Boston Consortium Model: Trauma-Informed Substance Abuse Treatment for Women

Fecha de Revisión: Agosto de 2009

El programa *Boston Consortium Model: Trauma-Informed Substance Abuse Treatment for Women* (BCM) (Modelo Consorcio de Boston: Tratamiento del Abuso de Sustancias para Mujeres Informado por el Trauma) proporciona un conjunto de tratamiento completamente integrado para el abuso de sustancias y servicios de salud mental relacionados con el trauma para mujeres de minorías étnicas de bajos ingresos con antecedentes concurrentes de adicción al alcohol o las drogas, trastornos mentales y de trauma. El programa BCM fue desarrollado por un consorcio de programas urbanos para el tratamiento del abuso de sustancias y trastornos mentales como un aumento para tratamientos existentes para el abuso de sustancias basado en el Modelo de Trauma y Recuperación para Mujeres (Trauma Recovery and Empowerment Model, "TREM"). TREM usa un enfoque psico-educativo y de desarrollo de habilidades para aumentar la comprensión de las mujeres de los vínculos entre la adicción, el trauma, los trastornos mentales, y los comportamientos sexuales riesgosos. TREM inculca destrezas de afrontamientos positivos y protectores para ayudar a las mujeres a sanar de abusos pasados y evitar abusos en el futuro, junto con estrategias conductuales para reducir los síntomas del trauma, las recaídas en el uso de sustancias, y el riesgo sexual.

BCM comienza con una evaluación diagnóstica para detectar trastornos mentales y trauma, administrada por un coordinador o administrador de casos capacitado para prestar servicios de salud mental/trauma (MHTS por sus siglas en inglés). El coordinador o administrador de casos MHTS desarrolla un plan de tratamiento integrado relacionado con el trauma para la clienta, la pone en contacto con los servicios de salud mental correspondientes, y trabaja colaborativamente como el punto de contacto principal con los equipos de servicios de tratamiento para la salud mental y el abuso de sustancias de la clienta. Además, BCM usa cinco módulos grupales guiados por un manual para el desarrollo de habilidades. Uno de estos módulos es una versión modificada del currículo de TREM, adaptada para incluir 3 sesiones grupales sobre la prevención del VIH/SIDA para un total de 25 sesiones. Los otros cuatro módulos son:

- Women's Leadership Training Institute [Instituto de Capacitación de Liderazgo para Mujeres] (3 sesiones, 15 horas en total), impartido por profesionales con antecedentes personales de abuso del alcohol o las drogas, problemas de salud mental, y/o violencia interpersonal, se enfoca en las habilidades de liderazgo y comunicación y se dirige a revertir los efectos silenciadores del trauma y ayudar a las clientes a volver a conseguir sus voces.
- Economic Success in Recovery [Éxito Económico en la Recuperación] (8 sesiones, 16 horas en total) ayuda a las clientas, quienes frecuentemente tienen un historial de dependencia económica de las parejas abusivas, a desarrollar habilidades para manejar efectivamente los problemas de dinero y reconocer la asociación entre su uso de sustancias pasado y su situación económica actual.
- Pathways to Family Reunification and Recovery [Caminos para la Reunificación y la Recuperación Familiar] (10 sesiones, 15 horas en total) se enfoca en desarrollar habilidades, conocimiento y apoyo relacionados con los problemas de custodia de menores.
- Nurturing Program for Families in Substance Abuse Treatment and Recovery [Programa de Fomento para Familias en Tratamiento y Recuperación del Abuso de Sustancias] (12 sesiones, 24 horas en total) se en foca en mejorar las habilidades de crianza y la comunicación familiar.

BCM se puede impartir en inglés y en español por personal capacitado bilingüe.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental Tratamiento para el abuso de sustancias Trastornos concurrentes
Desenlaces	1: Uso de sustancias y gravedad del problema relacionado 2: Sintomatología de la salud mental 3: Síntomas de estrés postraumático 4: Comportamientos sexuales riesgosos relacionados con el VIH 5: Poder percibido en la relación íntima
Categorías de desenlaces	Alcohol Drogas Familia/relaciones Salud mental
Edades	26-55 (Adultos)
Género	Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Afro americano Hispano o Latino Blanco

	Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Residencial Ambulatorio
Zonas geográficas	Urbanas
Historia de la implementación	Desde 2001, más de 500 mujeres han participado en BCM en 5 programas de tratamiento para el abuso de sustancias en Boston, Massachusetts.
Financiamiento del NIH / Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: No Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	El módulo de BCM que es una adaptación del currículo de TREM fue traducido al español, culturalmente adaptado para las mujeres latinas, y una prueba piloto fue realizada con latinas de ascendencia principalmente puertorriqueña y dominicana. Este currículo es titulado Saber es Poder: Modelo de Trauma y Recuperación para Mujeres Latinas. Los materiales para los otros cuatro módulos también se han traducido al español.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina no aplican.

Desenlaces

Desenlace 1: Uso de sustancias y gravedad relacionada del problema	
Descripción de medidas	El uso de sustancias y la gravedad relacionada del problema se evaluaron usando el Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index, "ASI"), una entrevista semi-estructurada que evalúa siete dominios: médico, legal, empleo, drogas, alcohol, familia, y funcionamiento psicológico. Los elementos que tratan del uso de sustancias preguntan a la clienta sobre el uso de drogas individual en los últimos 30 días. Las medidas del uso de sustancias del ASI incluyeron el uso de drogas ilícitas, el índice de abstinencia de las drogas, y calificaciones compuestas para los dominios de alcohol y drogas, que van desde 0.0 (ningún síntoma) a 1.0 (la más alta gravedad de los síntomas). El índice de abstinencia de las drogas fue una medida derivada de un auto-reporte de 0 días de uso para cada una de las sustancias abordadas en el ASI.
Hallazgos clave	Mujeres que recibieron tratamiento para el abuso de sustancias en uno de cinco sitios—tres residenciales, uno ambulatorio y uno ambulatorio de metadona—fueron asignadas a BCM y comparadas con mujeres que recibieron los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias en uno de cuatro sitios comparables. Los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias típicamente consistieron de sesiones individuales semanales, sesiones diarias en grupo y servicios de prevención de la recaída para clientes residenciales, una sesión de grupo o individual por semana para clientes ambulatorios, y dosis diarias y sesiones individuales o grupales semanales para las clientas que reciben metadona. Algunos hallazgos incluyeron los siguientes: • La proporción de mujeres que reportaron uso de cualquier tipo de droga ilícita fue más bajo en el grupo de BCM que en el grupo de comparación tanto durante el seguimiento hecho a los 6 meses (21.3% vs. 48.2%; $p < .001$) como durante el seguimiento hecho a los 12 meses (17.3% vs. 40%; $p < .001$), después de tomar en cuenta los valores iniciales de referencia. • Las mujeres en ambas condiciones reportaron una disminución de la gravedad del problema de uso de drogas (calificación compuesta de ASI para las drogas) desde la evaluación inicial de referencia hasta el periodo de seguimiento de 12 meses ($p < .001$). Sin embargo, las mujeres que recibieron BCM tuvieron índices más altos de reportes de abstinencia que las mujeres en el grupo de comparación durante el seguimiento hecho a los 6 meses (67% vs. 38%; $p < .0001$) y a los 12 meses (75% vs. 40%; $p < .0001$) • Las mujeres en ambas condiciones reportaron una disminución de la gravedad del problema de uso de alcohol (calificación compuesta de ASI para el alcohol) desde la evaluación inicial de referencia hasta el periodo de seguimiento de 12 meses ($p < .0001$).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1

Diseño del estudio	Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	2.4 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Sintomatología de la salud mental	
Descripción de medidas	La sintomatología de la salud mental se evaluó usando el Índice de Gravedad Global (Global Severity Index, "GSI") del Inventario Breve de Síntomas (Brief Symptom Inventory, "BSI"), una lista de verificación auto-administrada de 53 preguntas de los síntomas agrupados en sub escalas de depresión, ansiedad y somatización. Cada pregunta es calificada para la semana anterior en una escala de Likert de 5 puntos que va desde 0 (para nada) hasta 4 (extremadamente molesto). La calificación GSI es la suma de las calificaciones de las 53 preguntas, donde las calificaciones más altas indican síntomas más graves de trastorno mental.
Hallazgos clave	Mujeres que recibieron tratamiento para el abuso de sustancias en uno de cinco sitios—tres residenciales, uno ambulatorio y uno ambulatorio de metadona—fueron asignadas a BCM y comparadas con mujeres que recibieron los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias en uno de cuatro sitios comparables. Los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias típicamente consistieron de sesiones individuales semanales, sesiones diarias en grupo y servicios de prevención de la recaída para clientes residenciales, una sesión de grupo o individual por semana para clientes ambulatorios, y dosis diarias y sesiones individuales o grupales semanales para las clientas que reciben metadona. Las mujeres que recibieron BCM reportaron menos síntomas de trastornos mentales que las mujeres en el grupo de comparación durante el seguimiento hecho a los 12 meses (p = .01), una diferencia asociada con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen = 0.32).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	2.8 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Síntomas de estrés postraumático	
Descripción de medidas	Los síntomas de estrés postraumático se midieron usando la Escala de Síntomas Postraumáticos (Posttraumatic Symptom Scale, "PTSS"), una entrevista semi-estructurada de 17 preguntas correspondientes a los síntomas asociados con un diagnóstico clínico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés). La PTSS consta de tres sub escalas para evaluar el nivel de los síntomas re-experimentación, evitación e híper-excitación. Cada pregunta es calificada en dos escalas de cuatro puntos, una para la frecuencia y una para la gravedad. Las calificaciones van de 0 a 3, de "para nada" a "5 ó más veces a la semana" para la frecuencia y de "para nada" a "mucho" para la gravedad.
Hallazgos clave	Mujeres que recibieron tratamiento para el abuso de sustancias en uno de cinco sitios—tres residenciales, uno ambulatorio y uno ambulatorio de metadona—fueron asignadas a BCM y comparadas con mujeres que recibieron los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias en uno de cuatro sitios comparables. Los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias típicamente consistieron de sesiones individuales semanales, sesiones diarias en grupo y servicios de prevención de la recaída para clientes residenciales, una sesión de grupo o individual por semana para clientes ambulatorios, y dosis diarias y sesiones individuales o grupales semanales para las clientas que reciben metadona. Aunque los síntomas reportados de TEPT disminuyeron para ambos grupos desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 6 meses, estos síntomas continuaron disminuyendo para las mujeres que recibieron BCM desde el seguimiento hecho a los 6 meses hasta el seguimiento hecho a los 12 meses, mientras que los mismos aumentaron durante el mismo periodo para las mujeres en el grupo de comparación (p = .01). Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto pequeño (d de Cohen = 0.35).
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1

Diseño del estudio	Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	2.8 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 4: Comportamientos sexuales riesgosos relacionados con el VIH	
Descripción de medidas	Los comportamientos sexuales riesgosos relacionados con el VIH se midieron usando una pregunta que preguntaba si la clienta había tenido relaciones sexuales sin protección durante el periodo de 30 días anterior a la evaluación. "Relaciones sexuales sin protección" se definió como relaciones sexuales vaginales, orales o anales sin el uso de un condón u otra barrera de látex con una pareja principal, otra persona o personas que no sean la pareja principal pero que no se consideren pertenecer a un grupo sexual de alto riesgo, o una o más personas conocidas como "riesgosas". Una persona "riesgosa" se definió como alguien que es VIH positivo; alguien con SIDA; alguien que usó drogas inyectables, usó otras drogas tales como cocaína, o estaba drogado con cualquier sustancia; o alguien con quien la participante tuvo relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas.
Hallazgos clave	Mujeres que recibieron tratamiento para el abuso de sustancias en uno de cinco sitios—tres residenciales, uno ambulatorio y uno ambulatorio de metadona—fueron asignadas a BCM y comparadas con mujeres que recibieron los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias en uno de cuatro sitios comparables. Los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias típicamente consistieron de sesiones individuales semanales, sesiones diarias en grupo y servicios de prevención de la recaída para clientes residenciales, una sesión de grupo o individual por semana para clientes ambulatorios, y dosis diarias y sesiones individuales o grupales semanales para las clientas que reciben metadona. Algunos hallazgos incluyeron los siguientes: • Desde la evaluación inicial de referencia hasta el seguimiento hecho a los 6 meses, el porcentaje de mujeres que reportaron tener relaciones sexuales sin protección disminuyó en el grupo de BCM (34% a 29%) y aumentó en el grupo de comparación (19% a 44%; p = .004). • Durante los seguimientos hechos a los 6 y 12 meses, las mujeres en el grupo de comparación tuvieron 2.8 y 4.5 veces más probabilidades respectivamente que las mujeres que recibieron BCM de reportar tener relaciones sexuales sin protección (valores de p < .01), después de ajustar por los valores iniciales de referencia de grupos demográficos, participación en tratamiento para el alcohol o las drogas, uso ilícito de drogas, y entorno de vida residencial/correccional. Esta diferencia entre grupos estuvo asociada con tamaños de efecto medianos (índice de probabilidades= 2.8 a los 6 meses y 4.5 a los 12 meses). • Las mujeres afroamericanas e hispanas tuvieron casi 3 veces más probabilidades de reportar haber tenido relaciones sexuales sin protección que las mujeres blancas durante el seguimiento hecho a los 6 meses (p < .01), independientemente de la asignación de grupo. Esta diferencia estuvo asociada con un tamaño de efecto mediano (razón de posibilidades o "odds ratio"= 2.97) No se hallaron diferencias por origen étnico a los 12 meses.
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	2.1 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 5: Poder percibido en la relación íntima	
Descripción de medidas	El poder percibido en la relación íntima se midió usando la Escala de Poder de Relación Sexual (Sexual Relationship Power Scale, "SRPS"). Este cuestionario de 23 preguntas consta de dos sub escalas, Control de la Relación y Dominio en la Toma de Decisiones, y pregunta sobre las relaciones en los últimos 6 meses. La sub escala de Control de la Relación incluye preguntas tales como "Si le pido a mi pareja que use un condón, se molestaría" y "Me siento atrapada en nuestra relación" y usa una escala de Likert que va desde 1 (completamente de acuerdo) a 4 (completamente en desacuerdo). La sub escala de Dominio en la Toma de Decisiones incluye preguntas tales como "¿Por lo general quién tiene más influencia sobre lo que hacen juntos?" y ¿Por lo general quién tiene más influencia sobre qué tan frecuentemente se ven?" y usa una escala categórica de 3 puntos con calificaciones de 1 (su pareja), 2 (ambos por igual), y 3 (usted). Las calificaciones en las dos sub escalas se suman para generar una calificación total, donde las calificaciones más altas indican una percepción de mayor poder en la relación.

Hallazgos clave	Mujeres que recibieron tratamiento para el abuso de sustancias en uno de cinco sitios—tres residenciales, uno ambulatorio y uno ambulatorio de metadona—fueron asignadas a BCM y comparadas con mujeres que recibieron los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias en uno de cuatro sitios comparables. Los servicios de tratamiento usuales para el abuso de sustancias típicamente consistieron de sesiones individuales semanales, sesiones diarias en grupo y servicios de prevención de la recaída para clientes residenciales, una sesión de grupo o individual por semana para clientes ambulatorios, y dosis diarias y sesiones individuales o grupales semanales para las clientas que reciben metadona. Entre las mujeres que reportaron estar en por lo menos una relación sexual en los 6 meses anteriores al seguimiento: • Las mujeres que recibieron BCM reportaron tener un mayor poder en sus relaciones que las mujeres en el grupo de comparación durante el seguimiento hecho a los 6 meses ($p < .01$) y a los 12 meses ($p < .001$). • Las mujeres que dijeron haber tenido relaciones sexuales sin protección en los 6 meses anteriores al seguimiento reportaron una percepción de menor poder en la relación que las mujeres que dijeron no haber tenido relaciones sexuales sin protección durante el seguimiento hecho a los 6 meses ($p < .001$) y a los 12 meses ($p = .002$), independientemente de la condición asignada.
Estudio que demuestra el desenlace	Estudio 1
Diseño del estudio	Cuasi experimental
Índice de calidad de la investigación	2.5 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

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

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	26-55 (Adultos)	100% Femenino	35% Hispanos o Latinos 35% Blancos 26% Afro americanos 5% Raza/origen étnico no especificado

Calidad de la Investigación

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

Estudio 1

Amaro, H., Dai, J., Arevalo, S., Acevedo, A., Matsumoto, A., Nieves, R., et al. (2007). Effects of integrated trauma treatment on outcomes in a racially/ethnically diverse sample of women in urban community-based substance abuse treatment. Journal of Urban Health, 84(4), 508-522. PubMed

Amaro, H., Larson, M. J., Zhang, A., Acevedo, A., Dai, J., & Matsumoto, A. (2007). Effects of trauma intervention on HIV sexual risk behaviors among women with co-occurring disorders in substance abuse treatment. Journal of Community Psychology, 35(7), 895-908.

Materiales Suplementarios

Amaro, H., McGraw, S., Larson, M. J., Lopez, L., Nieves, R., & Marshall, B. (2004). Boston Consortium Services for Families in Recovery: A trauma-informed intervention model for women's alcohol and drug addiction treatment. Published simultaneously in Alcoholism Treatment Quarterly, 22(3/4), 95-119; and In B. M. Veysey & C. Clark (Eds.), Responding to physical and sexual abuse in women with alcohol and other drug and mental disorders: Program building (pp. 95-119). New York: Haworth Press.

McHugo, G. J., Kammerer, N., Jackson, E. W., Markoff, L. S., Gatz, M., Larson, M. J., et al. (2005). Women, Co-Occurring Disorders, and Violence Study: Evaluation design and study population. Journal of Substance Abuse Treatment, 28(2), 91-107. PubMed

Morrissey, J. P., Ellis, A. R., Gatz, M., Amaro, H., Reed, B. G., Savage, A., et al. (2005). Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects. Journal of Substance Abuse Treatment, 28(2), 121-133. PubMed

Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., & Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. Psychiatric Services, 56(10), 1213-1222.

Noether, C. D., Finkelstein, N., VanDeMark, N. R., Savage, A., Reed, B. G., & Moses, D. J. (2005). Design strengths and issues of SAMHSA's Women, Co-Occurring Disorders, and Violence Study. Psychiatric Services, 56(10), 1233-1236

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

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

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

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación.

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos / índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
1: Uso de sustancias y gravedad relacionada del problema	2.5	2.5	2.7	2.5	2.2	2.0	**2.4**
2: Sintomatología de la salud mental	3.7	3.7	2.7	2.5	2.0	2.0	**2.8**
3: Síntomas de estrés postraumático	3.7	3.7	2.7	2.5	2.0	2.0	**2.8**
4: Comportamientos sexuales riesgosos relacionados con el VIH	1.7	1.7	2.8	2.5	2.0	2.0	**2.1**
5: Poder percibido en la relación íntima	2.9	2.9	2.8	2.5	2.0	2.0	**2.5**

Fortalezas del Estudio

La confiabilidad y validez del ASI han sido establecidas con diferentes grupos de tratamiento del abuso de sustancias, y se proporcionaron confiabilidades de la muestra del estudio para las medidas de calificaciones compuestas tanto de drogas como de alcohol. El Inventario Breve de Síntomas y la Escala de Síntomas Postraumáticos tiene excelentes propiedades psicométricas, y las confiabilidades de la muestra en prueba administrada en dos oportunidades en 1 semana fueron altas para ambos instrumentos. Los intervencionistas recibieron amplia capacitación estandarizada con revisiones semanales y supervisión continua de parte de terapeutas experimentados a lo largo del periodo del estudio para apoyar la fidelidad de la intervención. Todas las entrevistas de evaluación fueron administradas por asistentes de investigación capacitados, no por los intervencionistas. El número de clientas inscritas en el estudio fue suficiente para proporcionar una potencia estadística adecuada para detectar las diferencias principales de grupo.

Debilidades del Estudio

No se presentó psicometría para la muestra del estudio para el auto-reporte de abstinencia, una medida derivada del ASI que pudo haber sido influenciada por la proporción más alta de participantes por orden judicial en la intervención que en el grupo de comparación. La falta de psicometría de la muestra para la medida de relaciones sexuales sin protección es un problema, ya que la confiabilidad y validez interna varían enormemente con diferentes grupos del estudio. No se presentaron datos sobre la confiabilidad de la muestra para la Escala de Poder de la Relación Sexual, una escala para la cual la psicometría subyacente no está bien desarrollada en el campo. El estudio careció de un instrumento de medida para cuantificar la fidelidad, la cual se vio debilitada por la naturaleza multidimensional de la intervención y los múltiples sitios de tratamiento y comparación. La falta de asignación aleatoria, la variabilidad de los servicios de tratamiento disponibles entre los sitios de comparación, y la duración de la ventana de seguimiento (un periodo de 12 semanas) crearon la posibilidad de existencia de variables de confusión y desafiaron las hipótesis subyacentes necesarias para apoyar los modelos de análisis de datos empleados.

Plan de Diseminación

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

Materiales de Diseminación

Amaro, H. (2009). Client tracking system data elements and timetable. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). Co-morbidity screening form and protocol. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). Follow-up interviews with consumers. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). Job descriptions/staff qualifications. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). Protocol for integrating mental health and trauma clinical services into substance abuse treatment. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). Record abstraction form. Boston, MA: Author.

Amaro, H. (2009). TREM group facilitator preparation and supervision protocol. Boston, MA: Author.

Amaro, H., Melendez, M. P., & Melnick, S. (2005). Integrated substance abuse, mental health and trauma treatment with women, August 2005: A case study workbook for staff training. Boston, MA: The Institute on Urban Health Research.

Amaro, H., & Nieves, R. L. (2004). Economic success in recovery, June 2004: An educational group curriculum for women in recovery. Boston, MA: The Institute on Urban Health Research.

Amaro, H., & Nieves, R. L. (2004). Pathways to family reunification and recovery, June 2004: An educational group curriculum for women in recovery. Boston, MA: The Institute on Urban Health Research.

Amaro, H., Nieves, R. L., Paris, I., & Lopez, L. (2000). Service provider cross-training in substance abuse, mental health and trauma: A woman's trauma-informed service integration model. Boston, MA: Author.

Amaro, H., Nieves, R. L., & Saunders, L. (2004). Women's leadership training institute, June 2004: An educational group curriculum for women in recovery. Boston, MA: The Institute on Urban Health Research.

Materiales educativos y otros productos:

- Tarjeta de recursos del cliente
- Hoja informativa sobre trastornos concurrentes para consumidores
- Hoja informativa sobre trastornos concurrentes para proveedores
- Diapositivas de capacitación en PowerPoint
- Cuadernillo del Evento Anual Familias en Recuperación del Modelo Integrado de Tratamiento para el Trauma y el Abuso de Sustancias para Mujeres (Women's Integrated Trauma and Substance Abuse Treatment Model Annual Families in Recovery Event)
- Boletín informativo del Modelo Integrado de Tratamiento para el Trauma y el Abuso de Sustancias para Mujeres

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

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

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

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección Plan de Diseminación.

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
2.5	3.5	1.8	**2.6**

Fortalezas de la Diseminación

Los manuales para los componentes individuales del programa están bien organizados e incluyen una orientación práctica y detallada para los implementadores. Hay disponibles opciones de capacitación personalizables y flexibles, así como también apoyo continuo para la implementación. Los materiales de capacitación son completos, informativos y bien escritos, proporcionando objetivos y metas claros para cada sesión. Los materiales del programa y currículo de capacitación establecen estándares claros para la implementación. Se proporcionan sugerencias para asegurar la fidelidad a fin de apoyar la garantía de la calidad.

Debilidades de la Diseminación

Aunque se proporcionan los manuales para los componentes individuales del programa, existe poca información que articule un plan claro para la implementación en general. El diseñador del programa no ofrece educación continua para apoyar la competencia continua en el uso de la intervención. No hay ningún protocolo de garantía de la calidad disponible para ayudar a los nuevos sitios a monitorear los desenlaces objetivo o la fidelidad de la implementación.

Costos

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

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Manual del currículo y cuaderno de trabajo de caso de estudio	Incluido en el costo de la capacitación, ó $140 por conjunto si se compran aparte	Sí
Capacitación en el sitio de 8 días de duración	$20,000 más gastos de viaje	No
Asistencia técnica	Incluida en el costo de capacitación	No

Información Adicional

El costo estimado de implementar BCM es $3,500 por cliente, asumiendo que ya existe un sistema de atención que ofrece tratamiento ambulatorio, residencial, o de mantenimiento con metadona para el abuso de sustancias.

Replicaciones

El diseñador del programa no identificó ninguna replicación.

Información de Contactos

Para información sobre la implementación:

Rita Nieves, R.N., M.P.H., M.S.W.
(617) 534-7969
Rita_Nieves@bphc.org

Para información sobre la investigación:

Hortensia Amaro, Ph.D.
(617) 373-7601
h.amaro@neu.edu

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

Este PDF se generó a partir de http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=86 el 25 de enero de 2012.