problemas, depresión, cogniciones sobre abuso de substancias y conocimiento didáctico relacionado con el tratamiento.[67] La satisfacción de los participantes fue muy alta.

Pruebas pilotos preliminares sugieren que las personas que participaron en ATRIUM experimentaron mejorías en sus síntomas de trauma.

Cuatro localidades (PROTOTYPES, Portal, Allies, WELL) están usando el modelo Seeking Safety, modificándolo para responder mejor a las necesidades de las mujeres a quienes le están prestando servicios y para enlazarlo con otros aspectos de la intervención y el contexto del servicio. Algunas localidades han cambiado el orden, el tempo y el número de sesiones. Por ejemplo, el proyecto WELL ha dividido sus grupos de Seeking Safety en dos fases para permitir que las mujeres en programas residenciales completen la primera fase durante su estadía. Esto ha ayudado a preservar el tamaño del grupo al permitir que los grupos se combinen en nuevos grupos para la segunda fase.

El número de sesiones dentro del ciclo de un grupo varía por localidad, fluctuando entre 12 y 31. Las sesiones se llevan a cabo una o dos veces por semana, dependiendo del tipo de servicio y duran de 75 a 90 minutos. El tamaño de los grupos fluctúa entre 8 y 12 mujeres, aunque algunas localidades comienzan grupos una vez tienen por lo menos cuatro mujeres. Tres de la localidades no permiten que mujeres nuevas se unan al grupo una vez éste haya comenzado. El proyecto Allies mantiene el grupo abierto a participantes nuevas durante las primeras 12 semanas y luego lo cierra por las 12 semanas restantes. Los grupos se ofrecen en lugares de servicios ambulatorios y residenciales.

PROTOTYPES, Portal y WELL tienen dos personas que facilitan el grupo; Allies usa una o dos, dependiendo de la disponibilidad de un programa de tratamiento cualificado y comprometido y de una consejera para abuso de substancias que pueda servir de co-facilitadora. Los grupos casi siempre son dirigidos por profesionales/consejeras adiestradas en salud mental y abuso de substancias. Los proyectos a menudo utilizan co-facilitación de grupos como una manera de adiestrar personal nuevo para que usen esta intervención. Varias localidades usan consejeras que son mujeres C/S/R.

Elementos básicos de Seeking Safety

- Seguridad es la prioridad de la "primera etapa" de tratamiento.
- Tratamiento integrado para PTSD y abuso de substancias.
- Un enfoque en ideales.
- Cuatro áreas de contenido: cognición, conducta, relaciones interpersonales y manejo de casos.
- Atención a procesos relacionados con el terapeuta.[66]

Addictions and Trauma Recovery Integrated Model (ATRIUM)

El programa Addictions and Trauma Recovery Integrated Model (ATRIUM) es un programa manualizado de recuperación de trauma que provee un marco bio-psicosocial para responder a las necesidades complejas de tratamiento de las sobrevivientes de trauma. Creado por Dusty Miller, Ph.D. y Laurie Guidry, Ph.D., el modelo combina actividades psicoeducativas, expresivas y de proceso para ayudar a las mujeres a "recontextualizar" sus experiencias y estrategias de adaptación.[68] Se puede usar con grupos o en sesiones individuales. La intervención está dividida en cuatro secciones, cada una con tres sesiones:

Sección 1: La Teoría de Evocación de Trauma; el papel que el estrés traumático juega en la conexión entre problemas de trauma, adicción y salud mental; y una introducción al concepto del Yo Triádico y la Presencia Protectora.

Sección 2: El Impacto de la Evocación de Trauma en la Mente; as condiciones principales de salud mental como depresión y dolor, ira, miedo y ansiedad; adicciones que con frecuencia están presentes en estos estados emocionales

Sección 3: El Impacto de la Evocación de Trauma en el Cuerpo; cómo la Evocación de Trauma es expresada en el cuerpo a través de aflicción somática (enfermedad y dolor crónico); cómo el legado de trauma afecta las maneras en que las mujeres perciben sus cuerpos (imagen del cuerpo); cómo el trauma se evoca a través de las maneras en que las mujeres sienten cuando las tocan y experimentan intimidad física.

Sección 4: El Impacto de la Evocación de Trauma en el Espíritu, especialmente cómo se entiende en la comunidad lo que es bienestar espiritual; relaciones con niños, parejas, amigos, personas que ayudan y con la naturaleza y los animales.[68]

El estudio piloto halló un aumento en las destrezas de manejo de adaptación y una reducción en conductas evasivas… Las mujeres también experimentaron una reducción en síntomas de problemas de salud mental.

Cada sesión incluye un componente didáctico, una sección de proceso que permite que las participantes compartan sus experiencias relacionadas con el tema, un componente experiencial para enseñarles nuevas maneras de responder a los temas abordados y una "asignación" guiada por una hoja suelta que repasa el contenido educacional y experiencial de la sesión. A cada participante se le entrega un "cuaderno de trabajo" para que lo conserve para uso propio. Al final de las 12 semanas, el grupo puede agregar un tema importante que no se haya cubierto.

Pruebas pilotos preliminares sugieren que las personas que participaron en ATRIUM experimentaron mejorías en sus síntomas de trauma. Participantes en los grupos experimentaron una reducción en conductas que usaban para lidiar y ayudar con el manejo del impacto del trauma, incluyendo hacerse daño a sí mismas, tendencias suicidas y agresión, así como una reducción en síntomas persistentes.[69]

El Franklin County Women's Research Project usa ATRIUM en su formato original, ofreciendo sesiones semanales de 90 minutos durante 12 semanas en cada uno de los tres centros del estudio donde no se requiere citas ("drop-in"). Los grupos son cerrados y dirigidos por dos mujeres C/S/R.

Componentes de ATRIUM

- La Teoría de Evocación de Trauma.
- El Impacto de la Evocación de Trauma en la Mente.
- El Impacto de la Evocación de Trauma en el Cuerpo.
- El Impacto de la Evocación de Trauma en el Espíritu.

Triad Women's Group

El Triad Women's Group es una intervención cognoscitiva-conductual integrada para mujeres con trastornos de salud mental y abuso de substancias que han experimentado violencia. Es el único modelo de grupo específico para trauma creado por una localidad de un estudio de SAMHSA específico para el *Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia.*

Está diseñado para promover supervivencia, recuperación y empoderamiento y para ayudar a que las mujeres alcancen seis metas:

- Mantener seguridad inmediata.
- Promover el desarrollo de destrezas.
- Preservar la recuperación y prevenir recaídas.
- Ayudar a las mujeres en el proceso de desarrollar sus fortalezas.
- Desarrollar apoyos sociales y efectividad interpersonal.
- Realzar la capacidad que las participantes tienen para lidiar con la angustia.[70]

El grupo está dividido en cuatro fases. Cada fase incluye cuatro sesiones de dos horas cada una para poder tener tiempo para explorar y procesar asuntos que son difíciles emocionalmente. La estructura de las sesiones varía. Las facilitadotas dirigen la discusión, después las mujeres son alentadas para que contribuyan a la discusión, compartan sus experiencias de recuperación y para que provean sugerencias constructivas. Las mujeres también participan en ejercicios verbales, escritos y expresivos.

Se recomienda que el tamaño del grupo sea entre cinco y diez mujeres para permitir que las participantes aprendan las unas de las otras sin tener que limitarles el tiempo para hablar y expresarse. El tratamiento se puede usar en lugares con pacientes hospitalizadas y ambulatorias con grupos abiertos o cerrados, dependiendo del lugar. Se recomienda el uso de grupos abiertos para unidades de pacientes hospitalizadas para permitir que las mujeres se unan al grupo cuando comiencen su tratamiento. Se recomienda un formato abierto modificado para unidades de servicios ambulatorios para permitir que las mujeres se unan sólo al comienzo de una fase.

Se hizo una prueba piloto del Women's Group con 128 mujeres durante la Fase I del *Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia*. El estudio piloto halló un aumento en las destrezas de manejo de adaptación y una reducción en conductas de evasión asociadas con abuso de substancias y reacciones traumáticas, aunque estos hallazgos fueron preliminares. Las mujeres también experimentaron una reducción en síntomas de problemas de salud mental.[71]

El Triad Women's Project está usando el modelo de Triad Group en su totalidad dentro de programas residenciales y ambulatorios. Los grupos son abiertos en programas residenciales; en programas no residenciales las mujeres pueden unirse a los grupos al principio de cada fase. Las sesiones son facilitadas por una profesional de salud mental o de adicciones. Se usa un modelo de co-facilitación para entrenar a facilitadoras nuevas.

Fases del Triad Women's Group

- Atención plena o "mindfulness" (en inglés): cómo sentirse cómoda consigo misma.
- Destrezas de efectividad interpersonal: cómo tener relaciones saludables consigo misma y con otros.
- Regulación emocional: cómo sentirse bien.
- Tolerancia a la angustia o dolor: cómo mantenerse saludable en un mundo estresante.[70]

Otros grupos específicos para trauma

Varias localidades del estudio ofrecen otros grupos específicos para trauma en adición a los que se han descrito hasta ahora. Los más comunes son los de violencia doméstica que se enfocan en entender el ciclo de violencia en las relaciones y en desarrollar maneras de detener el ciclo. Los temas incluyen ira, asertividad, poder y control, destrezas de comunicación y seguridad. Algunos de estos grupos son dirigidos por mujeres C/S/R. Grupos para sobrevivientes de incesto y abuso sexual también están disponibles en algunas localidades a través de referidos.

El District of Columbia Trauma Collaboration Study ha creado un grupo de Espiritualidad en la Recuperación de Trauma.[72] Esta intervención grupal manualizada de 11 sesiones cubre recursos espirituales y religiosos para lograr empoderamiento y recuperación de abuso físico y sexual. Los temas del grupo incluyen: Qué significa ser espiritual; Regalos espirituales; Estrategias de manejo espirituales; Ira; Miedo e Impotencia; Vergüenza y culpa; Soledad; Desesperación; Perdón y olvidar; Esperanza y visión; y Cómo seguir el camino de la curación.

Consejería y terapia individual

Seis localidades del estudio ofrecen consejería y terapia individual específica para trauma. La mayoría de las localidades prestan estos servicios de acuerdo a las necesidades de las clientas. Personal del programa, psiquiatras que sirven como consultores y profesionales de la comunidad afiliados al proyecto imparten consejería individual.

Actividades facilitadas por consumidoras

Consistente con el enfoque general diseñado para incorporar e integrar mujeres C/S/R en todos los aspectos del diseño del estudio, en muchas localidades del estudio se ofrecen cierto número de actividades específicas para trauma. Muchas de las principales intervenciones grupales específicas para trauma descritas anteriormente son facilitadas en su totalidad o en gran medida por mujeres C/S/R, y muchos de los otros grupos específicos para trauma son facilitados por consumidoras.

Otros servicios específicos para trauma

Algunas localidades del estudio ofrecen, directamente o a través de referidos, terapias no verbales tales como relajación y trabajo dirigido con imágenes. Varias localidades del estudio han establecido conexiones con servicios específicos para trauma en sus comunidades, tales como refugios para mujeres altratadas y centros para crisis relacionadas con violación. Las relaciones entre las localidades del estudio y los servicios en la comunidad varían. Algunos refieren mujeres al estudio. Otros aceptan referidos de las localidades del estudio y prestan servicios directos a las mujeres, o transportan sus servicios a la localidad del estudio para contribuir a la intervención.

Consistente con el enfoque general diseñado para incorporar e integrar mujeres C/S/R en todos los aspectos del diseño del estudio, en muchas localidades del estudio se ofrecen actividades específicas para trauma.

	PROTOTYPES System Change Center Culver City, CA	**Allies** Stockton, CA	**New Directions for Families** Thornton, CO	**DC Trauma Collaboration Study** Washington, DC
Modelo	Seeking Safety	Seeking Safety	TREM	TREM
Número de sesiones Duración Frecuencia	31 1.5 hora 2 veces por semana	24 1.5 hora 1 vez por semana	24 1.25 hora 2 veces por semana (1-16)	33 1.25 hora 1vez por semana
Localidad	Residencial y ambulatoria	Agencias comunitarias; ambulatoria	Residencial	Agencias comunitarias
Líderes	2 líderes, dirigido por un profesional de salud mental y una consejera para abuso de substancias (típicamente una	1 líder (a veces con una co-facilitadora); profesionales de salud mental; consumidoras consejeras sobre abuso de substancias;	1 líder (a veces con una co-facilitadora); terapeutas primarios	2 a 3 líderes; profesionales de salud mental
Si faltó a una sesión	Hojas sueltas que se distribuyeron	Repaso individual con consejera; se entregan materiales en persona o por correo	Usacuaderno de ejercicios y procesa el material con el terapeuta primario	Implementa sesión del cuaderno de auto-ayuda con ayuda opcional de parte de un profesional de salud mental u otra consumidora
Sesiones abiertas/Cerradas	Cerradas	Primeras 12 sesiones son abiertas; el segundo grupo de sesiones es cerrado	Parcialmente abiertas; algunas sesiones designadas como "no se aceptan participantes nuevas"	Cerradas luego de 4 semanas
Apoyo después de los grupos	Otros grupos (violencia doméstica, pena y pérdida); 1:1 con personal según sea necesario	Provee lista de otros recursos en la comunidad	Lugar de tratamiento residencial con apoyo del personal 24 horas al día y apoyo formal de mujeres C/S/R y ex alumnas	Apoyo de otras consumidoras; manejadoras de caso si fuese necesario
Participación de mujeres C/S/R	Co-facilitadoras; disponible luego de los grupos	Participación en la planificación de intervención y el diseño de la evaluación: algunas participan como	Disponible para apoyo adicional; pueden co-facilitar grupos	Participación en el desarrollo de la intervención; disponibles para dar apoyo a participantes; se reúnen con posibles participantes
Supervisión	Las co-facilitadoras se reúnen; se reúnen con los directores del proyecto 2 veces al mes	2 horas a la semana con un LCSW	Líder del equipo supervisa líderes de grupo individualmente 2 veces al mes; se usan cintas magnetofónicas y	Líderes nuevas co-dirigen con personal clínico experimentado luego se reúnen más tarde después de la sesión

del Grupo por el Sitio

Triad Women's Project Avon Park, FL	**Boston Consortium for Services for Families in Recovery** Boston, MA	**Women Embracing Life and Living** Cambridge, MA	**Franklin County Women's Research Project** Greenfield, MA	**Portal Project** New York, NY
Triad Women's Group	TREM	Seeking Safety	Atrium	Seeking Safety
16 (pueden repetirse) 1.5–2 horas 1 vez por semana	25 1.25 hora 1 vez por semana	25 1.25 hora 1 vez por semana (a veces 2 veces por semana)	12 1.25 hora 1 vez por semana	12 1.25 hora 1 vez por semana
Residencial; ambulatoria; lugares de residencia transitoria; cárcel	Mantenimiento con metadona; abuso de substancias ambulatoria y residencial	Residencial y ambulatoria	Centros de recursos que no requieren citas	Residencial
1 líder (co-facilitadora como modelo de adiestramiento); profesionales de salud mental o adicciones	3 líderes; profesionales de salud mental (algunas son mujeres C/S/R)	2 líderes; profesionales de abuso de substancias o salud mental (tal vez una mujer C/S/R)	2 líderes; mujeres C/S/R/	2 líderes; profesionales de salud mental
	No se implementa una sesión suplementaria; seguimiento para mantener clienta participando	Se distribuyen materiales escritos; repaso con manejadora de caso	Sesión suplementaria abreviada	Se contacta a la mujer que faltó; recordatorios antes de las sesiones
Abiertas en programa residencial; en programa no-residencial participantes pueden unirse al grupo al comienzo de una fase	Cerradas luego de la sesión 4	Cerradas con cierta modificación (participantes pueden unirse al grupo al principio de cada fase); algunas abiertas	Cerradas	Cerradas
Manejadoras de caso; servicios de crisis si es necesario; grupos de 12 pasos; grupos WOW	Consejeros individuales; facilitadoras de TREM	Facilitadoras de Cuidado Integrado y personal de consejería; Grupo de Well Recovery; otros grupos; referido a otros servicios de trauma	Recursos para centros donde no se requiere cita; referidos a otros grupos enfocados en trauma	Grupos de apoyo facilitados por consumidoras; sesiones individuales con profesionales de salud mental
Algunas mujeres C/S/R/ son co-facilitadoras; participan en reuniones de equipo dos veces al mes	Co-facilitadoras	Participación en la planificación de la intervención; mujeres C/S/R disponibles para hablar con las mujeres antes del grupo	Participación de mujeres C/S/R a varios niveles en la conceptualización, desarrollo e implementación de la intervención específica para trauma	Ninguna participación en la intervención de trauma; prestan otros servicios facilitados por ellas
2 reuniones por mes con las facilitadoras; consulta con coordinador de Triad	Semanalmente con el director clínico de intervenciones; consulta con Community Connections	Reunión con Facilitadoras de Cuidado Integrado cada 1–2 semanas	2 supervisiones al mes con Dr. Dusty Miller	Supervisión individual y grupal con especialista de trauma y un segundo miembro del personal clínico

Red iseño de Sistemas y Servicios para Poder Tratar Trauma

Para ayudar a que las mujeres traten o "trabajen" con el impacto del trauma, es imperativo que uno de los componentes de cualquier servicio integrado que responda a las necesidades de mujeres con historial de violencia, problemas de abuso de substancias y de salud mental sea el rediseño de sistemas y servicios para que los mismos sean servicios modificados para tratar trauma. También es importante que los proveedores de servicio estén bien informados sobre trauma y que sean sensibles a los efectos que éste tiene en las mujeres. Una mujer podría ser incapaz de participar en un programa para abuso de substancias, por ejemplo, si lo que se practica en el programa empeora sus síntomas relacionados con el trauma o si ella los percibe como peligroso o amenazante.

El Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia ha proporcionado información importante concerniente a las muchas maneras en las que los enfoques, prácticas y maneras de prestación de servicios hoy día son insensibles tanto a la presencia de trauma como a la manera en que los servicios pueden ser modificados para responder y ser exitosos al ayudar en el proceso de curación de las mujeres. Esta sección describe: definiciones y principios de los servicios modificados para tratar trauma según fueron desarrollados por un grupo de trabajo compuesto por miembros de varias localidades del estudio; perfiles de varios servicios modificados para tratar trauma para mujeres con trastornos de abuso de substancias y salud mental; estrategias utilizadas por las localidades del studio para que los servicios fuesen modificados para tratar trauma; y otros asuntos.

En servicios modificados para tratar trauma, una mujer debe ser una participante activa en el proceso de trazar sus metas y participar en servicios…

Definiciones y principios de programas y prácticas de servicios modificados para tratar trauma

Los servicios modificados para tratar trauma conllevan comprender, anticipar y responder a los problemas, expectativas y necesidades especiales que una persona que ha sido victimizada podría tener en un contexto o lugar de servicio en particular. Como mínimo, los servicios modificados para tratar trauma deben esforzarse en no hacer daño. Esto quiere decir, evitar retraumatizar o culpar a las sobrevivientes por los esfuerzos que han hecho para manejar sus reacciones traumáticas.

El Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia, compuesto por representantes de diversas localidades del estudio, ha desarrollado principios, directrices y definiciones para formular enfoques modificados para tratar trauma a niveles de servicios y sistemas. A la par con cambios a nivel de servicios (actividades y relaciones proveedor-sobreviviente), deben ocurrir cambios a nivel de sistema (agencias, organizaciones, programas o redes de servicios). Ambos niveles deben derivar conocimiento sobre el rol y el impacto que la violencia tiene para así desarrollar servicios que sean acogedores y apropiados, que faciliten la recuperación y la curación y que promuevan el empoderamiento de las sobrevivientes.

Nivel de servicio

En un modelo de empoderamiento, una mujer: experimenta validación de sus experiencias y elecciones, aumenta su sentido de fuerza interna al desarrollar fortalezas a partir de las que ya tiene; adquiere conocimiento sobre sí misma y sobre otras personas y aumenta su sentido de valor propio y capacidad, y su habilidad para tomar acción relacionada con sus metas personales. A ella se le estimula para que sobrepase su proceso de curación según comienza a establecer conexiones con otras personas, para que expanda sus recursos y redes de apoyo y para que entienda su situación dentro del contexto social más amplio. Una mujer puede convertirse en la mejor defensora de sí misma y de otras personas o de causas que son importantes para ella.

Poder elegir y tener control son áreas importantes para las sobrevivientes ya que es probable que tuvieran poco poder de elección y control dentro de relaciones y situaciones violentas o explotadoras. En servicios modificados para tratar trauma, una mujer debe ser una participante activa en el proceso de trazar sus metas y participar en servicios cuyo objetivo principal es aumentar su habilidad de tomar decisiones y elegir.

Los principios específicos de servicios modificados para tratar trauma que han sido esbozados por las localidades del estudio incluyen:

- Los programas modificados para tratar trauma identifican y reconocen la presencia del trauma, especialmente cuando ha ocurrido temprana y repetidamente, y reconocen y respetan que el manejo del trauma sea un asunto central en la vida de una mujer
- Síntomas son adaptaciones a eventos traumáticos cuyo fin es manejar la experiencia del evento. Conducta que es adaptativa en esas situaciones podría ser considerada inadecuada o "maladaptativa" en otras situaciones y por tanto, ser la base de un diagnóstico psiquiátrico.
- Conducta adaptativa debe ser considerada como una fortaleza y no como un déficit. Estas repuestas o conductas deben ser reestructuradas o redefinidas como manejo positivo de experiencias pasadas, mientras la mujer recibe ayuda para aprender repuestas alternas que son apropiadas para el estado actual en el que se encuentra.
- Proveedores de servicios necesitan entender cómo el trauma sale a relucir, qué deben hacer las mujeres cuando éste emerge, y cómo crear espacios seguros en los cuales las mujeres pueden manejar sus síntomas.
- Violencia, trauma y recuperación ocurren en relaciones. Como tal, las mujeres pueden ser sanadas en relaciones que fomentan la adquisición de poder y que se enfocan en fortalezas y aprendizaje.
- La violencia y el trauma le dan forma al sistema de creencias de una persona, sus sentimientos, auto-percepción y su relación con otras personas.
- Los servicios deben comenzar por validar los sentimientos de una mujer. Estrategias que reestructuran o redefinen situaciones deben proveer información detallada e involucrar a la mujer para que ésta sepa discernir sus opiniones, expresar preocupación e interés por otras personas, respetar límites y proveer esperanza de cambio.
- Los proveedores de servicios tienen que determinar dónde se encuentra la mujer a través del uso de evaluaciones, yendo a su paso y teniendo paciencia.

Programas y servicios modificados para tratar trauma deben evaluar y responder a las consecuencias de violencia en el pasado y al trauma relacionado con la violencia en las vidas de las mujeres y determinar si todavía la violencia está presente en la vida de la mujer al momento de recibir tratamiento. Una mujer es incapaz de hacer algo sobre los síntomas que son productos de trauma en el pasado si ésta se encuentra lidiando con violencia en esos momentos o carece de seguridad. Las necesidades que la mujer tenga para estar segura deben ser la prioridad, independientemente de otros asuntos que requieran atención. Debe asumirse la posibilidad de que haya violencia activa y ésta debe ser determinada durante la evaluación inicial y de manera regular a partir de ese momento, esto es, no sólo cuando una mujer expresa preocupaciones o cuando hay indicadores obvios. Se deben tener a la mano opciones de refugio y asistencia legal (por ejemplo, órdenes de protección).

El trauma, como eje central, debe ser incluido en la redacción de la misión o filosofía y objetivos del programa.

Los programas modificados para tratar trauma también deben prestar atención a la manera en la que sus prácticas y políticas pueden poner en peligro a una mujer. Es necesario ofrecer confidencialidad absoluta cuando una mujer está siendo acechada o cuando sus niños corren el riesgo de ser secuestrados por el agresor de la mujer. Las mujeres no deben ser entrevistadas ante la presencia de miembros de la familia o de sus parejas hasta que se determine si existe violencia, quién está perpetrando la violencia y quién está confabulado. Las mujeres no deben ser referidas a tratamiento con el propósito de ser vigiladas. Los perpetradores muchas veces se sienten amenazados cuando una mujer va en búsqueda de tratamiento y la violencia podría escalar cuando ella progresa en su tratamiento o cuando intenta abandonar su agresor.

Competencia cultural es importante, ya que la violencia y el trauma pueden tener significados diferentes en culturas diferentes, y la curación sólo puede ocurrir dentro del contexto cultural y relacional de una mujer. Además de los principios generales de competencia cultural, el personal de servicios debe explorar el significado de la violencia dentro de la familia y la cultura de la mujer y si es necesario, trabajar para redefinirlo respetando las normas y tradiciones culturales. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery provee ejemplos culturales a través de sus currículos y provee versiones en español de todos los materiales del proyecto. Esta localidad desarrolló una adaptación cultural en español del TREM y ésta está disponible a través del Boston Consortium of Services for Families in Recovery.

Características de los servicios modificados para tratar trauma

- Tienen conocimiento sobre los roles que la violencia y la victimización juegan en las vidas de las mujeres.
- Diseñados para minimizar las posibilidades de victimización y re-victimización.
- Hospitalarios y acogedores para sobrevivientes.
- Facilitan la recuperación.
- Operan basados en un modelo de empoderamiento.
- Respetan las elecciones y el control que las mujeres tienen con respecto a su recuperación.
- Están basados en una colaboración de estrecha relación entre las mujeres que acuden en búsqueda de servicios y los proveedores de servicios en la cual se minimiza el desequilibrio de poder y en la cual las metas se establecen de manera colaboradora.
- Hacen énfasis en las fortalezas que las mujeres tienen.

Cambio a nivel de sistemas

A nivel de sistemas, el cambio para modificar el enfoque de tratamiento con el propósito de tratar trauma:

- Conlleva cambios fundamentales de estructura, cultura y prácticas.
- Usualmente precede cambios a nivel de servicios (pero también puede ocurrir en ciclos).
- Facilita, apoya y refuerza cambios a nivel de sistemas.

Adiestramiento y educación deben ocurrir a nivel de organización, porque administradores, supervisores y personas encargadas de elaborar políticas públicas deben entender lo que es trauma y su impacto, y asumir responsabilidad por los cambios necesarios en las áreas de reglas y administración. El trauma, como eje central, debe ser incluido en la redacción de la misión o filosofía y objetivos del programa.

Pasos a seguir para realizar cambios a nivel de sistemas

- Compromiso administrativo para la implementación de cambio.
- Desarrollo de políticas que requieren y facilitan la inclusión de mujeres C/S/R en todos los aspectos de planificación, prestación, emisión de políticas públicas y evaluación de servicios.
- Evaluación universal.
- Adiestramiento y educación extensos.
- Prácticas de contratación que den prioridad a candidatos que entiendan y estén comprometidos a prestar servicios modificados para tratar trauma.
- Revisar todas las políticas y procedimientos para asegurar que las prácticas de programas y servicios modificados para tratar trauma sean estándares y que se han establecido alternativas para reemplazar procedimientos que tienen el potencial de ser prejudiciales.[13]

Servicios modificados para tratar trauma

Las diferentes localidades del estudio trabajaron para lograr que los servicios que las mujeres reciben fuesen modificados para tratar trauma para así poder respaldar las intervenciones específicas para trauma que estaban implementando, reforzar el enlace con las participantes y retenerlas en los servicios de tratamiento y facilitar la calidad de vida y el bienestar a largo plazo. La documentación de todos los servicios modificados para tratar trauma prestados en cada localidad del estudio no se incluye en esta publicación. Lo que sí ofrecemos, basado en lo que aprendimos de las actividades de las diferentes localidades del estudio, son perfiles y ejemplos sobre cómo los ocho servicios básicos del estudio fueron adaptados para ser modificados para tratar trauma.

El trauma debe ser reconocido temprano durante el proceso de tratamiento para que la mujer pueda establecer un enlace con los servicios a su propio paso.

Alcance y enlace

El alcance es muy importante para sobrevivientes de trauma ya que éstas podrían sentirse indignas o incómodas al recibir ayuda o no saben qué servicios podrían ser de ayuda. La victimización socava la habilidad de confiar en alguien y hace que el proceso de buscar ayuda sea un tanto difícil. Una sobreviviente podría hacer contactos tentativos varias veces antes de ser capaz de formar un enlace para permanecer en tratamiento.

Las estrategias de alcance deben incorporar conocimiento sobre cómo el trauma interfiere y altera el proceso de enlace. El trauma debe ser reconocido temprano durante el proceso de tratamiento para que la mujer pueda establecer un enlace con los servicios a su propio paso. A una mujer se le debe preguntar qué cosas le ayudan a sentirse segura. Inicialmente, el enlace podría ameritar distancia emocional.

Todas las localidades del estudio reportaron la necesidad de documentar historiales de violencia y síntomas de trauma más detallados durante los contactos relacionados con alcance y enlace. Se halló que esto ayudaba a normalizar las experiencias y a demostrar que se iba a responder a las necesidades de la mujer y que éstas serían respetadas siempre y cuando una mujer decidiera buscar ayuda.

Muchas localidades del estudio encontraron que las mujeres C/S/R servían como un punto efectivo de primer contacto para servicios. El Women's Support and Empowerment Center, un componente del District of Columbia Trauma Collaboration Study, es un lugar que las mujeres pueden visitar antes de hacer una cita para una recopilación oficial de datos ("intake"). Parte de la misión de este centro que no requiere cita ("drop-in") y que es

manej ado por consumidoras es servir como una instalación acogedora para posibles clientas en la cual ellas puedan obtener información sobre la agencia y los servicios que ésta presta y hacer un contacto inicial con otras sobrevivientes. La localidad de Washington, D.C. también desarrolló un vídeo (Women Speak Out) en el cual las sobrevivientes describen el impacto del trauma en sus vidas. El vídeo se usa en actividades de adiestramiento sobre alcance que se imparten para proveedores de servicios comunitarios.

Evaluación

Todas las agencias de servicios humanos evalúan a posibles clientas para determinar si son candidatas apropiadas para los servicios que prestan y para identificar necesidades individuales de servicios. Los programas modificados para tratar trauma asumen que cualquier persona puede ser una sobreviviente de trauma y por tanto se implementa una evaluación universal y se toman precauciones y se evalúan síntomas relacionados con trauma dentro del proceso estándar de evaluación.

…la evaluación de violencia reconoce su importancia e indica que el programa está preparado para escuchar y responder a estas experiencias dolorosas.

Las localidades del estudio se esforzaron por identificar la mejor manera de implementar actividades de evaluación de trauma. Puede ser difícil identificar la presencia de violencia porque las mujeres muchas veces reportan menos experiencias traumáticas que las reales. Las sobrevivientes tal vez no recuerdan algunas de las experiencias traumáticas o las han ocultando usando alcohol o drogas o mecanismos psicosociales de manejo. Tal vez ellas no entiendan sus experiencias como algo relacionado con violencia, especialmente si los perpetradores les han dicho que ellas estaban siendo "disciplinadas" por mala conducta o si ellas no han recibido trato respetuoso en el pasado. A menudo, las reacciones traumáticas son diagnosticadas como síntomas patológicos de salud mental o de conductas disruptivas o delincuentes. Muchas sobrevivientes también tienen problemas profundos para confiar en alguien, ya que contactos previos con sistemas y servicios que no toman en cuenta el trauma muchas veces violaron esa confianza. Ellas tal vez teman ser estigmatizadas y sienten vergüenza por las experiencias que han tenido. Las localidades del estudio también enfrentaron el reto de recopilar información relacionada con trauma cuando algunas preguntas que se hacen rutinariamente fueron percibidas como indiscretas o produjeron reacciones traumáticas.

Las localidades del estudio encontraron que era importante implementar evaluaciones de historiales de violencia, presencia o amenaza de violencia actual y el grado de síntomas de trauma al principio del tratamiento y repetirlas más tarde ya que esta información no siempre era revelada inicialmente. Las evaluaciones se deben realizar de manera respetuosa y el proveedor de servicios debe explicar por qué la información es importante y cómo compartir dicha información beneficiará a la clienta. Durante el proceso de evaluación, se debe aclarar que la entrevistada puede negarse a contestar cualquier pregunta. Las localidades del estudio descubrieron que es importante permitir que las mujeres tomen control del tipo y cantidad de información que quieran revelar. Aun si la mujer es incapaz de abordar el tema de trauma inicialmente, la evaluación de violencia reconoce su importancia e indica que el programa está preparado para escuchar y responder a estas experiencias dolorosas.

Cierto número de localidades del estudio modificaron sus procesos de evaluación para poder tratar trauma

PROTOTYPES Systems Change Center creó una evaluación integrada, para determinar si la mujer está lista para recibir tratamiento. Esta evaluación cubre conductas de riesgo relacionadas con VIH, asuntos de salud, abuso de substancias, salud mental y violencia. Una mujer evalúa si está lista para trabajar en todas las áreas y el programa comienza con las que ella se siente más preparada o lista para trabajar, mientras se prepara para estar lista para trabajar en todas las áreas. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery y el Franklin County Women's Research Project usaron expertos en trauma para ayudar con las evaluaciones en localidades múltiples del estudio. New Directions for Families involucró a mujeres C/S/R en la revisión de sus protocolos de evaluación. Esto ayudó a identificar cómo cierto lenguaje podía inducir síntomas de trauma y ser experimentado como opresivo.

El proyecto Triad creó una herramienta de evaluación interagencial que fue usada por muchas agencias en la comunidad e impartió adiestramiento para aprender a usarla. Esto aseguró que las clientas recibieran una evaluación modificada para tratar trauma y también facilitó el intercambio de información entre agencias. El Franklin County Women's Research Project ha desarrollado un folleto sobre discernimiento y evaluación modificados para tratar trauma para uso de proveedores de servicios en el área.

Actividades de tratamiento para abuso de substancias y salud mental

Para poder tratar trauma, los servicios de abuso de substancias y salud mental deben reflejar un entendimiento sobre cómo las experiencias de violencia están estrechamente entrelazadas con asuntos de abuso de substancias y salud mental. El trauma debe ser considerado como un evento básico que es a menudo central en las vidas de las sobrevivientes y que no se puede atender de manera paralela o abordada solamente cuando interfiere con otras actividades de tratamiento. Los programas y el personal deben entender que las relaciones entre abuso de substancias, salud mental y violencia son muchas veces complejas y determinadas por múltiples factores (vea la sección "El impacto del trauma en la vida de las mujeres").

Los manejadores de caso tienen que tener conocimiento sobre los efectos del trauma y estrategias para lidiar con los síntomas de trauma.

Para mujeres con esta constelación de experiencias, los planes de tratamiento tienen que tratar todas estas áreas concurrentemente y deben hacerlo en ambientes respetuosos y seguros. Muchas prácticas de salud mental y abuso de substancias que se usan normalmente pueden incitar reacciones traumáticas y ser percibidas como inseguras y abusivas. Con frecuencia, se promueve la divulgación pública de síntomas e historias de manera tal que no permite que las sobrevivientes controlen sus propios límites y eso aumenta la vergüenza que ellas sienten. En programas para el abuso de substancias, los enfoques que fomentan confrontaciones fuertes no respetan ni apoyan el derecho que una mujer tiene a establecer su propio paso en el proceso de tratamiento y pueden afectar mecanismos frágiles de manejo. Además, estas actividades pueden incitar conductas defensivas o de escape que evitan que la mujer continúe en tratamiento. En programas para salud mental, restricciones físicas y/o químicas son a menudo experiencias retraumatizantes, que sacan a relucir experiencias pasadas de violencia que pueden ocasionar mayor daño. Muchos síntomas asociados con trauma pueden ser percibidos como una resistencia ante el tratamiento o señales de pensamiento patológico, en lugar de ser interpretados como mecanismos de supervivencia que surtieron efecto en ambientes violentos. Distinguir entre pensamiento y acciones suicidas e incidentes de violencia auto-infligida (frecuentes entre los sobrevivientes de trauma, pero no son intentos suicidas) pueden ser particularmente difíciles en ambos tipos de programas.

La persona contacto para servicios de trauma del Franklin County Women's Research Project ha trabajado de cerca con el personal del hospital y las agencias del área para reinterpretar las conductas que inicialmente se percibían como combativas y/o que reflejaban falta de motivación. Entender estas conductas como reacciones a miedo permitió que el personal respondiera de manera diferente, lo cual a su vez permitió que las reacciones traumáticas disminuyeran. Algunas localidades del estudio desarrollaron modelos específicos para tratamiento de salud mental y abuso de substancias modificados para tratar trauma. Por ejemplo, el D.C. Trauma Collaboration Study tiene una intervención manualizada para abuso de substancias de 20 sesiones y una intervención didáctica sobre violencia de tres sesiones diseñada para programas de hospitalización psiquiátrica.

Los programas también deben esforzarse para cerciorarse que existe seguridad en el presente, en términos de relaciones con otras personas participando en los programas de tratamiento para abuso de substancias y salud mental. Esto incluye no permitir que el agresor de una mujer se inscriba en el mismo programa y no entrevistar a una mujer cuando otros miembros de la familia están presentes hasta que se haya descartado la presencia de violencia activa. El proyecto WELL reporta múltiples ejemplos en los cuales ayudaron a programas participantes en el estudio (especialmente a los que estaban conectados con actividades de desintoxicación) a encontrar otro lugar de tratamiento para la pareja abusiva de la mujer. Es importante tener e implementar reglas sobre hostigamiento

sexual obvio y no tan obvio entre las participantes y el personal del programa. Es probable que las mujeres requieran espacios que sean exclusivos para mujeres ya que es menos probable que se discutan las experiencias de violencia ante la presencia de hombres; y dinámicas de grupos que incluyen personas de ambos sexos pueden ser opresivas para sobrevivientes mujeres.

Destrezas de crianza

La introducción de trauma como un tema a discutir durante grupos enfocados en destrezas de crianza podría crear inicialmente una tensión entre la necesidad de prestar atención a problemas relacionados con trauma y tener que preservar el enfoque en destrezas de crianza. Adiestramiento en destrezas de crianza requiere un balance cuidadoso entre el material y la manera en que se trata el tema ya que para desarrollar empatía con un niño muchas veces se requiere explorar las propias experiencias que la persona tuvo cuando fue criada. Historiales de trauma pueden afectar las razones por las cuales una persona tiene hijos y puede conllevar a sobreprotección, miedo o expectativas poco realistas de los hijos y de una misma como madre. El objetivo es establecer una conexión entre el pasado y el presente sin ahondar más de lo necesario en experiencias traumáticas del pasado. El proyecto WELL encontró que las participantes requerían más estructura y un estilo más directivo en sus grupos de crianza una vez se introducía el tema del trauma. El proyecto también redujo la cantidad de material enfocado en la familia de origen de padres y madres para así reducir la posibilidad de que surgieran reacciones traumáticas.

Coordinación de recursos y abogacía/defensoría

Los manejadores de caso tienen que tener conocimiento sobre los efectos del trauma y estrategias para lidiar con los síntomas de trauma. Aunque las mujeres pueden adquirir estas destrezas a través de intervenciones específicas para trauma, el personal de coordinación de recursos podría requerir ayuda para proveer apoyo a las mujeres que usan sus destrezas en diversas situaciones. Por ejemplo, el trauma puede ser una barrera que impide buscar ayuda y permanecer en tratamiento. Las sobrevivientes perciben muchos procedimientos dentales y de salud como amenazantes y peligrosos. El personal puede ayudar educando a los profesionales de salud, preparando a las mujeres para que anticipen y se preparen de antemano y puede acompañarlas o proveerles apoyo durante el proceso de buscar y recibir atención médica. Los proveedores de servicios de prevención de VIH deben saber que, en un contexto donde hay violencia, las sobrevivientes tal vez no sean capaces de implementar muchas de las prácticas que se recomiendan para tener relaciones sexuales con protección.

A las participantes se les debe permitir establecer su propio ritmo en los grupos y determinar cuándo y dónde van a compartir sus historias sobre trauma.

Las supervisoras de caso del proyecto New Directions for Families están ahora más conscientes del impacto que el trauma tiene en las experiencias de las mujeres tanto en los servicios como en las actividades fuera del programa de tratamiento primario. Estas supervisoras trabajan arduamente para ayudar a las mujeres a anticipar reacciones traumáticas que surgen al exponerse a procedimientos dentales o médicos y a usar técnicas para el manejo de reacciones traumáticas, si éstas ocurren. Especialistas de Triad trabajan de cerca con el personal de agencias comunitarias para desarrollar planes de seguimiento que enfoquen en trauma. Por ejemplo, al reconocer que las mujeres que eran elegibles para participar en el estudio requerían más enlace continuo y contacto constante luego del tratamiento, el personal Triad discutió con directores de agencias estrategias para identificar y habilitar recursos que permitieron que las Especialistas de Triad prestaran servicios a las mujeres luego de haber sido dadas de alta del tratamiento. Se sugirió hacer visitas a las casas como parte del modelo de servicio de manejo de caso, ya que éstas promueven una relación segura y positiva entre la mujer y la persona a cargo de ella. Las especialistas de Triad también se esfuerzan para contactar a las mujeres que abandonan el tratamiento para así identificar y hacer algo concerniente a las barreras que impiden que continúen participando.

Servicios específicos para trauma

Las localidades del estudio hallaron que implementar servicios específicos para trauma no era suficiente. Estos servicios se deben prestar de manera tal que sean sensibles al impacto del trauma y deben ser implementados en un

tipo de servicio que haya sido modificado para tratar trauma. Grupos específicos para trauma deben ser facilitados en espacios físicos que son hospitalarios y seguros. A las participantes se les debe permitir establecer su propio ritmo en los grupos y determinar cuándo y dónde van a compartir sus historias sobre trauma. Las estrategias para manej ar síntomas de trauma deben ser reforzadas y apoyadas a través de todos los aspectos del programa.

Intervención de crisis

Muchas mujeres experimentan crisis cuando comienzan a recibir servicios y tal vez tengan otras crisis en varios momentos durante su proceso de recuperación. Recaídas y exacerbación de síntomas de salud mental son particularmente comunes. Varios tipos de reacciones traumáticas así como emergencias médicas, citas para comparecencias en la corte, la aparición de un agresor/ perpetrador, y la amenaza de rapto de un niño durante una disputa por la custodia del mismo pueden crear situaciones de crisis que deben ser atendidas.

La participación activa de parte de mujeres que han tenido experiencias traumáticas… se nutre de su conocimiento único sobre lo que los proveedores de servicios y encargados de desarrollar políticas públicas hacen que es beneficioso o perjudicial.

Las localidades del estudio hallaron que fue útil anticipar y prepararse lo mejor posible para estas situaciones. Muchas localidades del estudio (especialmente las instalaciones no residenciales) adaptaron planes de seguridad para violencia doméstica para ayudar a las mujeres para que guardaran copias de documentos importantes, artículos necesarios en caso de emergencias y ropa en lugares seguros y de fácil accesibilidad y a trazar rutas de escape si tuviesen que huir de una situación violenta. La seguridad para los niños y las mascotas es parte importante de estos planes. Varias localidades del estudio también modificaron "directivas anticipadas", que originalmente fueron desarrolladas para situaciones relacionadas con muerte, en las cuales las mujeres pueden especificar cómo quieren que se maneje una situación si tienen una recaída o requieren ser hospitalizadas por razones de salud mental. En estos planes, las mujeres indican a quién llamar, adónde llevar los niños, qué otros arreglos se deben hacer y qué precauciones de seguridad son importantes.

Además, algunas localidades del estudio reportan que desarrollaron tipos específicos de servicios para reducir la posibilidad de que ocurrieran crisis. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery implementó grupos para ayudar a las mujeres con trastornos concurrentes a que desarrollaran destrezas para lidiar con dos fuentes principales de estrés durante el proceso de recuperación: manejo de finanzas y el proceso de reunificación familiar. Estos grupos ayudan a las mujeres a manejar sus situaciones financieras y a prevenir crisis financieras y a ayudar a las mujeres a hacer algo con respecto al estrés relacionado con asuntos de custodia de menores. Los currículos para ambos grupos fueron desarrollados en inglés y en español. Muchas de las intervenciones específicas para trauma tienen componentes diseñados para anticipar problemas y desarrollar destrezas de manejo que pueden ayudar a prevenir ciertas emergencias relacionadas con trauma.

Servicios facilitados por consumidoras

Varias localidades del estudio desarrollaron servicios y grupos de apoyo facilitados por consumidoras para incrementar los servicios prestados por el personal profesional. Servicios y grupos de apoyo facilitados por consumidoras pueden proveer modelos de personas que inspiran a hacer lo que ellas han hecho, actividades sobre seguridad para mujeres y niños durante las cuales se puede aprender sobre patrones de crianza y aprender a jugar, y lugares seguros en los cuales otras mujeres las escuchan y las aprecian. Estos grupos y servicios pueden operar durante horarios específicos y en instalaciones donde no hay servicios formales disponibles. El Proyecto Triad auspicia grupos de Wisdom of Women (W.O.W.) los cuales son grupos de apoyo facilitados por consumidoras para mujeres que sufren problemas relacionados con trauma, salud mental y abuso de substancias.

Estrategias para modificar los programas y servicios para que puedan tratar trauma

Localidades del estudio utilizaron estrategias para que tanto sus servicios como los prestados por otras agencias comunitarias respondiesen más efectivamente a las necesidades de las sobrevivientes de trauma. En algunas instancias, las localidades del estudio reportaron la utilización de estrategias similares con diferentes ajustes relacionados con horario y secuencia. En otras instancias, las estrategias difirieron en términos del contexto ambiental, la combinación de programas y las relaciones existentes entre grupos y organizaciones participantes. Muchas de estas estrategias se describen a continuación.

Integración de C/S/R y empoderamiento

La participación activa de parte de mujeres que han tenido experiencias traumáticas y otros problemas de la vida se nutre de su conocimiento único sobre lo que los proveedores de servicios y encargados de desarrollar políticas públicas hacen que es de ayuda o es perjudicial. La participación de ellas en todos los aspectos de política pública, planificación e implementación resalta la efectividad y calidad global de los servicios y ayuda a asegurar que servicios, procedimientos y normas hayan sido modificados para tratar trauma. Además, la participación de mujeres C/S/R en las operaciones del programa ayuda a facilitar el empoderamiento entre ellas y a que mujeres que han tenido experiencias similares trabajen para validarse y apoyarse unas a otras.

Las estrategias que se usan con más frecuencia para facilitar la participación y el empoderamiento de mujeres C/S/ R en las localidades del Estudio de Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia fueron:

- Contratación de mujeres C/S/R como personal del programa.
- Mujeres C/S/R como miembros de comités del proyecto.
- Adiestramiento y otras fuentes de apoyo para mujeres C/S/R.

Las mujeres C/S/R son incorporadas en todos los aspectos del Franklin County Women's Research Project como personal con paga y como voluntarias. Esta localidad del estudio se enorgullece cuando visitantes no pueden distinguir quiénes son participantes y quiénes son parte del personal. Al igual que la mayoría de las localidades del estudio, el Allies Project creó un Consejo de Asesoría de Mujeres C/S/R que era responsable de revisar y proveer sugerencias sobre todos los procedimientos y materiales del proyecto.

Evaluación de estructuras y prácticas

Las localidades del estudio reportaron que para poder modificar sus servicios para tratar trauma, fue necesario reevaluar las estructuras organizacionales, políticas y prácticas (a nivel de todo el sistema de servicios) e identificar maneras en que situaciones opresivas e inseguras ocurrían. Una vez identificadas, fue necesario hacer cambios en las operaciones del programa para responder mejor a las necesidades de las sobrevivientes.

…localidades del estudio determinaron que necesitaban trabajar arduamente para poder hacer cambios fundamentales sobre lo que es trauma…

Varios proyectos desarrollaron declaraciones que expresaban la filosofía sobre la importancia de prestar atención al trauma y sobre las organizaciones comprometidas a modificar sus servicios para tratar trauma. Algunas localidades del estudio desarrollaron acuerdos formales con las agencias colaboradoras que contenían los principios que usan para prestar servicios para tratar trauma.

Por ejemplo, el WELL Project's State Leadership Council desarrolló un conjunto de principios (que todas las agencias principales firmaron) a través del cual se comprometía a examinar sus políticas públicas y prácticas vigentes,

directrices para obtener financiamiento y procedimientos para obtener licencias. Algunas localidades del estudio utilizaron cuestionarios para los proveedores con el propósito de evaluar los servicios vigentes en esos momentos y para darle prioridad a actividades diseñadas para mejorar los servicios. PROTOTYPES Systems Change Center desarrolló una herramienta para evaluar "si las organizaciones estaban listas para implementar cambio" para ayudar a las agencias participantes y determinar dónde comenzar a implementar adiestramientos.

Promoción de cambios en la manera de pensar

Algunas localidades del estudio determinaron que necesitaban trabajar para poder hacer cambios fundamentales sobre la visión que su personal y el de otras organizaciones tenía sobre lo que es trauma, así como la visión y el entendimiento que el personal tenía sobre las sobrevivientes. El Proyecto Portal reportó que muchos miembros de su personal inicialmente pensaban que el trauma no se podía tratar hasta que los problemas de abuso de substancias, los retos que la vida presenta y los síntomas de salud mental se trataran y estabilizaran. Esto comenzó a cambiar con educación y adiestramiento y luego de observar el impacto de servicios específicos o modificados para tratar trauma. Las localidades del estudio reportan haber enfrentado bastante escepticismo y resistencia hasta tanto nuevas maneras de pensar y de hacer las cosas se convirtieron en algo rutinario.

Estrategias para "ampliar los límites" de los sistemas: Grupos interagenciales de planificación y localización de servicios en varias instalaciones

Todas las localidades del estudio crearon grupos de trabajos interagenciales para facilitar la colaboración entre organizaciones. La mayoría de las localidades del estudio establecieron más de un grupo de trabajo para operar a diferentes niveles de servicio (por ejemplo, administradores, encargados de crear políticas públicas, supervisores, etc.). Estos grupos promovieron cambios de sistemas a través del desarrollo de una declaración que expresa una visión común entre todas las localidades, trabajando para usar un lenguaje simple, examinando los servicios comunitarios disponibles para evaluar fortalezas y brechas, y supervisando la implementación del estudio.

Las estrategias [de integración de servicios] que más se usaron incluyeron el uso de especialistas en trauma, equipos multidisciplinarios de servicio y co-facilitación de grupos de trauma.

El Proyecto Portal creó un Comité de Acción de Política Pública compuesto por representantes de varias agencias que identificó barreras administrativas y relacionadas con política pública y trabajó para removerlas de manera efectiva. El PROTOTYPES Systems Change Center estableció un Grupo de Expertos Locales que está prestando ayuda para difundir la práctica de servicios modificados para tratar trauma a través del sistema de servicio. El Franklin County Women's Research Project condujo reuniones trimestrales sobre integración de servicios que fueron dirigidas por la persona contacto para servicios de trauma del proyecto y en las que articiparon representantes de hospitales locales y proveedores de servicios de salud mental y abuso de substancias del área. Algunas localidades del estudio incorporaron perspectivas de trauma en los servicios para abuso de substancias y salud mental a través de la implementación de servicios múltiples en una misma instalación, usando con frecuencia personal de varios programas. El Proyecto Allies ubicó a sus grupos de Seeking Safety dentro de diferentes instalaciones de servicios de salud mental y abuso de substancias en la comunidad y el Boston Consortium of Services for Families in Recovery implementó grupos de TREM en varias instalaciones de servicios de tratamiento para abuso de substancias.

Estrategias para ampliar el alcance de los servicios: especialistas en trauma, equipos multidisciplinarios de servicios y co-facilitación de grupos de trauma

Las localidades del estudio emplearon una variedad de mecanismos para ayudar a integrar servicios de salud mental, abuso de substancias y trauma para asegurarse que todos los servicios disponibles fuesen modificados para tratar trauma. Las estrategias que más se usaron incluyeron el uso de especialistas en trauma, equipos multidisciplinarios de servicio y co-facilitación de grupos de trauma.

Ciertas localidades del estudio tienen uno o más miembros del personal que son expertos en trauma y sus tareas incluyen ayudar a las agencias y al personal participantes a que incorporen trauma en sus servicios. Estos expertos implementan adiestramientos para el personal, ayudan con supervisión, participan en reuniones del personal y en conferencias de casos. En el Franklin County Women's Research Project, la persona contacto para servicios de trauma participa regularmente en las unidades de salud mental y abuso de substancias del hospital local, para así enlazar dos servicios e incorporar conocimiento sobre trauma en el trabajo que se realiza en esas unidades. En el Boston Consortium of Services for Families in Recovery, la Coordinadora de Servicios de Trauma/Salud Mental ayuda a realizar evaluaciones de trauma y participa en conferencias de casos en todas las localidades del estudio, impartiendo así educación sobre trauma para todo el personal a través de localidades del estudio. El Boston Consortium también realiza una reunión mensual con el Equipo de Recursos Interdisciplinario (IRT, por sus siglas en inglés) donde se presentan casos anónimos y se discute la integración de trauma y salud mental con consejeros y profesionales de salud mental. Ésta es otra fuente de educación sobre trauma disponible para el personal y apoyo práctico para fomentar la planificación de tratamiento integrado.

Las localidades del estudio se dieron cuenta que la modificación de servicios para tratar trauma es un proceso continuo, no un evento que ocurre sólo una vez.

Algunas localidades del estudio usan una variedad de equipos multidisciplinarios para implementar sus actividades de servicios integrados. Estas actividades multidisciplinarias incluyen énfasis y peritaje sólidos en el tema de trauma, lo cual hace que la estrategia para facilitar que los servicios y programas se modifiquen para tratar trauma sea efectiva. Algunas localidades del estudio desarrollaron equipos multidisciplinarios con representantes de diferentes agencias que colaboran en la planificación de servicios, solución de problemas a través de las agencias, y que responden a las necesidades relacionadas con supervisión y educación. Estos equipos pueden estar compuestos por personal de una sola organización, como un hospital que fue la localidad principal para servicios de salud mental y abuso de substancias (Franklin County Women's Research Project) o por varias agencias. El Proyecto Portal realizó conferencias de casos multidisciplinarias en las cuales personal de varias disciplinas y agencias podían unir su conocimiento para revisar y repasar planes para casos.

En muchas localidades, los grupos específicos para trauma fueron co-facilitados por personal clínico de diferentes agencias y/o disciplinas. Con frecuencia, una persona adiestrada para trabajar en el área de trauma co-facilitó estos grupos con personal de la agencia que auspiciaba el grupo y así ayudó a educar al personal de la agencia sobre el tema de trauma. Este personal entonces ayudó a que su agencia pudiera modificar los servicios para incluir trauma y así responder mejor a las necesidades de las sobrevivientes de trauma.

Adiestramiento y educación

Todas las localidades del estudio reportaron la importancia de proveer adiestramiento y educación temprana y repetida para lograr que los servicios, programas y sistemas pudieran ser modificados para tratar trauma. Todas las localidades del estudio resaltaron la importancia de proveer adiestramiento y educación a todos niveles: clerical, personal de apoyo y de contacto directo con clientas, con los encargados de formular políticas públicas, administradores y supervisores. Esto fue necesario ya que los servicios y las filosofías de los programas, así como normas y barreras internas y externas que impedían realizar cambio requerían ser identificadas y modificadas.

Adiestramiento dentro de los programas no solamente aumentó conocimiento y destrezas sino que también ayudó a identificar problemas y a establecer una cultura nueva. Adiestramiento en varias áreas que se impartió a través de las agencias requirió intercambios entre personal de programas y expertos externos que implementaron sesiones educativas a través de las localidades del estudio.

Las localidades del estudio se dieron cuenta que la modificación de servicios para tratar trauma es un proceso continuo, no un evento que ocurre sólo una vez. Personas y programas que se encuentran en etapas diferentes de preparación requieren información y adiestramientos apropiados. Se requiere tiempo para fomentar y afianzar

nuevos enfoques. Además, cambio continuo de personal en la mayoría de las localidades del estudio y en agencias colaboradoras requirió repetir adiestramientos y sesiones educativas para beneficio del personal nuevo. Actividades continuas de adiestramiento también facilitaron la conexión de redes formales e informales a través de los programas, permitiendo así que las personas se conocieran y que aprendieran sobre los enfoques/orientaciones y filosofías de varios programas.

Supervisión

Aunque parte del aprendizaje y desarrollo profesional ocurrió durante sesiones de adiestramiento y de otro tipo, las sesiones de supervisión también eran importantes. Lograr que un programa integre trauma en sus servicios requiere niveles altos de destrezas clínicas que muchas veces no existen en programas comunitarios. Es extremadamente importante que se ofrezca supervisión rutinaria que incorpore conocimiento sobre trauma. El personal también debe recibir apoyo para manejar sus propias reacciones a los traumas que las clientas les cuentan y al trauma que el personal ha experimentado.

Con frecuencia, el personal del programa tuvo dificultad estableciendo una distinción entre servicios específicos para trauma y servicios modificados para tratar trauma.

Orientaciones enfocadas en empoderamiento requieren una redefinición constante de las interpretaciones que suelen ofrecerse para explicar conductas que se discuten en el contexto de prestación de servicios. Cuando la persona contacto para servicios de trauma del Franklin County Women's Research Project ayudó al personal de la sala de emergencia a entender que la "beligerancia" de una mujer era una reacción a miedo y una manera de establecer límites en una situación percibida como muy amenazante, este entendimiento hizo que el personal respondiera de manera diferente e hizo posible que la mujer recibiera la atención médica necesaria.

Trabajo piloto

Todas las localidades del estudio realizaron pruebas piloto con las intervenciones específicas para trauma durante la fase inicial del proyecto. Muchas reportaron que tuvieron que hacer modificaciones considerables como resultado de estas "pruebas". Las modificaciones estaban relacionadas no solamente a la intervención específica para trauma sino que también tenían que ver con procedimientos organizacionales relacionados con la intervención. Todas las localidades del estudio reportaron lo útil que es comenzar dando pasos pequeños e ir aprendiendo según emprendían sus pruebas pilotos. Según sus actividades piloto fueron aumentando, el personal original se unió al personal nuevo para compartir conocimiento y experiencias. Ver que se iba progresando fue alentador e importante para levantar la moral y ayudar a diseminar estrategias para alcanzar éxito. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery modificó varios aspectos de sus grupos de TREM para que fuesen compatibles con los servicios que se prestaban en las agencias en donde los grupos eran implementados. También desarrolló e hizo una prueba piloto de la traducción al español y adaptación cultural del TREM.

Otros asuntos

Con frecuencia, el personal del programa tuvo dificultad estableciendo una distinción entre servicios específicos para trauma y servicios modificados para tratar trauma. En algunas instancias, personal con menos experiencia no podía entender completamente las diferencias entre ambos, y por lo tanto, usaban los términos indiferenciadamente.

Según el personal que ya tiene conocimiento sobre abuso de substancias o problemas de salud mental adquiere más destrezas para trabajar con trauma, éste está más capacitado para infundir técnicas específicas para trauma en su trabajo habitual. Esto podría incluir el uso de una técnica conocida en inglés como "basic grounding" (en la cual se trabaja con la mujer en el presente para que esté más segura sobretodo cuando está teniendo escenas retrospectivas o "flashbacks") u otras técnicas de manejo de síntomas de trauma en su trabajo de grupo relacionado con abuso de substancias. Así, su tratamiento se modifica para tratar trauma y es más efectivo abordando síntomas relacionados con trauma.

Algunas situaciones podrían requerir que un profesional combine enfoques específicos para trauma y aquéllos modificados para tratar trauma. Esto es recomendado particularmente para la coordinación de recursos y de abogacía donde la meta es ayudar a que las mujeres puedan tener acceso a los servicios que requieren. La manejadora de casos debe tener suficiente conocimiento sobre trauma para evitar sacar a relucir síntomas de trauma y para entender el impacto que el trauma tiene en muchas áreas de la vida de la mujer. Al personal también puede que se le pida que ayude a la mujer a manejar sus síntomas para que ésta le pueda sacar provecho a los recursos que están disponibles. Mientras tanto, una supervisora de caso podría tener que educar a otros proveedores de servicios para que sepan cómo prestarle ayuda a una mujer de manera que reconozca el rol que el trauma juega en su vida.

Además de adiestramiento sobre trauma, en un sistema de servicios coordinados, se requiere otros tipos de adiestramientos globales para que los programas que abordan el tema de la violencia en contra de las mujeres tengan mayor conocimiento sobre problemas de abuso de substancias y salud mental.

Según los programas para abuso de substancias y salud mental se comprometen en estar más dispuestos a modificar sus servicios para tratar trauma, los programas que se enfocan en violencia tienen que hacer evaluaciones para detectar problemas de abuso de substancias y salud mental y aprender a cómo prestar apoyo en las etapas de sobriedad y bienestar físico y mental.

Retos y Lecciones

Retos en el desarrollo de servicios específicos y modificados para tratar trauma

El Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia enfrentó un sinnúmero de retos y obstáculos mientras emprendía la tarea de crear servicios específicos y modificados para tratar trauma. Muchos de estos retos y las estrategias que las localidades del estudio emplearon para vencerlos se describen a continuación.

Diferencias filosóficas

Diferencias filosóficas entre salud mental y abuso de substancias crearon retos para que las localidades determinaran el enfoque de tratamiento apropiado para mujeres con trastornos concurrentes. Los servicios para abuso de substancias y salud mental usualmente se organizan por separado y usan enfoques diferentes de tratamiento. Por ejemplo, los sistemas de abuso de substancias típicamente adoptan un modelo en el cual la adicción se ve como una "enfermedad", en contraste con los sistemas de salud mental que son más propensos a conceptualizar la adicción como un síntoma subyacente a un trastorno de salud mental o un resultado de la necesidad de automedicación. Además, el enfoque de tratamiento para abuso de substancias es con frecuencia confrontativo, a través del cual se les presenta a los clientes las consecuencias de sus conductas, mientras que los servicios de salud mental operan tradicionalmente siguiendo un modelo biológico-psiquiátrico y/o de supervisión de caso con apoyo.[59] Cuando estos proyectos comenzaron, muchas localidades del estudio no estaban operando en agencias que se habían enfocado en integrar salud mental y abuso de substancias y esto requirió una discusión y un acuerdo sobre cómo responder más efectivamente a las necesidades de las mujeres del estudio. Muchos aspectos de la interrelación entre las dos áreas requirieron ser resueltos incluyendo la duración y curso del tratamiento, estrategias de tratamiento y personal.

Diferencias filosóficas en torno a trauma también hicieron difícil que las localidades del estudio implementaran sus agendas para hacer algo con respecto a trauma. Al comienzo del proyecto, ninguna de estas comunidades compartía una filosofía sobre el impacto del trauma y la manera más apropiada de prestar servicios para responder al trauma. Además, no usaban un lenguaje común. PROTOTYPES Systems Change Center enfocaba en algo especial, trauma y las actividades de reforma de asistencia social en el Condado de Los Ángeles; y usó esto como una oportunidad para responder a una crisis. Sin embargo, había un poco de tensión entre violencia doméstica y otros tipos de trauma. La reforma de asistencia social sólo enfocaba en asuntos relacionados con violencia doméstica, sin tomar en cuenta trauma durante la niñez y violencia en la comunidad la cual es un problema real para muchas mujeres. PROTOTYPES encontró que era difícil lidiar con las definiciones burocráticas y a la misma vez responder a las necesidades de servicio requeridas por estas mujeres.

Muchos proveedores de servicios vislumbraron el comienzo de la prestación de servicios para trauma como la apertura de la "caja de Pandora", creando necesidades a las cuales no se podían responder.

Las localidades del estudio hallaron que un proceso de planificación abierto y colaborador era necesario para poder desarrollar un entendimiento colectivo del problema y así desarrollar servicios apropiados. Fue importante manejar cuidadosamente el proceso de cambio, prestando atención a las realidades clínicas y políticas. El Franklin County Women's Research Project redefinió los asuntos o problemas a tratar desde la perspectiva de las clientas y trabajó arduamente para encontrar una base colectiva compartida por todos los que velan por los intereses de las clientas.

Resistencia a nivel de servicio

Inicialmente, todas las localidades del estudio confrontaron resistencia, vacilación y preocupación a nivel de servicio, tanto dentro de la organización como en la comunidad global. Muchos proveedores de servicios vislumbraron el comienzo de la prestación de servicios para trauma como la apertura de la "caja de Pandora", creando necesidades a las cuales no se podían responder. Algunos proveedores de servicios vieron los servicios específicos y modificados para tratar trauma como áreas muy especializadas y no se sentían preparados o cualificados para prestarlos. Otros proveedores de servicios estaban preocupados por la posibilidad de que al evaluar historiales de trauma se desencadenaran síntomas imposibles de manejar y que la implementación de grupos específicos para trauma pudiera reducir la seguridad de las mujeres al estimularlas a discutir eventos traumáticos en detalle. Varias localidades del estudio enfrentaron proveedores de servicios que no creían que el trauma era un factor importante entre las mujeres con trastornos concurrentes o que creían que trastornos múltiples requerían ser tratados de manera secuencial (no de manera integrada). Muchas localidades del estudio reportan que proveedores de servicios en la comunidad están muy agobiados por trabajo que excede sus capacidades; y la creación de actividades y servicios nuevos fue percibida como una tarea extra que tenían que hacer.

Las localidades del estudio entienden que muchas de estas preocupaciones surgen de la falta de conocimiento sobre el impacto del trauma y sobre la manera de responder apropiadamente a nivel clínico y de servicios. Varias localidades del estudio reportaron que la resistencia a nivel de servicio fue el resultado de asuntos relacionados con trauma personal que hizo difícil que el personal clínico se sintiese cómodo trabajando en esta área.

Adiestramiento y otras estrategias educativas han sido efectivos para responder a las preocupaciones de los proveedores de servicios, para lograr que se enfoquen en asuntos relacionados con trauma y para fomentar una filosofía y visión colectiva. Las localidades del estudio han tenido mayor éxito con el adiestramiento para proveedores de servicios cuando éste se ofrece para obtener créditos de educación continua y cuando se les da tiempo libre para que participen. Varias localidades del estudio observaron que la oportunidad de obtener conocimiento nuevo y compartir información fue clave para atraer al personal clínico.

… las localidades del estudio descubrieron que adiestramiento y otras actividades educativas eran muy efectivas para lidiar con resistencia administrativa.

En la Fase I del proyecto, Allies invitó a proveedores de servicios para que participaran en un grupo completo de TREM para que se familiarizaran con la intervención y para que tuvieran la oportunidad de lidiar con sus propios problemas de trauma. Algunas localidades del estudio que co-facilitaron los grupos específicos para trauma ayudaron a ampliar el conocimiento y el sostén de los servicios específicos o modificados para tratar trauma. Estos esfuerzos permitieron que los proveedores de servicios entendieran la importancia de tratar los problemas relacionados con trauma y que se sintieran seguros de que el proyecto ha desarrollado una manera apropiada para responder al trauma. Localizar grupos específicos para tratar trauma dentro de otras organizaciones de servicios también ha ayudado a reducir la resistencia a nivel de servicio.

Como ya ha sido señalado, supervisión activa y constante así como ayuda técnica y apoyo prestados a organizaciones por individuos que tienen conocimiento y experiencia en temas de trauma han sido cruciales. Involucrar a mujeres C/S/R como entrenadoras y defensoras/portavoces también ha sido efectivo. El manual de referidos para servicios de trauma del D.C. Trauma Collaboration Study fue diseñado para responder a las preocupaciones de los proveedores de servicios relacionadas con la falta de lugares adonde referir a personas una vez se descubría que sufrían problemas relacionados con trauma. El manual, que ha sido distribuido a través de la ciudad, ofrece información detallada sobre servicios disponibles en la ciudad relacionados con trauma que incluyen tipo de servicio, duración, localización, transportación, información sobre costo/seguro y personas que se pueden contactar.

Resistencia a nivel administrativo

Muchas localidades del estudio confrontaron resistencia de parte de administradores a nivel gerencial medio y a nivel más alto. Las localidades del estudio hallaron diferencias filosóficas relacionadas a la importancia del trauma y a la necesidad de tener servicios integrados. Algunos administradores no creían que los servicios y sistemas podían ser alterados sin fondos financieros substanciales y sin afectar el flujo de reembolsos y de pagos en efectivo. Otras personas creían que los recursos de personal eran muy limitados para poder participar en servicios nuevos específicos para mujeres. Algunos administradores fueron receptivos a la idea de tener servicios específicos y modificados para tratar trauma, pero creyeron que la demanda de implementación era excesiva para sus organizaciones ya que se enfocaban en manejo de crisis. Varias localidades del estudio trabajaron con gobiernos estatales y locales mientras lidiaban también con un flujo constante de personal nuevo, reorganizaciones y cortes presupuestarios.

Las localidades del estudio hallaron que los factores que ayudaron a crear cambio fueron: tiempo, compromiso, adiestramiento y apoyo continuo y el uso de organismos coordinadores interagenciales.

Una vez más, las localidades del estudio descubrieron que adiestramiento y otras actividades educativas eran muy efectivos para lidiar con resistencia administrativa. Grupos de planificación constituidos por personal de varias agencias también ayudaron a que se aumentara el apoyo de parte del nivel administrativo para realizar trabajo de trauma. Al igual que con los proveedores de servicios, localizar grupos para trauma en otras agencias y prestar consulta y apoyo continuos ayudó a aumentar la aceptación. Triad usó fondos de subvenciones para apoyar nuevas posiciones de personal y el aumento en demanda por servicios integrados específicos para mujeres, específicos y modificados para tratar trauma. El proyecto compartió recursos de personal en forma de posiciones pro bono para aumentar la disponibilidad de servicio.

Recursos limitados

Los asuntos financieros variaron a través de las localidades del estudio, y a veces fueron problemáticos como resultado de mecanismos diferentes de financiamiento y reembolso. En algunos casos, localidades del estudio estaban dependiendo de sistemas de servicios que tenían fondos financieros limitados, y esto hacía que el acceso a servicios fuese, por ende, limitado.

Algunas agencias no querían que su personal participara en actividades de planificación y adiestramiento que no podían ser facturadas. Recursos limitados para las nuevas intervenciones clínicas a veces hacían difícil que el personal clínico se interesara. En general, existían pocos recursos para cubrir el tiempo que el personal dedicaba a trabajo colateral y preparatorio necesario para implementar adecuadamente los grupos de trauma. También fue difícil proveer supervisión adecuada porque muchos de los arreglos pactados con sistemas de atención supervisada no proveían mecanismos para pagar por ella. Con frecuencia, a los proveedores de servicios ambulatorios se les paga una cuota por el tiempo que pasan en contacto directo, cara a cara con el cliente. El personal clínico tiene que ir a supervisión en su tiempo libre.

Dos localidades en Massachusetts, WELL y el Boston Consortium of Services for Families in Recovery, hallaron que era difícil obtener reembolso para grupos específicos para trauma en programas de tratamiento ambulatorio que no tenían licencia para prestar servicios de salud mental ya que se reembolsaba por implementar estos grupos usando un diagnóstico de salud mental del DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - Cuarta Edición). Además, las organizaciones de atención médica supervisada frecuentemente limitan la cantidad de servicios, incluyendo grupos, que una mujer puede recibir en un momento dado, haciendo esto difícil su participación en más de un grupo.

Limitaciones de tiempo por parte del personal clínico también fue una barrera, particularmente en sistemas de servicios con restricciones presupuestarias. Al personal clínico no se le podía pedir que realizara actividades adicionales (trabajo en trauma) sin rescindirles de otras responsabilidades que ya tenían. Esto es difícil en casi todos los sistemas de servicio que ya de por sí están sobre cargados y tienen poco personal.

Participación consistente en grupos de trauma puede ser difícil

Asegurar participación continua en grupos de trauma fue un reto en muchas localidades del estudio. Por varias razones, lograr que las mujeres asistan a los grupos de manera consistente puede ser difícil. La transportación muchas veces es una barrera enorme. Como la mayoría de las mujeres depende de otros medios de transportación para ir y venir de los grupos, ya que no tienen autos. Las comunidades en donde se encuentran las localidades del estudio a veces cuentan con sistemas deficientes de transportación pública o no cuentan con ningún tipo de transportación. Esto es más retador en zonas rurales donde la transportación es extremadamente limitada. Problemas con cuidado de niños también podrían dificultar la asistencia de las mujeres a los grupos.

… localidades del estudio señalaron la importancia de desarrollar una visión y lenguaje colectivos sobre trauma entre las personas clave que velan por los intereses de los servicios para trauma.

Al igual que en muchas localidades del estudio, PROTOTYPES Systems Change Center ha encontrado que flexibilidad por parte del personal ha sido de mucha ayuda para resolver parte de la dificultad que las barreras de transportación representan. Muchos miembros del personal han transportado a las mujeres a estaciones de transportación pública o las han llevado y traído de los grupos. En el District of Columbia Trauma Collaboration Study, el programa para mujeres que no requiere citas ha creado un espacio seguro y hospitalario para que las mujeres pasen tiempo allí cuando tienen que esperar entre un tratamiento y otro o entre un grupo y otro. Algunas localidades del estudio como New Directions for Families, también ofrecen cuidado de niños. Vacilación o miedo a confrontar problemas relacionados con trauma también puede afectar la participación de las mujeres. Muchas de ellas tal vez no están preparadas para lidiar con experiencias pasadas de violencia y abuso en ese momento preciso de su proceso de recuperación.

Otras prioridades, tales como hacer lo más básico para asegurar supervivencia (obtener empleo, asegurar vivienda, etc.) podrían minimizar la importancia de asistir a grupos. En un esfuerzo por responder a estas necesidades, Community Connections, la agencia líder en el District of Columbia Trauma Collaboration Study, se ha convertido en una autoridad de vivienda en D.C. con control sobre 150 vales o cupones de Sección 8. Estos vales o cupones han estado a la disposición de las mujeres del estudio.

Cambio de personal

Muchas localidades del estudio identificaron cambios en el personal como un reto tanto dentro de los programas internos como en el grupo de agencias participando en el estudio. Al igual que lo sucedido en otras localidades del estudio, New Directions for Families tuvo dificultad para mantener personal cualificado para implementar trabajo demandante en un periodo de tiempo en el cual la economía ofrecía muchas otras oportunidades de trabajo. Había una necesidad constante de educar y adiestrar personas nuevas y esto requirió tiempo y recursos financieros.

El cambio es difícil

El proyecto Portal descubrió que sus esfuerzos para implementar cambios requirieron muchísima coordinación, comunicación, cooperación y tiempo. Cambiar sistemas, servicios y personal clínico para responder mejor a trauma y al impacto que éste tiene es difícil y laborioso. Las localidades del estudio hallaron que los factores que ayudaron a crear cambio fueron: tiempo, compromiso, adiestramiento y apoyo continuo y el uso de organismos coordinadores interagenciales.

Lecciones

A través de sus actividades de implementación, las localidades del estudio han aprendido mucho sobre cómo modificar los servicios para tratar trauma y crear nuevos servicios específicos para trauma dentro de los sistemas de prestación de servicios que ya existen. Mientras que algunas de estas lecciones se aplican a cualquier proceso abarcador de cambio, otras están más relacionadas a la tarea de cambiar los servicios y sistemas para que puedan enfocarse en trauma y a la creación de servicios específicos para trauma. A continuación se presentan lecciones significativas compartidas por las localidades del estudio.

Una visión y un lenguaje colectivos son pasos iniciales importantes

Muchas localidades del estudio señalaron la importancia de desarrollar una visión y lenguaje colectivos sobre trauma entre las personas clave que velan por los intereses de los servicios para trauma. Toda persona involucrada en este sector de servicios debe trabajar en pos de las mismas metas y usar una filosofía colectiva para alcanzar dichas metas.

El Proyecto WELL comenzó su trabajo colaborador clarificando valores para así lograr identificar y reconciliar fuentes que podrían generar desacuerdo y tensión. Estas actividades han ayudado a retener un grupo diverso de participantes que trabajan juntos. Algunas localidades del estudio se dieron cuenta de la importancia de asegurarse que los procesos utilizados para crear una visión colectiva fuesen seguros y que respetaran todos los puntos de vista. Se le debe prestar atención a la formulación de problemas de manera tal que se puedan escuchar y usar en diferentes contextos (organizacional y cultural). Las actividades de adiestramiento (discutidas más adelante) fueron una manera efectiva de suministrar este lenguaje colectivo a todos los participantes clave.

Trauma debe ser un tema central

El trauma debe ser un tema central para las mujeres, especialmente para aquéllas con problemas de salud mental y abuso de substancias. Algunas localidades del estudio descubrieron que el trauma no se puede tratar como una añadidura o apéndice a las necesidades relacionadas con salud mental y abuso de substancias de una mujer, sino como algo de importancia fundamental e interconectado. PROTOTYPES Systems Change Center halló que era importante asegurarse que el trauma fuese un componente fundamental (tanto en términos prácticos como filosóficos) en su enfoque de servicios integrados, y que posicionar el trauma como un problema central ayudó a asegurarse que los servicios fuesen modificados para tratar trauma.

Todas las localidades del estudio hallaron que es importante y necesario integrar a las mujeres C/S/R en todos los aspectos de sus proyectos.

Adiestramiento, educación y supervisión son necesarios, pero no son suficientes

Adiestramiento y educación sobre trauma, su impacto y prestación de servicios apropiados son cruciales para lograr que los servicios, programas y sistemas sean modificados para tratar trauma. La mayoría de las localidades del estudio hallaron que había que ofrecer adiestramiento a una amplia variedad de personas, incluyendo aquéllas que no participaban directamente en el proyecto y a muchos niveles, incluyendo consumidores, personal clínico, supervisores/directores de programas y los responsables por formular políticas públicas. El adiestramiento debe ser continuo para seguir evaluando lo que se ha aprendido, lidiar con problemas que emergen y para educar al personal nuevo. El adiestramiento debe ser ofrecido a bajo costo o gratis para que sea accesible; y también se deben ofrecer incentivos tales como créditos de educación continua.

El proyecto Allies halló que era importante que el adiestramiento fuese multifacético, incluyendo adiestramientos en grupo, materiales visuales colocados en instalaciones de tratamiento, materiales/recursos escritos, discusiones durante reuniones con el personal, supervisión y discusiones informales. Varias localidades del estudio observaron que el adiestramiento no sólo mejoró los servicios, sino que produjo más cambios sistémicos en la medida en que las personas usaron el nuevo conocimiento como "agentes de cambio" dentro de sus lugares de trabajo.

Es crucial proveer supervisión continua sobre cómo modificar los servicios para tratar trauma para todo el personal. Trabajar en el área de trauma requiere destrezas, experiencia y conocimiento. Al personal le puede tomar mucho tiempo reconocer cómo trauma y violencia se manifiestan de día a día y en reacción al tratamiento. Además, reacciones personales ante el trauma emergen frecuentemente entre el personal y deben ser abordadas para que no interfieran con la empatía y la preservación de límites apropiados.

Las mujeres C/S/R deben participar

Todas las localidades del estudio hallaron que es importante y necesario integrar a las mujeres C/S/R en todos los aspectos de sus proyectos. El conocimiento directo que ellas tienen fue crítico para diseñar servicios nuevos y cambiar prácticas existentes a niveles clínicos y programáticos de manera tal que fuesen más sensibles y apropiados para sobrevivientes de trauma. Varias localidades del estudio encontraron que era efectivo que mujeres C/S/R ayudaran a implementar adiestramientos y otras actividades educativas.

Se requiere tiempo para abrir vías de comunicación, establecer relaciones, crear conciencia y alterar las prácticas vigentes.

Dependiendo de su trasfondo, las mujeres C/S/R se pueden beneficiar del desarrollo de destrezas básicas enfocadas en empoderamiento. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery implementó recurrentemente un Instituto de Liderazgo para Mujeres C/S/R y muchas localidades del estudio crearon programas de mentoras y otros mecanismos para prestar apoyo continuo para promover la participación activa de las mujeres C/S/R.

Comités interagenciales son efectivos

Los comités interagenciales deben incluir representantes de todas las organizaciones claves que representan los intereses de las participantes, incluyendo mujeres C/S/R, y se les puede delegar varias actividades de planificación y coordinación de programas. A través del proceso de desarrollo e implementación de la intervención, los miembros se educan sobre problemas relacionados con trauma y se alían con las metas del proyecto. Los participantes muchas veces llevaron consigo esa concientización y compromiso para trabajar en el área de trauma a sus organizaciones e hicieron cambios allí, muchos de los cuales sobrepasaron el enfoque inmediato del proyecto. Los comités interagenciales ayudaron a establecer relaciones y a fomentar el apoyo necesario para el éxito de las actividades de los proyectos locales.

Las actividades deben adoptar un enfoque multidisciplinario y de niveles múltiples

Las actividades para crear servicios modificados para tratar trauma y servicios específicos para trauma deben incluir y enfocar en todos los niveles de participantes incluyendo consumidores, personal clínico, supervisores/ directores de programa, administradores y los responsables por formular políticas públicas. La mayoría de las localidades del estudio encontraron que era importante trabajar simultáneamente de abajo para arriba, de arriba para abajo y del centro hacia fuera. Obtener apoyo a nivel administrativo para realizar el trabajo ha sido crucial para obtener apoyo del personal de contacto directo para promulgar la agenda nueva enfocada en trauma. Si los esfuerzos para infundir el conocimiento y las prácticas sobre trauma no son dirigidos a todos los niveles, lo que se practica en un área puede socavar el cambio en otras áreas.

Varias localidades del estudio hallaron que colocar servicios específicos para trauma en programas para abuso de substancias y salud mental ayudó a lograr que esos programas se modificaran para tratar trauma. El Proyecto Portal usó conferencias de casos con un equipo multidisciplinario compuesto por personal de varias agencias para hacer que las agencias colaboradoras estuvieran mejor informadas sobre trauma. Los supervisores clínicos pueden ayudar al personal clínico a operacionalizar conocimiento obtenido a través de actividades de adiestramiento y educación.

Cambio puede ser facilitado por una o dos personas

El cambio puede ser estimulado y apoyado por una o dos personas que entienden el tema de trauma, que están comprometidas con el trabajo en trauma y que pueden ser persuasivas en cuanto a la necesidad de alterar la práctica clínica y las operaciones programáticas dentro de sus agencias. El D.C. Trauma Collaboration Study obtuvo mayor éxito en implementar la agenda de modificar servicios para que tratasen trauma en organizaciones donde hallaron personas ("campeones del trauma") comprometidas a crear cambio relacionado con trauma. El Boston Consortium of Services for Families in Recovery descubrió que la colocación estratégica de liderazgo aceleró importantes cambios de reglas a nivel de sistemas. Al trabajar de cerca con todos los proveedores de servicios y agencias relevantes, la persona contacto para servicios de trauma dentro del Franklin County Women's Research Project tuvo un impacto significativo logrando que los servicios fuesen modificados para tratar trauma.

Hacer cambios requiere tiempo, trabajo arduo y enfoque

Cambiar la manera en que los proveedores de servicios, programas y sistemas piensan y responden a problemas relacionados con trauma requiere mucho tiempo, trabajo arduo y enfoque. Se requiere tiempo para abrir vías de comunicación, establecer relaciones, crear conciencia y alterar las prácticas vigentes. Como si fuera poco, estas actividades tienen que estar bien programadas y coordinadas. A nivel de participante, temas relacionado con seguridad y auto-eficacia tienen mayor prioridad. Podría ser imposible abordar otros temas hasta tanto una mujer esté lista. Además, el personal y los programas aprenden y cambian a pasos diferentes que deben ser respetados.

Apoyo continuo para lograr cambio es crucial, incluyendo ofrecer oportunidades de adiestramiento y educación continuas. New Directions for Families encontró que el programa debe estar dispuesto y abierto al cambio y que es importante ser realista acerca del proceso de cambio y reconocer que el cambio podría ser difícil para el personal. De acuerdo con las observaciones realizadas por el proyecto Triad, "el enfoque en trauma debe mantenerse y operacionalizarse a largo plazo. No puede ser el 'sabor del mes'; debe ser un esfuerzo persistente que se mantiene vigente a través de un periodo de tiempo extenso".

Recursos

Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study Sites

PROTOTYPES Systems Change Center

Investigadora Principal: Vivian Brown
5601 West Slauson Avenue
Culver City, California 90230
310-641-7795
protoceo@aol.com
www.prototypes.org

Allies: An Integrated Services System of Care/ Women's Health Study

Investigadora Principal: Jennifer P. Heckman
ETR Associates
777 North Pershing Avenue
Stockton, California 95202
Dirección postal: 2241 Greer Road, Palo Alto, CA 94303 650-858-2526
jennieheckman@cs.com

New Directions for Families/Arapahoe House

Investigadora Principal: Nancy VanDeMark
8801 Lipan Street
Thornton, Colorado 80260
303-657-3700
nancyv@ahinc.org
www.arapahoehouse.org

District of Columbia Trauma Collaboration Study

Investigador Principal: Roger Fallot
801 Pennsylvania Avenue, SE
Washington, District of Columbia 20003 202-608-8796
rfallot@communityconnectionsdc.org
www.communityconnectionsdc.org

Triad Women's Project

Investigadora Principal: Margo Fleisher-Bond
5241 US Highway 98 South
PO Box 879
Highland City, Florida 33846
863-701-1994
mfleisher-bond@ tchsonline.com
www.fmhi.usf.edu/cmh/research/exemplary/triad.html

Boston Consortium of Services for Families in Recovery

Investigadora Principal: Hortensia Amaro
Boston Public Health Commission
211 River Street
Boston, Massachusetts 02126
617-373-7601
h. amaro@neu.edu
www.tiac.net/users/bdph/index.htm

Women Embracing Life and Living (WELL) Project

Investigadora Principal: Norma Finkelstein
349 Broadway
Cambridge, Massachusetts 02139
617-661-3991
normafinkelstein@healthrecovery.org
www.healthrecovery.org

Franklin County Women's Research Project

Investigadora Principal: Rene Andersen
55 Federal Street, Suite 230
Greenfield, Massachusetts
413-536-2401
randersen@theconsortiumwmtc.org

Portal Project

Investigadora Principal: Sharon Cadiz
10 Astor Place, 7th Floor
New York, New York 10003
212-979-8800
sharon.cadiz@palladiainc.org
www.palladiainc.org

Women, Co-Occurring Disorders and Violence Coordinating Center

Investigador Principal: Joseph J. Cocozza
Policy Research Associates, Inc.
345 Delaware Avenue
Delmar, NY 12054
518-439-7415
wvcc@prainc.com
www.prainc.com/wcdvs

Recursos específicos para trauma

La siguiente lista describe varios servicios específicos para trauma y recursos que las localidades del Estudio de Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia han seleccionado para incluir en sus programas. Información sobre cómo obtener los materiales también ha sido incluida.

Manuales y materiales de trasfondo sobre intervenciones de grupo específicas para trauma

Recuperación de trauma y empoderamiento

Trauma Recovery and Empowerment: A Clinician's Guide for Working with Women in Groups
Maxine Harris y Jerri Anglin
Free Press, 1998
Esta intervención de grupo combina adiestramiento en destrezas sociales y técnicas psicoeducativas y psicodinámicas y grupos de apoyo para trabajar con sobrevivientes de trauma.

Healing the Trauma of Abuse: A Women's Workbook
Maxine Harris y Mary Ellen Copeland
Oakland, CA: New Harbinger, 2000

Este cuaderno de ejercicios de auto-ayuda para mujeres en recuperación de abuso físico, sexual y emocional está basado en el Modelo de Recuperación de Trauma y Empoderamiento (TREM, por sus siglas en inglés). Se puede usar adjunto a las sesiones de grupo, de manera independiente o con una consejera.

Trauma Recovery and Empowerment Profile (TREP) and Skill Building Strategies Menu
La escala TREP de clasificación y el menú de estrategias para desarrollo de destrezas son herramientas clínicas para personal clínico y sobrevivientes que se usan para evaluar el nivel de destreza y trabajo necesario para el desarrollo de destrezas.

G-TREM: Trauma Recovery and Empowerment para niñas de 12-14 años
G-TREM: Trauma Recovery and Empowerment para niñas de 15-18 años
Estas dos intervenciones de trauma están basadas en el modelo de TREM para mujeres adultas y han sido adaptadas para reflejar las luchas de las adolescentes. Ambas intervenciones tienen 15 sesiones e incluyen más ejercicios experienciales. El enfoque de aprendizaje y el tono general han sido modificados para ajustarse al estilo de aprendizaje de las adolescentes.

Todos los materiales reseñados anteriormente están disponibles a través de:

Community Connections
801 Pennsylvania Avenue SE Suite 201
Washington, DC 20003
202-546-1512
www.communityconnectionsdc.org

Adaptación cultural y traducción al español del Modelo de Recuperación de Trauma y Empoderamiento (TREM)
Esta versión de 25 sesiones del Modelo de Recuperación de Trauma y Empoderamiento (por Maxine Harris, PhD) fue adaptada culturalmente y traducida para responder a las necesidades de las mujeres latinas que hablan español. Contenido sobre VIH fue añadido.

Disponible a través de:
Rita Nieves

Boston Consortium of Services for Families in Recovery
211 River Street
Mattapan, MA 02126
617-534-7969

Rita_Nieves@bphc.org

Seeking Safety

Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse
Lisa M. Najavits
New York: Guilford Press, 2001
Este modelo cognoscitivo conductual de terapia de grupo está diseñado para ayudar a que los participantes puedan alcanzar un lugar seguro donde resguardarse de los efectos del trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y abuso de substancias. El tratamiento está basado en cinco principios claves: seguridad como meta abarcadora; tratamiento integrado; un enfoque en ideales; cuatro áreas de contenido - cognición, conductual, interpersonal, manejo de caso y atención a los procesos clínicos.

Seeking Safety: Outcome of a New Cognitive- Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence
L. Najavits, R.D. Weiss, S.R. Shaw y L. Muenz
Journal of Traumatic Stress, 1998, 11:437-456
Este artículo reporta los efectos Seeking Safety en 17 mujeres que completaron el programa. Resultados demostraron mejorías significativas en el uso de substancias, síntomas relacionados con trauma, riesgo y pensamientos suicidas, ajuste social, funcionamiento familiar y depresión.

Training Clinicians to Conduct the Seeking Safety Treatment for PTSD and Substance Abuse
Lisa M. Najavits
Alcoholism Treatment Quarterly, 2000, 18:83-98
Este artículo provee sugerencias para adiestrar a personal clínico en la psicoterapia de Seeking Safety para pacientes con trastorno por estrés postraumático y abuso de substancias.

Seeking Safety: A New Psychotherapy for Post-traumatic Stress Disorder and Substance Abuse Disorder
Lisa M. Najavits
In Trauma and Substance Abuse: Causes, Consequences, and Treatment of Comorbid Disorders (P. Ouimette & P. Brown, Eds.)
Washington, DC: American Psychological Association Press (en proceso de publicación)
Este artículo provee una visión general de Seeking Safety y cómo fue desarrollado, una comparación de otros tratamientos existentes, una reseña de investigaciones enfocadas en evaluar la efectividad del currículo e ideas para investigaciones futuras.

Addictions and Trauma Recovery (ATRIUM)

Addictions and Trauma Recovery: Healing the Mind, Body and Spirit
Dusty Miller and Laurie Guidry
New York: W.W. Norton, 2001
Este modelo abarcador de recuperación para adicción y trauma incorpora un enfoque dirigido a la mente, cuerpo y espíritu y ofrece procesos psicoeducativos e intervenciones expresivas.

Triad Women's Group

Triad Women's Project Group Facilitator's Manual
Fred Fearday, Colleen Clark, and Michelle Edington (Editors)
Louis de la Parte Florida Mental Health Institute
University of Southern Florida
13301 Bruce B. Downs Boulevard
Tampa, FL 33612
813-974-4602
October, 2001
Esta intervención de grupo para mujeres con trastornos de abuso de substancias, problemas de salud mental e historias de violencia ayuda a las mujeres a trabajar en pos de supervivencia, recuperación y empoderamiento.

Esfuerzos realizados por consumidoras

Wisdom of Women Starter Kit

Wisdom of Women es un grupo de apoyo para mujeres cuyas vidas han sido afectadas por trauma, abuso de substancias o salud mental. Los temas del grupo son Seguridad, Serenidad, Sentido del Yo, Sistema de Apoyo y Solución de los Problemas de la Vida. El Starter Kit incluye un preámbulo, directrices para el grupo e información y herramientas útiles para lidiar con co-dependencia, violencia doméstica, abuso de substancias, salud mental y los 12 Pasos para sobrevivientes de trauma. El equipo o "kit" se distribuye a miembros nuevos del grupo y a las Líderes nuevas de W.O.W.

Disponible a través de:

Sharon Slavin
Consumer Coordinator
Triad Women's Project
863-452-3858

Recursos para modificar servicios para tratar trauma

A través del transcurso del estudio, las localidades del Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia y el Centro Coordinador han desarrollado una variedad de materiales para modificar servicios para tratar trauma. Estos productos, junto con la información para ordenarlos aparecen a continuación.

PROTOTYPES Systems Change Center

Serving Women with Many Needs: Lessons Learned on Systems Change to Better Serve Women with Co-Occurring Disorders and Trauma

Este documento describe las lecciones aprendidas y los retos enfrentados al prestar servicios integrados para mujeres con trastornos concurrentes e historiales de violencia.

Changing and Improving Services for Women and Children: Strategies and Lessons Learned

Esta monografía resalta los retos y lecciones aprendidas al prestar servicios abarcadores e integrados para mujeres en programas de tratamiento residencial y sus niños.

Recruiting, Training and Maintaining Consumer Staff: Strategies and Lessons Learned

Este documento describe las experiencias de PROTOTYPES para contratar y retener personal compuesto por consumidores. Discute los beneficios y retos así como las lecciones clave aprendidas.

Disponibles a través de:
PROTOTYPES Systems Change Center
5601 West Slauson Avenue
Culver City, CA 90230
310-641-7795

District of Columbia Trauma Collaboration Study

Using Trauma Theory to Design Service Systems: New Directions for Mental Health Services # 8 9

Maxine Harris and Roger Fallot (Editors)
Jossey-Bass, March 2001

Esta edición identifica los elementos esenciales necesarios para que un sistema pueda integrar un entendimiento de trauma en sus programas centrales de servicios.

Non-Traditional Parenting Interventions: The Impact of Early Trauma on Parenting Roles and Parenting at a Distance

Este manual contiene dos intervenciones distintas sobre crianza. Impact of Early Trauma on Parenting Roles ayuda a las mujeres a explorar el impacto del trauma en sentimientos y expectativas sobre la maternidad y la crianza. Parenting at a Distance está diseñada para mujeres que no son las encargadas principales de sus niños.

Trauma-Informed Addictions Treatment

Esta intervención manualizada de grupo es para hombres y mujeres sobrevivientes de abuso físico, sexual y emocional que están en la etapa activa de tratamiento de la recuperación de adicciones.

Trauma Issues Associated with HIV Infection: A Leaders Guide

Esta intervención de grupo de 11 sesiones está diseñada para mujeres que son sobrevivientes de trauma que también han sido diagnosticadas con VIH.

An Introduction to Trauma Issues for Women on Inpatient or Short Stay Units

Esta intervención de grupo de cuatro sesiones está diseñada para presentarles a mujeres sobrevivientes de trauma las conexiones que existen entre el historial de abuso, síntomas psiquiátricos, destrezas de manejo y estrategias para apaciguarse a sí mismas. También ayuda a las mujeres a planificar el trabajo futuro de recuperación.

Women Speak Out: A 40 Minute Video

Este vídeo de 40 minutos muestra a mujeres hablando "abiertamente" sobre el impacto del abuso en sus vidas, sus luchas y pérdidas personales, cómo el abuso fomenta secretos, mentiras y distorsiones, consejos sobre cómo liberarse, y qué les ha ayudado para sentirse con poder y capaz de seguir adelante.

Disponibles a través de:
Community Connections
801 Pennsylvania Avenue SE Suite 201
Washington, DC 20003
202-546-1512
www.communityconnectionsdc.org

Innovations from the Sites The Women's Support and Empowerment Center: A Drop-In Center for Women Living with Substance Abuse, Mental Illness and Trauma

Esta hoja de datos describe la creación y operación de un centro que no requiere cita para consumidoras en la localidad del District of Columbia Trauma Collaboration Study.(70)

Disponible a través de:
Women, Co-Occurring Disorders and Violence Coordinating Center
Policy Research Associates
345 Delaware Avenue
Delmar, NY 12054
518-439-7415
wvcc@prainc.com
www.prainc.com/wcdvs

Triad Women's Project

Handbook for Addressing Parenting Needs

Este manual contiene información para padres y proveedores de servicios sobre desarrollo infantil saludable, las necesidades que los niños tienen en diferentes etapas de desarrollo y cómo el desarrollo se puede afectar por el uso de substancias, enfermedad mental e historial de trauma de la madre. También provee información detallada sobre procesos de protección de menores y refugios y en qué momentos una madre o defensor podría tener mayor influencia.

Workbook for Successful Parenting
Este recurso incluye información para ayudar a las madres a establecer y alcanzar metas.

Triad Training Notebook
Este recurso contiene materiales de cada una de las quince sesiones del Adiestramiento de Triad efectuado a finales del 1999 y principios del 2000. Los temas del adiestramiento cubren una variedad de asuntos relevantes para trabajar con mujeres con trastornos concurrentes e historiales de violencia.[71, 72]

Disponible a través de:
Louis de la Parte Florida Mental Health Institute
University of Southern Florida
13301 Bruce B. Downs Boulevard
Tampa, FL 33612
813-974-7188

Innovations from the Sites Wisdom of Women: Peer Support for Women with Co-Occurring Disorders and Histories of Trauma
Esta hoja de datos se enfoca en Wisdom of Women, un grupo de apoyo de 12 pasos para mujeres con trastornos concurrentes e historiales de trauma desarrollado por la localidad del Triad Women's Project.

Disponible a través de:
Women, Co-Occurring Disorders and Violence Coordinating Center
Policy Research Associates
345 Delaware Avenue
Delmar, NY 12054
518-439-7415
wvcc@prainc.com
www.prainc.com/wcdvs

Boston Consortium of Services for Families In Recovery

Women's Leadership Training Institute Curriculum and Facilitator's Guide (inglés)
Instituto de entrenamiento para mujeres líderes en recuperación (español)
Este manual abarcador para facilitadoras describe un currículo que es implementado por mujeres en recuperación. La meta del adiestramiento es desarrollar destrezas de liderazgo para que las mujeres C/S/R puedan usar sus voces y experiencias para mejorar los servicios para las familias.

Service Provider's Cross-Training in Substance Abuse, Mental Health and Trauma: A Facilitators Guide
Este manual para facilitadoras provee una introducción al Consortium Service Integration Project, con un énfasis en la necesidad de tener un sistema de servicios integrado y modificado para tratar trauma. Esta guía también se enfoca en la participación de consumidoras, colaboración a través de disciplinas, creación de valores, filosofía y lenguaje colectivo para entender trauma.

Co-Morbidity Trauma Fact Sheet for Providers
Esta hoja educativa de datos presenta información y sugerencias para ayudar a las mujeres que muestran indicios de trauma, abuso de substancias y problemas emocionales y ofrece información para referidos.

Consumer Co-Morbidity Trauma Fact Sheet (inglés y español)
Esta tarjeta tamaño cartera contiene mensajes educativos y una lista de recursos, agencias y servicios disponibles en la ciudad de Boston y Massachusetts para obtener ayuda para problemas de trauma, abuso de substancias y emocionales.

Co-Morbidity Resource Card (inglés y español)
Este recurso contiene información sobre servicios para abuso de substancias, salud mental, depresión, estrés y violencia disponible en el área de Boston.

Case Studies on Treatment Planning and Treatment Issues for Women with Co-Occurring Disorders (inglés)

Este documento provee una recopilación de estudios de casos desarrollados por el Equipo Interdisciplinario del Consorcio y resalta asuntos que emergen durante el tratamiento de mujeres con condiciones concurrentes. Es un recurso útil para adiestrar al personal clínico en temas relacionados con la planificación de tratamiento integrado y el manejo de asuntos clínicos que surgen cuando se prestan servicios a mujeres en esta población.

Co-Morbidity Screen (inglés y español)

Esta herramienta de discernimiento clínico está diseñada para identificar mujeres que llegan a instalaciones de servicios de salud y que tal vez requieran más evaluación en torno a abuso de substancias, síntomas de enfermedad mental, historial de trauma, pobreza y problemas con los niños.

Economic Success in Recovery (inglés)

Éxito con mi dinero y mi recuperación (español)

Esta sesión de grupo de ocho sesiones se enfoca en trayectorias y opciones para planificar para el futuro y el éxito financiero. Las mujeres exploran sus fortalezas, destrezas, oportunidades laborales y educativas, cómo tomar decisiones y en el entendimiento de sus experiencias pasadas y presentes relacionadas con dinero.

Facing the Challenges and Opportunities of Family Reunification

Esta sesión de grupo de 10 sesiones se enfoca en diferentes escenarios que las mujeres en recuperación podrían enfrentar en el proceso de reunirse con sus niños. Provee una visión general de las regulaciones relacionadas con custodia de menores y derechos de los padres así como las dinámicas que emergen cuando los niños están bajo la custodia de miembros de la familia o personas que no son miembros de la familia. Ayuda a las mujeres a entender las diferentes etapas de reunificación y las posibles reacciones y emociones que los niños y madres podrían experimentar en las transiciones relacionadas con cambios en la custodia de los niños y ayuda a las mujeres a adquirir destrezas para apoyar a sus niños durante el proceso.

Disponibles a través de:
Rita Nieves
Boston Consortium of Services for Families in Recovery
211 River Street
Mattapan, MA 02126
617-534-9385
Rita_Nieves@bphc.org

Women Embracing Life and Living (Well) Project

Nurturing Families Affected by Substance Abuse, Mental Illness and Trauma

Una adaptación del Nurturing Program for Families in Substance Abuse Treatment and Recovery, este currículo sobre crianza está diseñado para responder a las necesidades de las familias afectadas por abuso de substancias, enfermedad mental y trauma.

WELL Project Training Curriculum for Providers: Developing Integrated Services for Women with Sub-stance Abuse, Mental Illness and Trauma

Este manual incluye contenido y hojas sueltas para varios módulos de adiestramiento para que los proveedores de servicios se familiaricen con las necesidades y problemas que las mujeres presentan cuando tienen trastornos concurrentes de abuso de substancias y salud mental y trauma.

Developing Trauma-Informed Organizations: A Tool Kit

Desarrollada por el WELL Project State Leadership Council, esta publicación incluye los siguientes materiales: Principles for the Trauma-Informed Treatment of Women with Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders, Self- Assessment for Provider Organizations, Organizational Self-Assessment (para organizaciones que no prestan servicios) e instrucciones para usar evaluaciones para desarrollar planes para modificar los servicios para tratar trauma.

WELL Recovery Manual
Este manual ofrece guías para consumidoras que desean establecer grupos de ayuda mutua específicamente para mujeres en recuperación de abuso de substancias, enfermedad mental y trauma.

Disponibles a través de:
Institute for Health and Recovery
349 Broadway
Cambridge, MA 02139
617-661-3991

www.healthrecovery.org

Innovations from the Sites Nurturing Families Affected by Substance Abuse, Mental Illness and Trauma: A Parenting Curriculum for Women and Children
Esta hoja de datos describe un currículo psicoeducativo de grupo sobre crianza desarrollado por el WELL Project específicamente para familias afectadas por abuso de substancias, enfermedad mental y trauma. Disponible a través de:

Women, Co-Occurring Disorders and Violence
Coordinating Center

Policy Research Associates
345 Delaware Avenue Delmar, NY 12054
518-439-7415

wvcc@prainc.com
www.prainc.com/wcdvs

Franklin County Women's Research Project

Trauma-Informed Practice Series: No. 1 Screening and Assessment
Esta Serie de Práctica para Modificar Servicios para Tratar Trauma provee directrices útiles para profesionales de salud mental y trabaj adores sociales que prestan servicios a mujeres con historiales de abuso físico y/o sexual. Esta serie de discernimientos y evaluaciones explica cómo hacer obtener datos básicos ("intake") de manera sensible a las necesidades de sobrevivientes de trauma.

Disponible a través de:
Denise Elliott

48 Sanderson Street
Greenfield, MA 01301
413-773-2066

Otros materiales

New Directions for Families Program Manual: Phase I of The Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study
Este manual documenta la implementación del Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia en Thornton, Colorado durante la Fase I. Incluye una reseña de la literatura, una discusión de contexto, datos demográficos, una descripción del personal de la intervención y consideraciones programáticas y lecciones aprendidas. Disponible a través de:

Ellen Brown, Grant and Publications Specialist
Arapahoe House, Inc.

8801 Lipan Street
Thornton, CO 80260
303-781-1275 ext. 118

Referral Handbook for Trauma Services in Washington, DC
Este recurso destaca los servicios para trauma e información de contacto disponible en el área de Washington, DC.
Disponible a través de:

Community Connections
801 Pennsylvania Avenue SE Suite 201
Washington, DC 20003
202-546-1512
www.communityconnectionsdc.org

Triad Specialist Manual

Este manual esboza el rol y funciones básicas del especialista de Triad. También contiene un resumen del proyecto, una lista del personal del proyecto y materiales que los especialistas de Triad usan con regularidad.
Disponible a través de:

Julienne Giard
Louis de la Parte Florida Mental Health Institute
University of Southern Florida
13301 Bruce B. Downs Boulevard

Tampa, FL 33612
813-974-7995

Understanding Trauma: A Staff Training Curriculum
Este recurso abarcador está diseñado para promover la concientización y el desarrollo de destrezas específicas para tratar trauma entre personal clínico y no clínico que prestan servicios directos a consumidoras en programas residenciales y ambulatorios.

Disponible a través de:
Sharon M. Cadiz

Palladia Inc. (formerly Project Return Foundation)
10 Astor Place, 7th Floor
New York, NY 10003
212-979-8800

Best Practices: Empowering Organizational Change for Integrated Service Delivery: Basado en las experiencias y lecciones aprendidas del Estudio Portal financiado por SAMHSA.

Este recurso está diseñado para guiar a las organizaciones para que implementen una perspectiva de tratamiento integrada en la cual trauma es un componente central. El contenido se enfoca en desarrollar las bases para el proceso de cambio y provee ejemplos sobre información, formularios y herramientas de planificación estratégica que podrían ser útiles para preparar una organización que quiera adoptar un modelo de servicios integrados.

Disponible a través de:
Sharon M. Cadiz

Palladia Inc. (formerly Project Return Foundation)
10 Astor Place, 7th Floor
New York, NY 10003
212-979-8800

Consumer/Survivor/Recovering Women: A Guide for Partnerships in Collaboration
Este manual discute la importancia de integrar mujeres C/S/R en sistemas, servicios e investigación y describe algunas de las barreras que con frecuencia impiden integración. También provee estrategias útiles para facilitar la integración de mujeres C/S/R e incluye recursos útiles.

Disponible a través de:
Women, Co-Occurring Disorders and Violence Coordinating Center

Policy Research Associates
345 Delaware Avenue
Delmar, NY 12054
518-439-7415

wvcc@prainc.com
www.prainc.com/wcdvs

Página del Internet del Centro para Mujeres, Violencia y Trauma (CWVT en inglés)
www.mentalhealth.samhsa.gov/womenandtrauma

Este recurso online provee información sobre el Estudio Mujeres, Trastornos Concurrentes y Violencia, enlaces a localidades del estudio, publicaciones y otros recursos relacionados con abuso de substancias, enfermedad mental y trauma.

Referencias

1. Browne, A. & Bassuk, S.S. (1997). Intimate violence in the lives of homeless and poor housed women: Prevalence and patterns in an ethnically diverse sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2): 26 1-278.

2. Salasin, S.E., & Rich, R.F. (1993). Mental health policy for victims of violence: The case against women. In J.P. Wilson and B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press: 947-955.

3. Mowbray, C.T., Oyserman, D., Saunders, D., & Rueda-Riedle, A. (1998). In B.L. Levin and A.K. Blanch. *Women's mental health services: A public health perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications: 175-200.

4. Commonwealth Fund. (1997). *Facts on abuse and violence: The Commonwealth Survey of the Health of Adolescent Girls*. Louis and Harris Associates, Inc. New York, NY.

5. Commonwealth Fund. (1998). *Addressing domestic violence and its consequences*. Policy report on the Commonwealth Fund Commission on Women's Health. New York, NY.

6. American Medical Association. (1992). American medical association diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. *Arch Family Medicine*, 1: 37-47.

7. Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of sexual abuse. *The Future of Children: Sexual Abuse of Children*, 4(2): 31-53.

8. Manley, J.A. (1999). Battered women and their children: A public policy response. *Affilia*, 14(4): 439-459.

9. Straus, M.A. & Gelles, R.J. (1990). Physical violence in American families: *Risk factors and adaptations to violence in 8, 145 families.* New Brunswick, NJ: Transaction Books.

10. Straus, M.A., Gelles, R.J., & Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family. Garden City, NY: Anchor Press.*

11. Federal Bureau of Investigation. (1992). *Uniform crime reports*. www.fbi.gov.

12. U.S. Department of Justice. (2000). *Criminal victimization 1999: Changes 1998-99 with trends 1993-99.*

13. Harris, M. & Fallot, R. (2001). Using trauma theory to design service systems. *New directions in mental health services, Jossey-Bass*, 89, Spring.

14. Carmen, E. & Rieker, P. (1989). A psychosocial model of the victim-topatient process: Implications for treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2): 431-443.

15. Connors, R.E. (2000). *Self-injury: Psychotherapy with people who engage in self-inflicted violence*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc. 800-782-0015, www.aronson.com.

16. van der Kolk, B.A., Perry, C., & Herman, J.L. (1991) Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148: 1665-1671.

17. Polusny, M. & Follette, V.M. (1995). Long term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4: 143-466.

18. Miller, B.A. & Downs, W.R. (1993). The impact of family violence on the use of alcohol by women. *Alcohol Health and Research World*, 17: 137-143.

19. Bassuk, E.L., Melnick, S., & Browne, A. (1998). Responding to the needs of low income and homeless women who are survivors of family violence. *Journal of the Ameri can Medical Women's Association*, 53(2): 5 7-64.

20. Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1): 10-20.

21. Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55: 530-541.

22. Briere, J. & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12: 331-341.

23. van der Kolk, B.A. (1996). The body keeps score: Approaches to the psychobiology of post traumatic stress disorder. In van der Kolk, B .A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (Eds.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press: 214-241.

24. Zierler, S., Feingold, L., Laufer, S., et al. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81: 572-575.

25. Stein, M., Walker, J., Anderson, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153: 275-277.

26. Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., et al. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56: 843-850.

27. Saunders, B., Villeponteaux, Lipovsky, J., Kilpatrick, D. & Veronen, L. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. A community survey. Journal of Interpersonal Violence, 7: 189-204.

28. North, C., & Smith, E. Post traumatic stress disorder among homeless men and women. *Hospital Community Psychiatry*, 43: 1010-1016.

29. Brown, G., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148: 55-61.

30. Morrison, J. (1989). Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146: 239-24 1.

31. Carmen, E.H. (1995). Inner city community mental health. The interplay of abuse and race in chronic mentally ill women. In. Willie, C.V., Rieker, P.P., Kramer, B.M, & Brown, B.S. (Eds.). *Mental Health, Racism and Sexism*. Pittsburgh: Pittsburgh University Press, 217-236.

32. Koss, M.P., & Heslet, L. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Arch Family Medical*, 1: 5 3-59.

33. van der Kolk, B.A., Burbridge, J., & Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory: Clinical implications of neuroimaging studies. In R. Yukada, A. McFarlane, et al. (Eds.). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, 821: 99-113.

34. Cunningham, J., Pearce, T., & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence*, 3: 131-144.

35. Haber, J.D., & Roos, C. (1985). Effect of spouse abuse and/or sexual abuse in the development and maintenance of chronic pain in women. In H.L. Fields, R. Dubner, & F. Cervero, (Eds.). *Advances in pain research and therapy*, 9. New York: Raven.

36. Walker, E., & Stenchever, M. (1993). Sexual victimization and chronic pelvic pain. *Obstetrics & Gynecology Clinical North America*, 20: 795-807.

37. Bachmann, G.A., Moeller, T.P., & Benett, J. (1988). Childhood sexual abuse and consequences in adult women. *Obstetrics & Gynecology Clinical North America*, 71: 631-642.

38. Walker, E., Katon, W., Roy-Byrne, P.R., et al. (1993). Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1502-1506.

39. Drossman, D., Leserman, J., Nachman, G., et al. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Internal Medicine*, 113: 838-833.

40. Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape and molestation. South Medical Journal, 84: 328-331.

41. McCauley, J., Kern, D.E., Koloder, K., et al. (1997). Clinical characteristics of with a history of childhood abuse. *Journal of the American Medical Association*, 277: 1362-1368.

42. The Better Homes Fund. (1999). *Identifying and responding to violence among poor and homeless women: Healthcare providers guide*. Newton Centre, MA.

43. Fullilove, M.T., Fullilove, R.E., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P., & Wallace, R.P. (1993). Violence, trauma, and post traumatic stress disorder among women drug users . *Journal of Traumatic Stress*, 6(4): 5 33-543.

44. Salomon, A., Bassuk, S.S., & Huntington, N. (2002). The relationship between intimate partner violence and the use of addictive substances in poor and homeless single mothers. *Violence Against Women*, 8(7): 785-815.

45. Briere, J. & Zaidi, L.Y. (1989). Sexual abuse histories and sequelae in female psychiatric emergency room patients. *American Journal of Psychiatry*, 146(12): 1603-1606.

46. Muenzenmaier, K., Meyer, I., Struening, E., & Ferber, J. (1993). Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44: 666-670.

47. Najavits, L.M., Weiss, R.D., Reif, S., Gastfriend, D.R., Sgueland, L., Barber, J.P., Butler, S.F., Thase, M., Blaine, J. (1998). The addiction severity index as a screen for trauma and post-traumatic stress disorder. *Journal of Studies on Alcohol*, 59: 56-62.

48. Miller, B .A., Downs, W.R., & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol Supplement*, 11: 109-117.

49. Yandow, V. (1989). Alcoholism in women. *Psychiatric Annals*, 19(5): 243-247.

50. Harris, M. (1994). Modifications in service delivery and clinical treatment for women diagnosed with severe mental illness who are also survivors of trauma. Special issue: Women's mental health services. *Journal of Mental Health Administration*, 21(4): 397-406.

51. Brown, V., Huba, G., & Melchior, L. (1995). Level of burden: Women with more than one co-occurring disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(4): 3 39-346.

52. Liebshutz, J.M., Mulvey, K.P., & Samet, J.H. (1997). Victimization among substance abusing women: Worse health outcomes. *Archives of General Medicine*, 157, May 26.

53. Janikowski, T.P., & Glover, N.M. (1994). Incest and substance abuse: Implications for treatment professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11: 177-183.

54. Melchoir, L.A., Huba, G.J., Brown, V.B. & Slaughter, R. (1999). Evaluation of the effects of outreach to women with multiple vulnerabilities on entry to substance abuse treatment. *Evaluation and Program Planning*, 22: 269-277.

55. Brown, P.J. (2000). Outcome in female patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(3): 127-139.

56. Symonds, M. (1980) The second injury to victims of violent crime. *Evaluation and Change*, Spring. Minneapolis Medical Research Foundation.

57. Kalinowski, C. & Penney, D. (1998). Empowerment and women's mental health services. In B. Levin, A. Blanch, & A. Jennings, (Eds.). *Women's mental health services: A public health perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

58. Jennings, A. (1997). On being invisible in the mental health system. In M. Harris & C. Landis (Eds.). *Sexual abuse in the lives of women diagnosed with serious mental illness*. Netherlands: Hardwood Academic Publishers: 162-180.

59. Grella, C.E. (1996). Background and overview of mental health and substance abuse treatment systems: Meeting the needs of women who are pregnant and parenting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (4): 319-343.

60. Ridgely, S., et al. (1990). Barriers to care of persons with dual diagnosis: Organizational and financial issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1): 123-132.

61. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998). *Cooperative agreement to study women with alcohol, drug abuse and mental health (ADM) disorders who have histories of violence*: (No. TI98-004). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

62. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2000). *Cooperative agreement to study women with alcohol, drug abuse and mental health (ADM) disorders who have histories of violence*: (No. TI00-003). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

63. Harris, M. & Anglin, J. (1998). *Trauma Recovery and Empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*. Free Press.

64. Harris, M. & Copeland, M.E. (2000). *Healing the trauma of abuse: A woman's workbook*. Oakland, CA: New Harbinger.

65. Fallot, R.D. & Harris, M. *Pilot studies of the Trauma Recovery and Empowerment Model (TREM)*. Submitted for publication.

66. Najavits, L.M. (2001*). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford Press.

67. Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R., & Muenz, L.R. (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitivebehavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2): 281-300.

68. Miller, D., & Guidry, L. (2001). *Addictions and Trauma Recovery: Healing the mind, body and spirit*. New York: W.W. Norton.

69. Miller, D. (2002). Addictions and trauma recovery: An integrated approach. *Psychiatric Quarterly*, 73(2): 157-170.

70. Fearday, F., Clark, C., & Edington, M. (Eds). (2001). *Triad Women's Project group facilitator's manual*. Tampa, FL: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of Southern Florida.

71. Kruse, S. (1999). *Triad Women's Project: Triad pilot groups: Results of statistical analysis*. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

72. Fallot, R.D. and the Spirituality Workgroup. (2001). *Spirituality and Trauma Recovery: A group approach*. Washington, DC: Community Connections.