



# Orientaciones técnicas para la Evaluación Integral

de personas con consumo problemático  
de alcohol y otras drogas

Volumen 1

Aspectos generales



# **Orientaciones técnicas para la Evaluación Integral**

**de personas con consumo problemático  
de alcohol y otras drogas**

**Volumen 1  
Aspectos generales**

**Orientaciones técnicas para la Evaluación Integral de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas**  
**Volumen 1: Aspectos generales**

Área de Tratamiento, División Programática  
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)  
Ministerio del Interior  
Gobierno de Chile  
Santiago, Chile  
2025

© SENDA  
Registro de Propiedad Intelectual N°:  
ISBN

Este documento fue elaborado por el Área de Tratamiento de SENDA.

**Coordinación técnica de esta publicación**

Marcela Lara Orellana

**Redactor**

Mario Pacheco León

**Producción editorial**

Área de Comunicaciones

**Edición**

Marly Mora Neumann

**Diseño y diagramación**

Bethânia Rodrigues Alfaro

**A la memoria de Mario Pacheco León,**

a quien le agradecemos su enorme aporte a la formación de personas y al desarrollo de la política de drogas en el país.



# Contenido

---

<b>Presentación</b>	<b>7</b>
---------------------	----------

---

<b>1. Marco conceptual de la Evaluación Integral</b>	<b>8</b>
1.1 Enfoque de la recuperación ( <i>recovery</i> )	8
1.2 Enfoque del curso de vida	14
1.3 Enfoque de pertinencia cultural	17
1.4 Enfoque de género	19
1.5 Enfoque de derechos	20

---

<b>2. Definiciones generales</b>	<b>22</b>
2.1 Evaluación Integral en la trayectoria de la atención	22
2.2 Qué es la Evaluación Integral	22
2.3 Procedimientos de la Evaluación Integral	24

---

<b>3. Áreas de la Evaluación Integral</b>	<b>31</b>
3.1 Área Uso de sustancias	32
3.2 Área Salud mental y física	37
3.3 Área Situación familiar	40
3.4 Área Integración social	44
3.5 Área Transgresión a la norma social y jurídica	51
3.6 Área Motivación para el cambio	53

---

<b>Referencias</b>	<b>56</b>
--------------------	-----------

---



# Presentación

La evaluación en el ámbito del tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de alcohol u otras drogas constituye una plataforma fundamental para la intervención. En efecto, corresponde a un proceso de indagación y sistematización de información relevante, orientada a conocer y comprender el problema y a entregar luces respecto de las estrategias más adecuadas para su abordaje. Así, la evaluación responde al principio de **conocer para intervenir**.

Debido a que el consumo problemático de alcohol y otras drogas es una situación de alta complejidad y de origen multidimensional —que involucra a la persona, el contexto, la sustancia y la particular articulación de esa triada—, la evaluación que se realice con las personas en tratamiento debe sustentarse en un enfoque multidisciplinario e integral, abierto a explorar esta complejidad, considerando los diversos ámbitos en que se expresa el problema y los recursos desplegados o por potenciar en la persona para lograr su resolución.

El Área de Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas

y Alcohol (SENDA) presenta la serie de publicaciones *Orientaciones técnicas para la Evaluación Integral de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas*, cuyo objetivo es brindar los lineamientos conceptuales y metodológicos para los programas y equipos que proveen tratamiento, que sirvan de guía para realizar evaluaciones con las personas usuarias de acuerdo con la evidencia disponible en la actualidad.

Con un fin metodológico, estas orientaciones han sido divididas en los siguientes cinco volúmenes:

Volumen 1: **Aspectos generales**

Volumen 2: **Población adulta**

Volumen 3: **Adolescentes**

Volumen 4: **Personas mayores**

Volumen 5: **Instrumentos de apoyo**

# 1.

## Marco conceptual de la Evaluación Integral

Las orientaciones para la Evaluación Integral que se presentan en este capítulo se sustentan en enfoques diversos y contemporáneos para la provisión de cuidados con especial énfasis en la recuperación, curso de vida, pertinencia cultural, género y derechos humanos.

### 1.1 Enfoque de la recuperación (*recovery*)

**En términos generales, el enfoque de recuperación es un constructo que facilita la comprensión del uso abusivo y dependiente de sustancias como un problema complejo, que implica cambios en diversas áreas de la vida de la persona, y no sólo respecto de logros en la modificación del patrón de uso o la abstinencia de la sustancia.**

El paradigma de la recuperación incorpora y otorga un significado más amplio al constructo biopsicosocial del uso abusivo y problemático de sustancias, reconociendo el rol protagónico que tiene la persona que ingresa

a tratamiento, en relación con su propio proceso de recuperación.

La investigación de los resultados del tratamiento de personas que presentan trastorno por uso de sustancias ha encontrado lo siguiente:

- > **Entre el 50 y 60% de las personas que presentan trastorno por uso dependiente de alcohol u otras drogas recae** en el uso de las sustancias después de seis meses de haber egresado del tratamiento, con independencia de las características de las personas usuarias, el tipo de egreso o la sustancia de abuso (McLellan et al., 2005).
- > **Se ha observado que las personas usuarias pueden requerir múltiples episodios de tratamiento** a lo largo de algunos años para alcanzar una recuperación sostenida; el progreso de muchas personas está marcado por ciclos de recuperación, recaídas y tratamientos, requiriendo a menudo de varios años para alcanzar una recuperación estable (Scott et al., 2007; Hser et al., 2007).

Estos hallazgos han conducido al entendimiento del trastorno por uso de sustancias como un trastorno crónico recuperable de la salud mental (McLellan et al., 2005; Scott et al., 2007; White, 2006a, 2008), que requiere de un manejo similar a las enfermedades físicas crónicas como la diabetes o la hipertensión (Costello et al., 2016; White, 2006a).

El concepto de recuperación —que emerge hace más de una década en el campo de la salud mental— tiene como fundamento principal reposicionar a la persona que sufre el trastorno como verdadero protagonista de su proceso terapéutico y de la búsqueda del bienestar en general.

El Área de Tratamiento y el Área de Integración Social de SENDA han definido la recuperación del siguiente modo: un proceso de cambio a través del cual una persona logra la abstinencia o una variación en el patrón de consumo, mejora su salud, su funcionamiento social y su calidad de vida, considerando que estos logros se sostienen en el tiempo y permiten el ejercicio de la ciudadanía.

Por lo tanto, hablar de recuperación implica que no sólo es importante que la persona complete un tratamiento, logrando cierto nivel de calidad de vida y desarrollando ciertos capitales de recuperación, sino que también impone el desafío de desarrollar mecanismos que permitan que los cambios alcanzados se mantengan en el tiempo, y que el enfoque de la intervención sea desde el ejercicio de ciudadanía (SENDA, 2017a).

El concepto de recuperación implica los siguientes supuestos (Center for Substance Abuse Treatment, 2007; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2012a):

**El concepto de recuperación —que emerge hace más de una década en el campo de la salud mental— tiene como fundamento principal reposicionar a la persona que sufre el trastorno como verdadero protagonista de su proceso terapéutico y de la búsqueda del bienestar en general.**

# Supuestos del concepto de recuperación

- La recuperación es un proceso voluntario, autodirigido. La persona en recuperación es agente de este proceso, con autoridad para ejercer sus opciones y tomar decisiones basadas en sus propias metas de recuperación.
- La recuperación es un reconocimiento personal de la necesidad de un cambio y transformación. El proceso de cambio puede implicar aspectos físicos, emocionales, intelectuales y espirituales de la vida de la persona.
- La recuperación puede ser entendida como un continuo de mejoría de la salud y del bienestar, que puede implicar recaídas como una parte natural en este continuo; a la vez, supone mantener y acrecentar los logros alcanzados en el tiempo.
- La recuperación implica la integración (e inclusión) y la construcción (o reconstrucción) de una vida en la comunidad, a través de la construcción o reconstrucción de relaciones familiares, personales y sociales saludables.

Anthony (1993) entrega la siguiente definición:

**(La recuperación es) un proceso singular, profundamente personal, de cambio en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles. Es una forma de vivir en forma satisfactoria y con esperanza, y contribuir a la vida a pesar de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad. Implica el desarrollo de un nuevo significado y un propósito en la vida, a medida que la persona se desarrolla más allá de los efectos catastróficos de una enfermedad mental.** (p. 527)



De manera complementaria, los estudios sobre los procesos de recuperación han establecido que la recuperación no se da únicamente como resultado de la motivación psicológica. Por el contrario, gran parte del impulso y motivación para el cambio están asociados a factores condicionantes presentes en los entornos sociales que apoyarán dicho cambio. De este modo, la transformación personal es un producto social que está fuertemente influenciado por el contexto en el que se encuentra una persona. A partir de lo anterior, surge la noción de capitales de recuperación.

**Se entiende por capitales de recuperación a la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos que pueden servir de base para iniciar y sostener la recuperación de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas (Cloud & Granfield, 2008; Munton et al., 2014).** De esta forma, la capacidad que posea una persona para recuperarse dependerá de los recursos que ha desarrollado o adquirido a lo largo de su vida. Dichos recursos se articulan en una compleja dinámica de características personales tangibles e intangibles, de estructuras físicas y socioambientales, disposiciones culturales y circunstancias, que influyen en la capacidad de una persona para superar los problemas relacionados con el uso de sustancias.

Cloud y Granfield (2008) definen cuatro componentes del capital de recuperación: capital social, capital físico, capital humano y capital cultural.

Basada en los hallazgos de la investigación, la Oficina Contra la Droga y el Delito de la Naciones Unidas (UNODC, 2008) ha resumido en un esquema los dominios del capital de recuperación o apoyos esenciales para lograr la rehabilitación y la integración social de las personas que presentan trastorno por uso de sustancias (Figura 1).

# Componentes del capital de recuperación

## 1 Capital social

Es la suma de los recursos, actuales o virtuales, que una persona o un grupo acumulan en virtud de poseer una red de relaciones duraderas, más o menos institucionalizadas, de reconocimiento mutuo. La pertenencia a un grupo social otorga recursos, obligaciones recíprocas y beneficios a las personas, quienes pueden hacer uso de este capital para mejorar sus vidas. Cloud y Granfield afirman que cuando una persona que presenta consumo dependiente de sustancias cuenta con capital social e intenta detener o disminuir su consumo, las expectativas y las obligaciones de las otras personas pueden ser un recurso valioso, ya que pueden entregar apoyo emocional o acceso a oportunidades que ayudan a la mantención de los logros, incluida la abstinencia.

## 2

### Capital físico

Se refiere al capital económico o financiero que incluye los ingresos económicos, la vivienda, los ahorros e inversiones y otros recursos tangibles que pueden ser convertidos en dinero. Cloud y Granfield afirman que una persona con uso dependiente de sustancia que posee capital físico tiene acceso a más opciones para su recuperación.

## 3

### Capital humano

Este capital incluye a un amplio rango de atributos humanos que proveen los medios para funcionar de manera efectiva en la sociedad actual, maximizando los beneficios asociados a la pertenencia a la sociedad para alcanzar las metas personales. El capital humano incluye el conocimiento, las habilidades, las acreditaciones educacionales (certificados o títulos), las condiciones de salud física y mental y otros atributos heredados o adquiridos y que son esenciales para realizar negociaciones en la vida diaria, considerando: un estilo adecuado de afrontamiento, habilidades para resolver problemas, capacidad de autocontrol, habilidades sociales, entre otros.

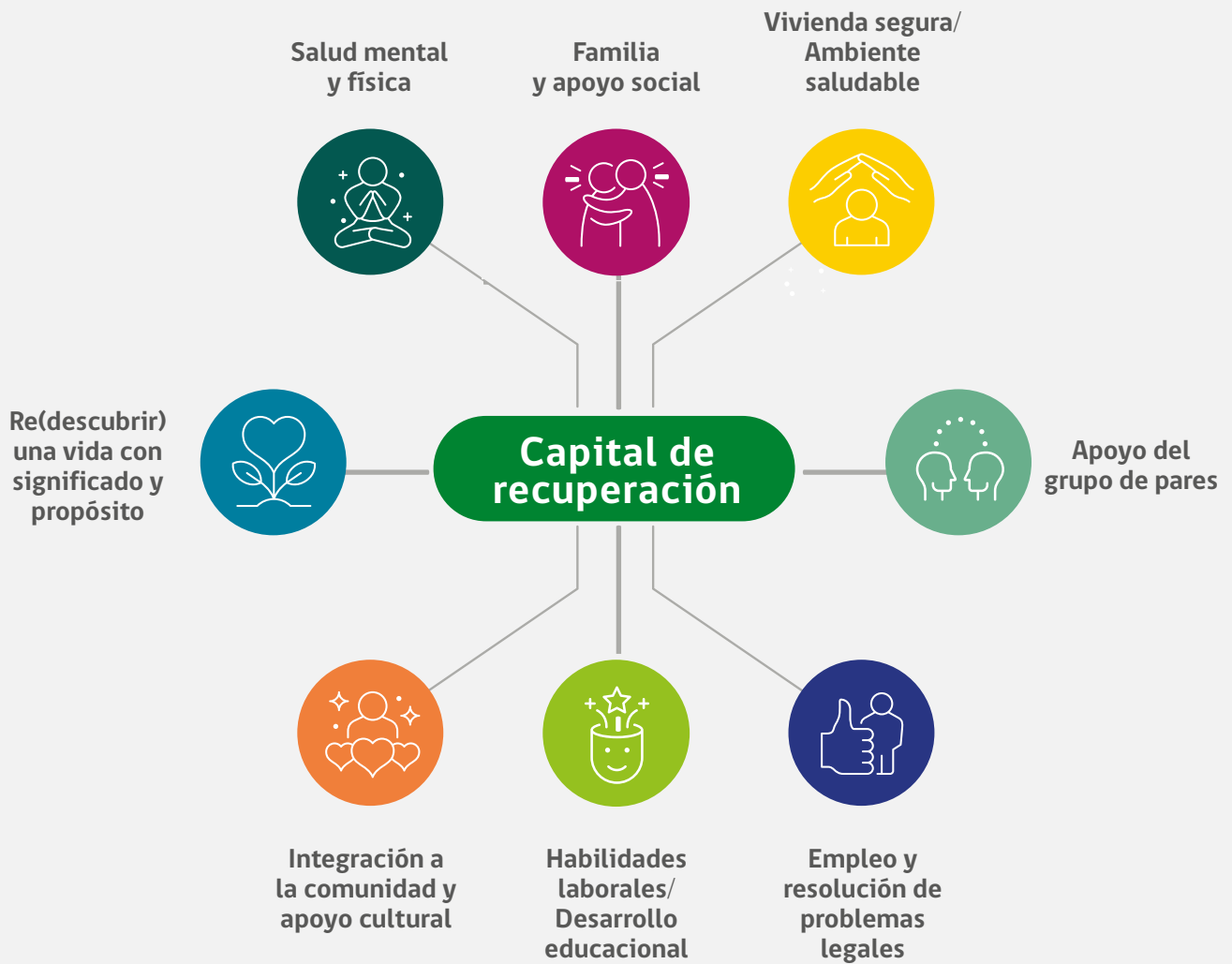
## 4

### Capital cultural

Se refiere a las normas sociales y a la habilidad individual para actuar en beneficio de los propios intereses dentro de ese marco normativo. Este capital incluye valores, creencias, disposiciones, percepciones y apreciaciones que emanan de la membrecía en un grupo cultural particular. Según Cloud y Granfield, las personas que abusan de sustancias y que aceptan las normas convencionales, tienen una ventaja respecto a aquellas que han sido socializadas para rechazarlas. Además, estos autores indican que la construcción de un nuevo sistema de significados y valores consistente con la abstinencia o el uso no problemático de la sustancia es el componente más difícil en el proceso de recuperación.

Figura 1

# Dominios del capital de recuperación



Fuente: Traducido de UNODC (2008, p. 18).

Cabe señalar que algunos autores plantean que la recuperación no es un concepto aplicable a la población de niños, niñas y adolescentes (Lal, 2010; White, 2006b), dado que se trata de un constructo que surge desde el análisis de los procesos de cambio en población adulta y no sería compatible con los procesos evolutivos involucrados en la infancia y la adolescencia, etapas durante las cuales muchos de los componentes incluidos entre los capitales de recuperación se encuentran aún en proceso de formación.

No obstante, los principales elementos del enfoque de recuperación sí resultan pertinentes en el tratamiento con niños, niñas y adolescentes y pueden servir de marco comprensivo para el proceso de evaluación integral que se desarrolla con dichas poblaciones. Así, por ejemplo, en el tratamiento con adolescentes resulta necesario considerar los factores condicionantes del entorno social que apoyan o dificultan el proceso de cambio; asimismo, la intervención debería dirigirse hacia el ejercicio de ciudadanía, desde un enfoque de autonomía progresiva y es igualmente relevante procurar los mecanismos para la sostenibilidad de los cambios a través del tiempo.

Por otra parte, el concepto de recuperación respecto a la población de adultos mayores debe comprenderse de forma distinta a cómo es aplicado con la población adulta, ya que los capitales de recuperación pueden verse afectados en la adultez mayor debido al deterioro que se presenta en la salud física y a nivel cognitivo, el desarrollo de enfermedades crónicas y de otras dificultades para la integración social (Cloud y Granfield, 2008; White, 2006b). Sin embargo, con las personas adultas mayores resulta igualmente importante relevar las fortalezas y los recursos vinculados a sus capitales de recuperación, evitando una perspectiva centrada exclusivamente en los déficits.

En síntesis, para fomentar y contribuir a la recuperación de la persona usuaria, los equipos de tratamiento requieren identificar, por un lado, las necesidades y

los problemas de la persona que puedan dificultar o impedir su progreso y compromiso con el tratamiento; por otro lado, deben identificar también los recursos personales y del contexto que puedan facilitar procesos de integración social y aumentar el bienestar durante y después del tratamiento.

## 1.2 Enfoque del curso de vida

El desarrollo humano y los resultados en salud dependen de elementos multidimensionales complejos que son el resultado de la interacción de diferentes factores, experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada persona, influenciadas, además, por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural.

El enfoque del curso de vida aparece en la literatura a fines de la década de los 90 y desde entonces ha habido un gran interés en su aplicación al campo de la salud debido al creciente reconocimiento de la carga global de las enfermedades asociadas a las distintas etapas del desarrollo (Halfon et al., 2018).

Se distinguen dos perspectivas principales en el enfoque del curso de vida: la perspectiva de desarrollo humano y la perspectiva de la epidemiología de las enfermedades crónicas.

**De acuerdo con la primera de ellas, la perspectiva de desarrollo humano del curso de vida asume que la vida de las personas es configurada por el paso del tiempo y por la secuencia de eventos vitales y la exposición a diversas influencias físicas y sociales (Alwin, 2016).** En esta perspectiva, el desarrollo humano es concebido como un proceso de transacciones organismo-ambiente a través del tiempo, en el cual el organismo tiene un rol activo en la configuración de su propio desarrollo, describiéndose los siguientes principios (Elder & Shanahan, 2006):

- > El desarrollo humano y el envejecimiento son procesos a lo largo de la vida.
- > Los individuos construyen su propio curso de vida a través de elecciones y acciones que toman dentro de las oportunidades y las limitaciones de su historia y circunstancias sociales.
- > Los eventos y las pautas de comportamiento varían de acuerdo con el momento en que ocurren en un curso de vida.
- > Las vidas son vividas en forma interdependiente, y las influencias sociales son expresadas a través de esta red de relaciones compartidas.
- > El curso de vida individual está inmerso en los tiempos históricos y lugares a lo largo de la vida, y es configurado por esos factores.

**La segunda perspectiva es el enfoque del curso de vida de la epidemiología de las enfermedades crónicas (Ben-Shlomo & Khu, 2002; Halfon et al., 2018), definido como el estudio de los efectos a largo plazo en la salud de la exposición a riesgos, físicos o sociales durante las distintas etapas de la vida.** Se trata, por lo tanto, de la vinculación entre la exposición a riesgos a lo largo del curso de vida y sus posteriores efectos en la salud, en términos del desarrollo de enfermedades crónicas y otros trastornos (Kuh et al., 2003)<sup>1</sup>.

Con el objetivo de relevar la importancia de la consideración del curso de vida en la salud, se presentan a continuación algunos hallazgos de la investigación sobre el impacto a largo plazo de los eventos experimentados en diferentes fases de la vida de las personas:

## Período prenatal

(Jacob et al., 2017; Wang et al., 2018)

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas durante la gestación está asociado con dificultades en el parto, parto prematuro, bajo peso al nacer y alteraciones en el desarrollo fetal. La consecuencia más adversa de la exposición prenatal al alcohol es el síndrome alcohólico fetal (SAF), que puede incluir discapacidades físicas, mentales, conductuales o de aprendizaje, con potenciales implicaciones a lo largo de la vida (Warren et al., 2011).

## Infancia

(Boyce & Hertzman, 2018; Jacob et al., 2017; Ministerio de Salud [Minsal], 2018)

Los estresores tóxicos tempranos –tales como el abuso físico y emocional, la negligencia parental, el uso de sustancias en padres, madres o cuidadores, exposición a la violencia en el hogar, cuidadores que presentan enfermedades mentales o intentos suicidas– representarían factores de riesgo para el desarrollo adolescente, pudiendo manifestarse en el consumo problemático de drogas o aumentando el riesgo de autoagresión y la conducta suicida (Felitti et al., 1998).

En la infancia media, se ha observado el inicio de diversos trastornos de salud mental, incluyendo trastornos de ansiedad, fobia, trastorno por déficit atencional con hiperactividad y trastornos de conducta (con una mayor frecuencia en los niños que en las niñas) (DelGiudice, 2018).

1 Para una revisión resumida de los marcos conceptuales del enfoque del curso de vida en la salud, se sugiere consultar Kuh et al. (2003) y Pratt & Frost (2016).

## Adolescencia

(Minsal, 2018; Salas-Wright et al., 2016; Steinberg, 2015)

Steinberg (2015) sugiere que mientras los cambios biológicos (por ejemplo, la pubertad) marcan el inicio de la adolescencia, el término de la adolescencia es más bien un reflejo de indicadores dados por la cultura, que están asociados a la edad legal para votar o usar alcohol, vivir en forma independiente, tener auto sustento económico, formar pareja o tener descendencia. La duración, el contenido y las experiencias cotidianas de la adolescencia varían mucho entre las culturas (Arnett, 2014). Así, por ejemplo, en las sociedades postindustriales las personas jóvenes actuales retrasan la edad de la formación de pareja y se inician más tarde en un trabajo profesional, por lo que no puede afirmarse que la transición de la adolescencia a la adultez ocurra entre los 18 y los 20 años.

La adolescencia es un período de desarrollo neurobiológico, psicológico y social pronunciado (Salas-Wright et al., 2016). A la vez, es una fase muy vulnerable del ciclo vital en la cual existe el riesgo de adquirir hábitos no saludables que tienen consecuencias negativas para la salud en las etapas posteriores de la vida, entre ellas, el uso de tabaco, alcohol u otras drogas, el sedentarismo, la mala nutrición y la actividad sexual sin protección (Minsal, 2018).

Entre los diversos cambios de comportamiento observados en adolescentes, los más comunes son el aumento en la búsqueda de sensaciones nuevas y de comportamientos de riesgo y un interés hacia interacciones con los pares. Aunque esos comportamientos pueden exponer a adolescentes al peligro, otorgan una ventaja evolutiva al fomentar la separación de la seguridad de la familia y estimular el desarrollo y la adquisición de habilidades de supervivencia independiente.

Siguiendo esta línea, la adolescencia debe ser también valorada como una etapa de tremendo potencial y oportunidad. Vínculos favorables, de cuidado y respeto potencian el desarrollo de un concepto positivo de sí mismo, de la autoestima y el ejercicio y fortalecimiento de la autonomía, el desarrollo de hábitos saludables y de autocuidado, así como el reconocimiento y la valoración del otro.

## Adultez

La adultez es el período del curso de vida en el cual las personas mayoritariamente forman familia, se reproducen, forman lazos afectivos y contribuyen a la economía de la nación (Minsal, 2018).

Tradicionalmente, se ha ubicado esta fase de la vida entre los 18 y los 64 años, distinguiéndose dos sub fases: adultez joven (de 18 a 35 años) y adultez media (de 35 a 64 años). Sin embargo, como ya se ha señalado, esos límites de edad son imprecisos y están influidos por factores culturales.

Las personas que ingresan a la adultez enfrentan los riesgos para su salud que han adquirido durante la vida fetal, la infancia y la adolescencia (Jacob et al., 2017); y las desigualdades económicas y sociales propician un mayor deterioro en la condición de la salud de las personas adultas (Jacob et al., 2017; Minsal, 2018).

En esta etapa de la vida, las personas enfrentan riesgos elevados para enfermedades físicas y trastornos de salud mental. Comportamientos no saludables —como fumar, el uso abusivo de alcohol, malos hábitos alimenticios o el sedentarismo— contribuyen al desarrollo de cánceres, ataque cardíaco, enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes tipo 2 (Jenkins, 2009).

Respecto al uso de sustancias, al igual que en otros países, en Chile la mayor tasa de uso de drogas ilícitas se observa en la adultez joven (de 19 a 35 años), y es más prevalente en los hombres que en las

mujeres. Específicamente, el uso de alcohol persiste más allá de los 35 años, siendo significativamente más prevalente en los hombres que en las mujeres (SENDA, 2017b).

## Adulthood

El estudio del ciclo de vida en la adultez mayor ha adquirido significativa relevancia en los últimos años debido al aumento de la esperanza de vida de las personas en los países industrializados y postindustriales (Carr, 2009b)<sup>2</sup>. En Chile se espera que para el año 2025 vivan más personas mayores de 60 años que menores de 15 años (Minsal, 2018), lo cual implicará diversos desafíos para responder a las necesidades sociales y de salud de la población.

Aunque en el mundo moderno se suele considerar a la adultez mayor como una época de declinación inevitable en la vida y de retiro de la vida social, los resultados de estudios empíricos en los países industrializados y postindustriales indican que esta fase de la vida debe ser entendida como un tiempo de crecimiento psicológico, más que declinación o estabilidad (Carr, 2009b).

Un factor que afecta negativamente el curso de vida en la adultez mayor es el abuso de sustancias, principalmente el alcohol (la sustancia más usada en esta fase de la vida). Según un estudio en Chile, el 7,4% de los adultos mayores (65 años y más) reportó trastorno por abuso de sustancias en los últimos 12 meses (Vicente et al., 2006).

Algunos autores han planteado que el inicio tardío del uso abusivo de alcohol está relacionado con la reducción del estrés, donde el alcohol es usado para regular estresores tales como la jubilación, la

viudez, el fallecimiento de amistades y parientes, las enfermedades médicas y la situación de discapacidad o la pérdida percibida de roles o funciones significativas (Kyomen & Liptzin, 2011). Blow y Barry (2003) sugieren que las mujeres adultas mayores tienen el riesgo de experimentar problemas con el uso de alcohol, porque es más probable —en comparación con los hombres— que sobrevivan a su cónyuge, y enfrenen otras pérdidas que las llevan a la soledad y a la depresión.

## 1.3 Enfoque de pertinencia cultural

Dentro de los capitales de recuperación, el capital cultural de la persona usuaria es uno de los recursos importantes que se deben considerar en el proceso de recuperación.

**El enfoque de pertinencia cultural reconoce la existencia de múltiples culturas relacionadas con la religión, la identidad de género y la orientación sexual, los factores socioeconómicos, la situación de discapacidad, la pertenencia a pueblos originarios o a población migrante, entre otros.**

En ese contexto, se releva la responsabilidad que le corresponde a los equipos tratantes para realizar el reconocimiento y la valoración positiva de las diferencias y en su adecuado abordaje.

El reconocimiento de la diversidad cultural supone un desafío para la intervención, no sólo al hacer evidente la importancia de la cultura en los procesos terapéuticos, sino también debido a la casi imposible tarea de conocer en profundidad las dimensiones culturales de una persona o comunidad. Buscando hacer frente

2 En la actualidad, la esperanza de vida en Chile es de 85 años para las mujeres, y 80 años para los hombres. Ver <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/analisis-y-estudios/esperanza-de-vida-al-nacer-en-chile-llega-a-85-anos-en-mujeres-y-80-anos/2017-09-26/154547.html>

a este desafío, una respuesta adecuada parece ser el desarrollo de competencias culturales en los equipos técnicos y profesionales —y en el sistema de atención en su conjunto—, orientado a la mejora continua en el reconocimiento de las dimensiones culturales de la intervención.

Se ha definido como competencia cultural a “la habilidad para honrar y respetar las creencias, el lenguaje, los estilos interpersonales, y los comportamientos de individuos y familias que reciben servicios, así como también de los profesionales que proveen esos servicios” (SAMHSA, 2014, p. xv)<sup>3</sup>.

El SAMHSA de Estados Unidos publicó un documento orientador para el desarrollo de competencias culturales de los equipos profesionales que proveen tratamiento a personas que presentan trastorno por uso de sustancias (SAMHSA, 2014). En ese documento se describen cuatro elementos esenciales de la competencia cultural:

1. **El reconocimiento cultural se refiere a que los equipos profesionales son conscientes de sus propios grupos culturales y sus valores**, así como también, de sus presunciones y prejuicios respecto a otros grupos, realizando un esfuerzo para comprender cómo esos factores afectan su habilidad para proveer servicios culturalmente efectivos a las personas en tratamiento.
2. **El conocimiento cultural aborda la comprensión general de otros grupos culturales y de las pautas culturales que influyen en la comunicación, en los valores, en los roles de género, en la expresión clínica del estrés y en las normas de comportamiento**, que

determinan, por ejemplo, la pertinencia de tocar a la persona o felicitarla, del nivel de formalidad en la relación terapeuta/ persona usuaria. Esta competencia implica que los equipos inviertan tiempo en el conocimiento de la cultura, no sólo a través de la interacción con la persona, sino también mediante lecturas, seminarios, eventos culturales, asesoría de pares y guías culturales.

3. **El conocimiento cultural de la salud mental se refiere a la comprensión de cómo la cultura interactúa con las creencias acerca de la salud, el uso de sustancias y otros problemas de salud mental.** Los equipos necesitan adquirir conocimiento de algunas áreas claves tales como: creencias, tradiciones y normas culturales respecto al uso de sustancias; creencias respecto al tratamiento, incluidas las expectativas y actitudes hacia los tratamientos de salud mental; y obstáculos para el acceso a tratamiento de poblaciones específicas. Este conocimiento implica, por un lado, reconocer que en el diagnóstico y la evaluación puede haber sesgos culturales en la presentación de los síntomas. Por otro lado, supone identificar que algunos enfoques de intervención individual, familiar y de grupo pueden ser más adecuados para algunas personas. Asimismo, plantea la posibilidad de incorporar métodos de sanación tradicionales y complementarios — como, por ejemplo, el uso de líderes espirituales, hierbas y rituales— y de definir estrategias de continuidad de los cuidados y de prevención de recaídas que se adapten al ambiente cultural de la persona y de su comunidad.

3 Se sugiere incorporar al concepto de “cultura” a las formas de “ser y estar” en grupos diversos, formados en base a la edad, estatus socioeconómico, discapacidad, orientación sexual, intereses comunes o proximidad (SAMHSA, 2014).

**4. El desarrollo de competencias culturales se refiere a que los equipos profesionales debieran tener presente que las competencias anteriormente descritas se desarrollan a través del tiempo.** Con referencia a la competencia cultural, entre las características y acciones de efectividad de un o una terapeuta, se destaca la duda acerca de sus competencias profesionales y la práctica deliberada, que refiere a estar consciente de los aspectos de la propia práctica profesional que requieren mejorar y practicar las habilidades específicas con una retroalimentación correctiva<sup>4</sup>. Entre las actitudes necesarias para el desarrollo de competencias culturales se señalan las siguientes: respeto, aceptación, sensibilidad, equidad, apertura, humildad y flexibilidad.

Resulta pertinente en este punto una breve revisión del concepto de humildad cultural que, si bien no corresponde al enfoque de pertinencia cultural, puede relacionarse con el desarrollo de competencias culturales. Este concepto es cada vez más usado en los ámbitos del trabajo social, la salud y la educación. Se ha definido la humildad cultural como “el proceso continuo de auto reflexión y autocrítica que aborda abiertamente las desigualdades de poder que existen entre los proveedores de servicios y las personas usuarias” (Miller, 2009, citado en Lucas et al., 2013). El concepto representa de forma más precisa el proceso de reflexión y cambio constante, necesario para la comprensión y el abordaje de culturas que también se encuentran en constante cambio.

La diferencia central entre los conceptos humildad cultural y competencia cultural es que este último sugiere que existiría un cuerpo de conocimiento limitado (finito) respecto de una determinada cultura y que los equipos terapéuticos puede aprenderlos; mientras que la humildad cultural plantea que el conocimiento que tenemos respecto del otro y su cultura es siempre limitado, parcial, incompleto y sujeto a prejuicios (Wear, 2008).

## 1.4 Enfoque de género

**La incorporación del enfoque de género busca reducir o eliminar las inequidades y las discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas.**

Para lograr lo anterior, se deben tener en cuenta las necesidades particulares de mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual y de género, lo que implica el desafío de implementar políticas que consideren de manera simultánea la equidad de género y el fomento de los derechos de todas las personas. Lo anterior también apunta a reconocer el conjunto de prácticas, símbolos, estereotipos, creencias, normas y valores sociales que se construyen a partir de la diferencia sexual, la que define y prescribe modos y posibilidades de ser y hacer diferenciados según si se ha nacido hombre o mujer.

Esta distinción no sólo se ve reflejada en procesos de aprendizaje de estereotipos y de roles específicos, sino que conlleva, muchas veces, a establecer relaciones asimétricas de poder que afectan de manera diferente

4 Una serie de estudios encontró que terapeutas que dudaban acerca de sus competencias tenían mejores resultados, particularmente si tenían un sentido positivo de sí mismos. En contraste, el desempeño rutinario de las actividades terapéuticas y el aprendizaje pasivo (asistir a seminarios, leer manuales de terapia, sin realizar una actividad práctica retroalimentada) no están relacionados con los resultados terapéuticos (Rousmaniere et al., 2017; Wampold, 2017).

las oportunidades de integración social y las condiciones de salud de las personas. En este sentido, el género estratifica socialmente y no de manera única, ya que intersecta con otros estratificadores, tales como etnia, clase social y edad. Estas diferencias y sus efectos sobre la salud difieren según el ciclo vital y dependiendo del problema de salud estudiado.

La igualdad de género supone que se analicen, valoren y promuevan de igual manera los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres, de las personas cisgénero y las personas trans y género no conforme. Ello significa que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si han nacido hombres o mujeres. Significa, además, que todos los seres humanos sean libres para desarrollar sus capacidades personales y para tomar decisiones.

## 1.5 Enfoque de derechos

Un enfoque basado en los derechos de las personas garantiza el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación.

**La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) ha establecido que el enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene, como uno de sus ejes, garantizar el derecho a la salud de las personas y comunidades, estableciendo que los procesos de elaboración de políticas públicas de salud y los diversos programas que lo componen deben guiarse por normas y principios de derechos humanos.**

La relevancia del enfoque de derechos radica en que entrega las bases del trabajo promocional y preventivo para la protección de los derechos de las personas usuarias, que involucra no sólo a ellas y a sus familias, sino que interpela a la sociedad en su conjunto.

Para hacer operativo el enfoque de derechos humanos —tanto en relación con la esfera del desarrollo y de las políticas económicas y sociales como con el ámbito del cuidado—, las políticas y los programas deben basarse explícitamente en las normas y en los principios establecidos en el derecho internacional respecto a los derechos humanos.

Respecto al derecho a ejercer el cuidado en condiciones de calidad y al derecho a ser cuidado, se puede identificar un conjunto de derechos específicos ya reconocidos y que integran esta noción, como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud y a la educación, el derecho a la protección de la seguridad social, entre otros. Todos ellos están contemplados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el Protocolo de San Salvador, en la propia Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos sobre la orientación sexual y la identidad de género, y en la Convención sobre los Derechos del Niño.

La estrategia del enfoque de derechos no debe basarse únicamente en el reclamo de nuevos derechos, sino en darle efectividad a los derechos ya acordados. Una acción inicial, que es medular en la perspectiva de derechos, es la de otorgarle poder a quienes no lo han ejercido.

En primer lugar, el enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a ese otorgamiento de poder (empoderamiento) por la vía del reconocimiento y el ejercicio de derechos. Desde el ámbito de la participación, este enfoque procura la promoción de nuevas políticas que superen la comprensión de las personas como meras beneficiarias de programas sociales de corte asistencial, para pasar a su valoración en tanto titulares plenos de derechos.

En segundo lugar, se trata de que además de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, se reconozca la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía y corresponsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar(se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica.

# 2.

## Definiciones generales

### 2.1 Evaluación Integral en la trayectoria de la atención

El proceso de Evaluación Integral es un hito esencial de la trayectoria de la atención en el proceso de tratamiento por consumo problemático de alcohol y otras drogas.

En este marco, la Evaluación Integral se constituye en la primera tarea del equipo de tratamiento, luego de producido el ingreso a tratamiento, marcado por el consentimiento informado de la persona usuaria. Por lo tanto, se espera que —una vez realizado el ingreso— el equipo coordine las acciones necesarias para poder llevar a cabo la evaluación.

El procedimiento de Evaluación Integral le permitirá al equipo tratante disponer de los insumos requeridos para llevar a cabo la elaboración de un **Plan de Tratamiento Individual (PTI)** acorde a las características y necesidades específicas de cada persona usuaria. La relevancia de este proceso evaluativo radica en el

hecho de que posibilita implementar tempranamente estrategias terapéuticas individualizadas y ajustadas en un “traje a la medida” para cada persona, fomentando así su compromiso y adherencia al proceso de tratamiento.

La Figura 2 grafica la trayectoria de la atención.

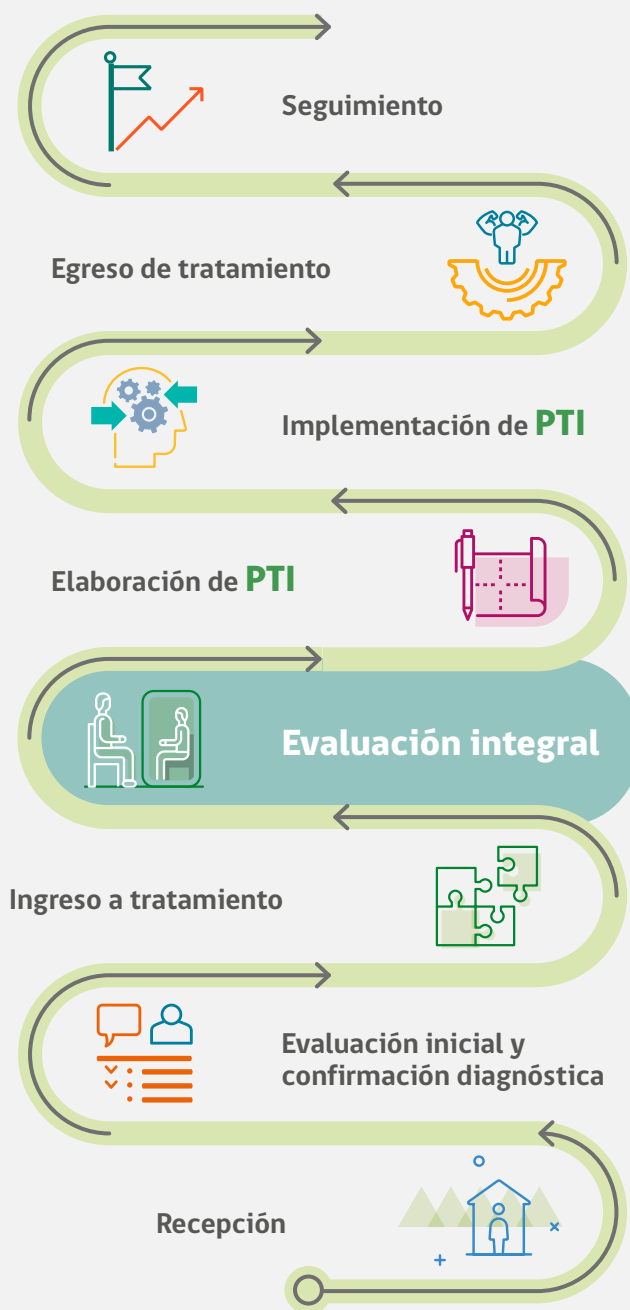
### 2.2 Qué es la Evaluación Integral

**Se entenderá la Evaluación Integral de las personas que ingresan a tratamiento por consumo de sustancias como un proceso evaluativo flexible, abierto y dinámico, que se lleva a cabo a través de un trabajo interdisciplinario con participación de todo el equipo tratante.**

La Evaluación Integral involucra un proceso de indagación en profundidad de la situación que la persona presenta respecto de los distintos capitales de recuperación, explorando sus problemas, necesidades, fortalezas y recursos. La Evaluación Integral implica

Figura 2

## Evaluación Integral en la trayectoria de atención



Fuente: Elaboración propia.

la construcción de un diagnóstico colectivo que es generado en conjunto por el equipo tratante.

Los propósitos de la Evaluación Integral son los siguientes (UNODC, 2009; The National Treatment Agency for Substance Misuse [NTA], 2006):

- 1. Evaluar las necesidades, los problemas, las fortalezas y los recursos, que presenta la persona** en diversas áreas o dimensiones que son relevantes en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias.
- 2. Entregar información clave para la formulación del Plan de Tratamiento Individual (PTI).**
- 3. Proporcionar información de la receptividad a la influencia social y motivación al cambio de la persona** para individualizar la alianza terapéutica y fomentar la adherencia al tratamiento (Norcross & Wampold, 2011; UNODC, 2009).

La Evaluación Integral de personas que ingresan a tratamiento desafía al equipo técnico a identificar —junto con las necesidades y problemas de intervención—, los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

Las fortalezas y los recursos de la persona (o factores protectores) se refieren a aspectos que pueden utilizarse como apoyos para la recuperación, incluyendo aquellos que han contribuido a períodos anteriores de estabilidad. Entre las fortalezas de la persona se encuentran los rasgos positivos de su personalidad, sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento y el apoyo de familiares o amigos (McGee, 2016).

Macneil et al. (2012) sugieren que la identificación de los factores protectores de la persona ayuda a fomentar el optimismo en los profesionales y en las

personas en tratamiento, y contribuye a una relación terapéutica positiva.

Trabajar desde las fortalezas y los recursos exige del equipo técnico desarrollar la capacidad de ver de forma diferente a las personas, a sus entornos y contextos y a las situaciones concretas que viven y afrontan (Saleebey, 2001).

En tal sentido, el enfoque centrado en las fortalezas y el empoderamiento exige al equipo que interviene a descubrir, realzar y explorar los recursos de las personas, con el fin de apoyar el logro de metas, haciendo frente muchas veces a las consecuencias que ha tenido para la persona las diversas vivencias de estigmatización y exclusión.

## 2.3 Procedimientos de la Evaluación Integral

El desarrollo de la Evaluación Integral considera la realización de tres procedimientos claves que se describen en este apartado y que se resumen en la Figura 3.

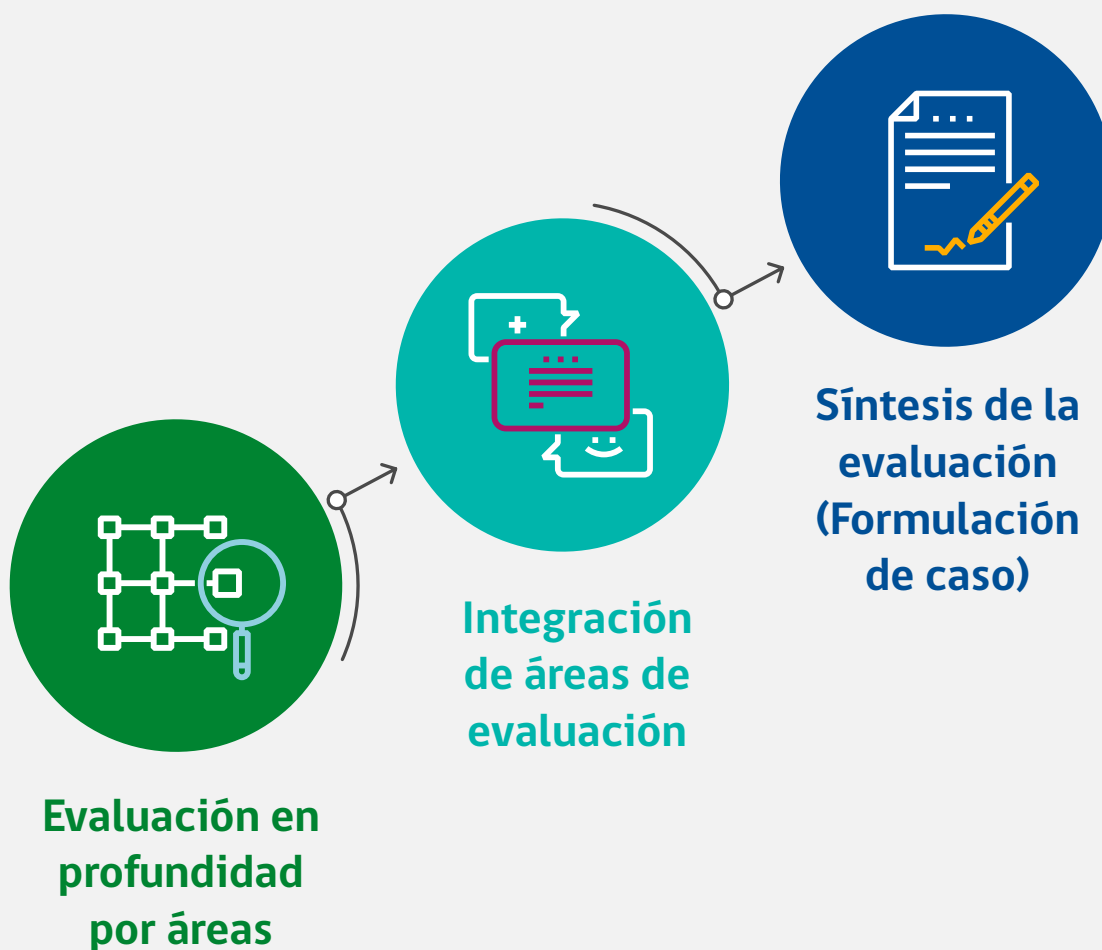
### Evaluación en profundidad por áreas

En el desarrollo de la Evaluación Integral, es necesario efectuar —como primer procedimiento— una evaluación en profundidad desde diversas áreas, que están asociadas a distintas competencias profesionales y técnicas. Por ello, se espera que este procedimiento sea realizado por un equipo multidisciplinario.

Esta evaluación en profundidad se efectúa a través de entrevistas semiestructuradas y la aplicación de instrumentos, como una estrategia de apoyo para el levantamiento de información, siempre en el contexto de la entrevista.

Figura 3

## Procedimientos claves de la Evaluación Integral



Fuente: Elaboración propia.

La entrevista se comprende como un espacio de encuentro y oportunidad para la construcción de la alianza terapéutica en el marco de las relaciones de ayuda. En especial, y dado que la Evaluación Integral se efectúa al inicio del proceso de tratamiento, se deben tener en cuenta los aspectos motivacionales involucrados en su desarrollo. Por lo mismo, es importante relevar que la entrevista, junto con posibilitar el conocimiento de la situación de la persona usuaria, constituye al mismo tiempo una intervención (Tomm, 1987). En efecto, las preguntas abiertas realizadas durante las entrevistas, en el transcurso de las sesiones, apuntarán también a fomentar la autoobservación y la reflexión de la persona entrevistada acerca de sí misma<sup>5</sup>.

La realización de entrevistas semiestructuradas requerirá lo siguiente:

- > **Indagar de acuerdo con un plan preestablecido** que considere las diferentes áreas de evaluación definidas en este documento.
- > **Hacer uso de las estrategias OARS6 de la Entrevista Motivacional** (Miller & Rollnick, 2013), **o estrategias de “no saber” de la terapia breve sistémica** (Anderson, 1999; DeJong & Berg, 1998)<sup>7</sup>.
- > **Mostrar una actitud de curiosidad acerca de la persona entrevistada.** Se requiere del interés genuino de quien realiza la entrevista por conocer la experiencia de la persona entrevistada, sin imponer sus puntos de vista, facilitando el desarrollo de un vínculo positivo, de la confianza y la apertura de dicha persona para compartir información acerca de sí misma (Anderson & Gehart,

2007; DeJong & Berg, 1998; Miller & Rollnick, 2013). Esta actitud de genuina curiosidad respecto de la otra persona resulta del proceso de reflexión y autoexamen constante de los equipos tratantes sobre los propios prejuicios, conocimientos, ideas y expectativas en relación con las personas usuarias.

## Integración de las áreas de evaluación

Una vez que los diferentes integrantes del equipo han realizado la indagación en profundidad por áreas, el segundo procedimiento consiste en realizar la integración de los distintos aspectos evaluados, de modo tal de poder obtener una perspectiva más integral de la persona y de la complejidad que involucra su problemática de salud.

En una instancia de trabajo en equipo, se espera que cada integrante contribuya desde su perspectiva técnico-profesional con sus hallazgos acerca de la persona evaluada, describiendo su situación actual, sus necesidades y recursos para el tratamiento. Con base en la información de cada integrante, el equipo en conjunto reflexiona sobre los aspectos más relevantes de la evaluación y las posibles interrelaciones entre los diferentes ámbitos evaluados.

Para llevar a cabo la integración de áreas, resulta fundamental que el equipo disponga de información enriquecida con el suficiente detalle y nivel de profundidad respecto de las diferentes áreas y ámbitos de evaluación. Asimismo, es necesario que el equipo cuente con instancias de reunión que brinden un espacio apropiado para el diálogo interdisciplinario.

5 Para un análisis más detallado de este tópico, se recomienda la lectura del artículo de Tomm (1987), y la reflexión de Miller y Rollnick (2013) acerca de las “trampas” en la comunicación.

6 OARS por sus siglas en inglés significa preguntas abiertas, afirmaciones, reflexiones y resúmenes.

7 Uso de preguntas abiertas, reflejos terapéuticos y resúmenes.

## Síntesis de la Evaluación Integral

El último procedimiento de la Evaluación Integral corresponde a la elaboración de una síntesis diagnóstica que consiste en un resumen o breve relato descriptivo sobre la situación actual de la persona usuaria —configurado a partir de los antecedentes y dimensiones evaluadas—, lo que servirá como insumo fundamental para elaborar el listado de problemas y recursos con los que ella cuenta.

En el proceso que conduce a la síntesis diagnóstica, se recomienda utilizar la metodología de formulación del caso, entendida como el conjunto de hipótesis explicativas acerca de la etiología y factores biológicos, psicológicos y socioculturales que se han combinado para crear y mantener el problema clínico actual (Winters et al., 2007).

La formulación de caso es un esquema conceptual que ayuda a organizar, explicar o dar sentido a una gran cantidad de datos recopilados en la evaluación para generar insumos fundamentales para las decisiones sobre el tratamiento. Se busca identificar qué es lo que está mal, cómo se ha progresado hasta el estado actual, de qué recursos se dispone y qué puede hacerse para ayudar a la persona en su proceso de recuperación.

La formulación de caso permite identificar cuatro factores: factores predisponentes, factores precipitantes, factores perpetuantes y factores protectores.

En combinación con el modelo biopsicosocial, la información relativa a los cuatro factores puede estructurarse en una matriz de información, denominada Matriz de las 4 P y que se resume en la Figura 4.

# Factores identificados en la formulación de caso

- > **Factores predisponentes**  
Áreas de vulnerabilidad —física, psicológica y social— que aumentan el riesgo del problema presente.
- > **Factores precipitantes**  
Estresores u otros eventos que poseen una relación temporal con el inicio de los síntomas y que pueden haber actuado como precipitantes.
- > **Factores perpetuantes**  
Factores de la persona, la familia, la comunidad o de los sistemas más amplios, que perpetúan el problema en lugar de disminuirlo.
- > **Factores protectores**  
Competencias, habilidades, talentos e intereses de la persona, y elementos de apoyo en la familia y en las relaciones extrafamiliares.

**Figura 4**  
**Matriz de las 4 P**

<b>Factores</b>	Biológicos	Psicológicos	Sociales
<b>Predisponentes</b>			
<b>Precipitantes</b>			
<b>Perpetuantes</b>			
<b>Protectores</b>			

Fuente: Elaboración propia.

Considerando lo anterior, el procedimiento para llevar a cabo la formulación de caso contempla los siguientes cinco pasos:

**Paso**  
**1**

Redacción de un breve resumen acerca de la persona, sus problemas y recursos.

---

**Paso**  
**2**

Identificación de datos etiológicos, usando datos del pasado y del presente para desarrollar una hipótesis acerca de cómo se generó el estado actual de la persona.

---

**Paso**  
**3**

Uso de la matriz de las "4 P" y del modelo biopsicosocial para organizar los datos disponibles e identificar aquella información faltante.

---

**Paso**  
**4**

Conectar los datos con la situación actual por medio de una teoría, describiendo cómo estos datos explican las circunstancias presentes, utilizando teorías contemporáneas o aquellas con las que el equipo está familiarizado.

---

**Paso**  
**5**

Redacción de la formulación de caso. Se sugiere iniciar la redacción desde el pasado (factores predisponentes), hacia el presente (factores precipitantes), luego hacia el futuro (factores perpetuantes), para finalizar con los factores protectores.

---

## Procedimientos en situaciones específicas

Con el objetivo de no sobre intervenir a la persona que reingresa a tratamiento<sup>8</sup>, se sugiere considerar las situaciones específicas para la evaluación que se describen a continuación.

1. **Cuando la persona usuaria reingresa a tratamiento al mismo dispositivo no es conveniente realizar una Evaluación Integral siguiendo todos los procedimientos descritos en este documento**, ya que se espera que el equipo tenga acceso a la ficha clínica de la persona, donde se encuentra la evaluación realizada en el anterior episodio de tratamiento.

Se pueden presentar dos situaciones específicas:

- > **Si la persona usuaria reingresa al mismo dispositivo después de haber egresado por Alta Terapéutica**, se sugiere realizar una actualización y reevaluación diagnóstica en las áreas de uso de sustancias y del estado de la salud mental y física, y una evaluación de los factores que a juicio de la persona usuaria o de sus otros significativos han sido obstáculos en su proceso de recuperación para, con base en esa información, poder desarrollar/negociar un plan de tratamiento individualizado (PTI) que aborde esas necesidades.
2. **Cuando una persona es referida a otra modalidad/intensidad de tratamiento, luego de que el equipo que realiza la derivación efectuó la Evaluación Integral, el equipo del dispositivo que la recibe no debiera realizar una Evaluación Integral**. Se espera que el documento que acompaña la derivación o referencia contenga la información necesaria para la comprensión del caso, la descripción de las necesidades de tratamiento o de continuidad de cuidados y las metas en proceso de logro.
- > **Si la persona reingresa al mismo dispositivo después de haber egresado por Abandono o por Alta Administrativa**, se sugiere indagar en su motivación para el tratamiento y para el cambio de comportamiento, y realizar una actualización o reevaluación diagnóstica principalmente en las áreas de uso de sustancias y del estado de la salud mental y física. Se sugiere que sea la misma persona quien identifique y jerarquice las áreas en las cuales percibe que necesita ayuda<sup>9</sup>.

8 Se entiende por “sobreintervención” a la realización de entrevistas y la administración de instrumentos que han sido usados con anterioridad con la misma persona, lo que conlleva el riesgo de debilitar la motivación para el enganche de la persona con el tratamiento.

9 Para estos efectos, se puede usar un mapa guiado (Day, 2013). Ver Instrumento N° 1 del Volumen 5.

# 3.

## Áreas de la Evaluación Integral

**Como se ha señalado, la Evaluación Integral se define como un proceso de evaluación multidimensional que implica una exploración en profundidad de los diferentes capitales de recuperación, es decir, de las necesidades, condiciones, recursos y fortalezas que presenta cada persona en distintos ámbitos de su vida y que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de recuperación (Morin, 2004).**

Debido a que no existe un instrumento de evaluación que logre “capturar” la integralidad de la persona ni que permita abordar todos los contenidos con el necesario nivel de profundidad, el primer paso de la Evaluación Integral consistirá en un procedimiento de indagación exhaustiva, realizado por diferentes integrantes del equipo, quienes —desde cada disciplina y competencia— podrán “capturar porciones” de las condiciones de la persona usuaria y de sus capitales de recuperación.

Como una estrategia metodológica que facilite la organización del proceso evaluativo, en este documento de orientación técnica se define una división de la Evaluación Integral por áreas, ámbitos y componentes.

Cabe señalar, sin embargo, que esta distribución temática no refiere a categorías dicotómicas ni mutuamente excluyentes y, por lo mismo, la evaluación no debería ser entendida como un proceso que escinde a la persona en fragmentos.

Así, por ejemplo, el funcionamiento cognitivo puede estar directamente asociado a otros componentes del área de salud física y mental o bien al patrón de uso de sustancias; a su vez, la situación financiera está frecuentemente relacionada con la condición ocupacional y el nivel de apoyo social entre otros elementos considerados en el proceso evaluativo.

Por otra parte, si bien se definen algunos ámbitos de indagación específica sobre el capital cultural, dicha distinción es de orden metodológico y, en rigor, se debe tener presente que los aspectos vinculados a la identidad sexual o de género —o la pertenencia a grupos culturales, religiosos y otros— constituyen recursos y condiciones que pueden contribuir a las distintas dimensiones del proceso de evaluación, por lo que deberían entenderse como dimensiones trasversales.

Por todo lo anterior, mientras se efectúa la indagación por áreas, es importante que cada integrante del equipo (del ámbito profesional o técnico) mantenga siempre en perspectiva la integralidad de la persona evaluada y la posible interrelación entre las diferentes temáticas examinadas. En efecto, se debe recordar que, una vez finalizada la indagación por áreas, los siguientes procedimientos de la Evaluación Integral (descritos en el apartado 2.3) serán la integración de las áreas de evaluación y la síntesis de la evaluación, los cuales permitirán reforzar la perspectiva integral de la persona usuaria a través de un trabajo transdisciplinario.

Teniendo presente lo anterior, en el proceso de Evaluación Integral se consideran seis áreas de indagación principal (ver Figura 5).

Para cada una de las áreas de la Evaluación Integral, se ha construido una matriz que contempla una subdivisión por “ámbitos” y también una desagregación de algunos de esos ámbitos en “componentes”. Se espera que esta matriz contribuya a guiar la exploración y facilitar la organización de la información obtenida en el proceso de evaluación.

A continuación, se presenta una breve descripción, antecedentes y consideraciones relevantes de cada área de la Evaluación Integral. Además, y para facilitar el trabajo de los equipos, se representa en forma gráfica un esquema con los ámbitos y los componentes en que cada área se desagrega.

### 3.1 Área Uso de sustancias

En el área de evaluación **Uso de sustancias** se indagan en profundidad aspectos del capital humano referidos específicamente a la problemática de consumo de alcohol y otras drogas, considerando cinco ámbitos (ver Figura 7):

1. Contexto histórico del uso de sustancias
2. Situación de consumo actual
3. Consecuencias negativas percibidas por la persona
4. Antecedentes de tratamientos anteriores
5. Recursos y habilidades de afrontamiento ante el problema de consumo de alcohol y otras drogas

#### Contexto histórico del uso de sustancias

En este primer ámbito se distinguen los siguientes componentes:

- > Historia personal del uso de sustancias: referido a data del consumo de la persona y contexto en el que se ha desarrollado el consumo a lo largo de su vida.
- > Antecedentes familiares del uso de sustancias: este componente indaga en antecedentes familiares considerando elementos relacionados con vulnerabilidad genética y de aprendizaje social para el uso perjudicial y dependiente de sustancias.

Figura 5

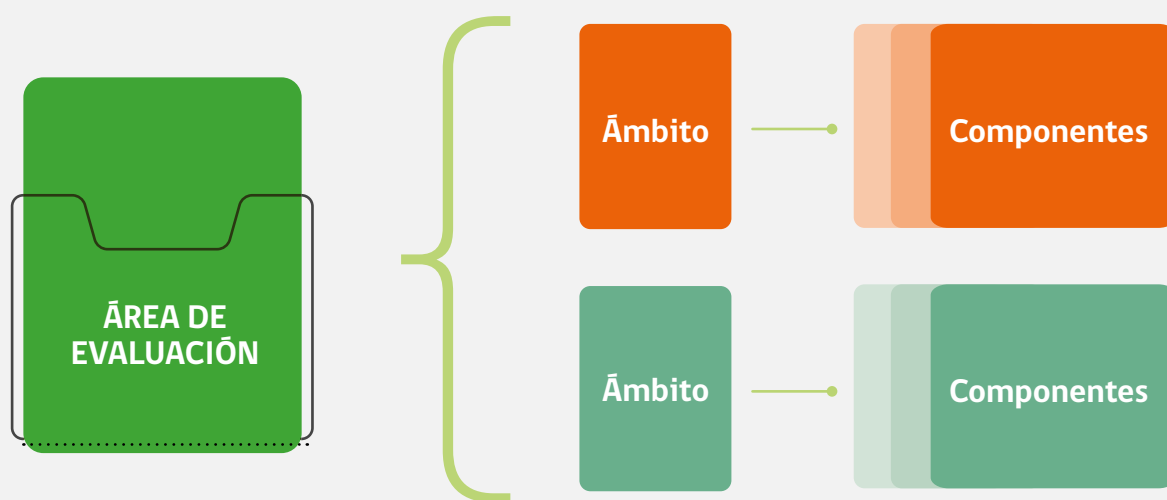
## Áreas de la Evaluación Integral



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6

## Matriz de organización de las áreas de evaluación



Fuente: Elaboración propia.

### Uso de sustancias en la actualidad

El objetivo de la evaluación en este segundo ámbito es obtener una impresión sobre cómo se manifiesta el uso problemático de alcohol y otras drogas en la vida de la persona (Becoña y Cortés, 2011), tanto al momento de la evaluación como antes de ingresar a tratamiento.

En este ámbito se realiza la indagación sobre tipo de sustancias, cantidad, frecuencia, intentos por dejar el consumo, presencia de síntomas de privación y tolerancia a la sustancia.

### Consecuencias negativas percibidas

El tercer ámbito se refiere a las consecuencias negativas del uso de drogas percibidas por la persona usuaria y que constituyen un recurso central para promover su motivación al cambio. La indagación en este ámbito permite acceder a la percepción sobre las consecuencias negativas del consumo, así como también sobre los procesos de cambio vivenciados por la persona y que le han ayudado a encontrarse en la fase y disposición actual para el cambio de comportamiento (Prochaska, 1999).

Se sugiere orientar la indagación respecto de problemas personales (salud física y mental), familiares, económicas y legales, educacionales y/o laborales.

### Antecedentes de tratamientos anteriores

En este cuarto ámbito se sugiere indagar acerca de los episodios previos de tratamientos, considerando la modalidad, duración, motivos de egreso, logros alcanzados.

Se debe considerar que la participación en tratamientos anteriores y la recaída en el uso de sustancias no es sinónimo de un “mal pronóstico”. Desde un punto de vista de la dependencia a sustancias como un trastorno crónico recuperable de la salud mental, la recaída en el uso de sustancias es un fenómeno común y esperable (Scott et al., 2007; White, 2006a, 2008).

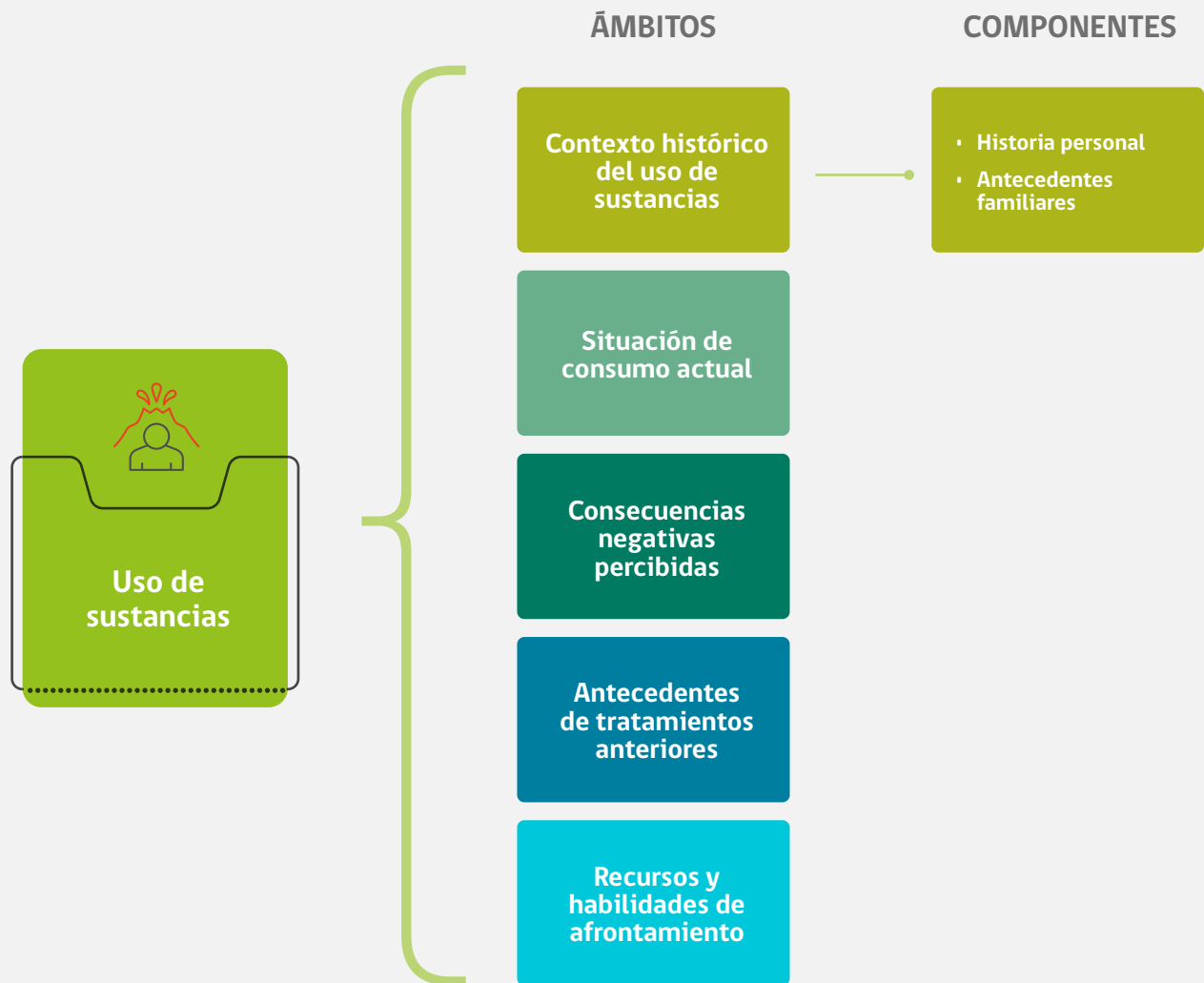
Además, en este ámbito es importante indagar sobre los intentos de la persona para cesar o reducir el uso de sustancias, sin ayuda profesional.

### Recursos y habilidades de afrontamiento

En este último ámbito se indaga en las habilidades desarrolladas por la persona para el manejo de deseos de consumo, el logro en el pasado de periodos de abstinencia o de reducción en el patrón de consumo, reconocimiento de estímulos y situaciones gatillantes, manejo de estrategias de prevención de recaídas u otras herramientas y recursos personales que puedan aportar al proceso de tratamiento en este ámbito.

Figura 7

# Ámbitos y componentes del área de evaluación **Uso de sustancias**



Fuente: Elaboración propia.

## 3.2 Área Salud mental y física

En el área de evaluación **Salud mental y física** se indagan cuatro ámbitos del capital humano relativos a las condiciones de salud que presenta la persona usuaria (ver Figura 8):

1. Trastornos de salud mental
2. Funcionamiento psicológico
3. Funcionamiento cognitivo
4. Salud física

### Trastorno de salud mental

Este ámbito evalúa el estado de la salud mental actual de la persona identificando otros trastornos comórbidos o concurrentes al trastorno por uso de sustancias. Esto es muy relevante, ya que la investigación ha mostrado que la población con consumo problemático de alcohol y otras drogas presenta una elevada prevalencia de otros trastornos de salud mental.

Se debería orientar la evaluación considerando los insumos de la Evaluación Inicial y Confirmación Diagnóstica dado que en esa instancia la persona puede haber reportado la necesidad de ayuda en este ámbito, o si ha tenido algún diagnóstico o recibido tratamiento previamente, o bien el equipo evaluador puede haber detectado algún indicador relevante al respecto.

Asimismo, resulta importante explorar indicadores de otros trastornos de salud mental no identificados en la Evaluación Inicial y Confirmación Diagnóstica mediante la entrevista clínica y el apoyo de instrumentos de tamizaje que permitan identificar dichos trastornos.

### Funcionamiento psicológico

Este ámbito evalúa aspectos relacionados con el funcionamiento psicológico de la persona usuaria que impactan en los resultados del tratamiento y que pueden considerarse como sus recursos o fortalezas (Joe et al., 2002).

Se sugiere evaluar tres componentes en todas las personas que han ingresado a tratamiento: autoestima, autoeficacia y toma de decisiones (ver componentes de evaluación en p. 37).

### Funcionamiento cognitivo

El tercer ámbito busca caracterizar a la persona respecto de las funcionalidades y las necesidades cognitivas e intelectuales que presenta, y determinar la presencia de deterioro cognitivo. Se consideran dos componentes principales: estilos de aprendizaje y déficits cognitivos (ver componentes de evaluación en p. 38).

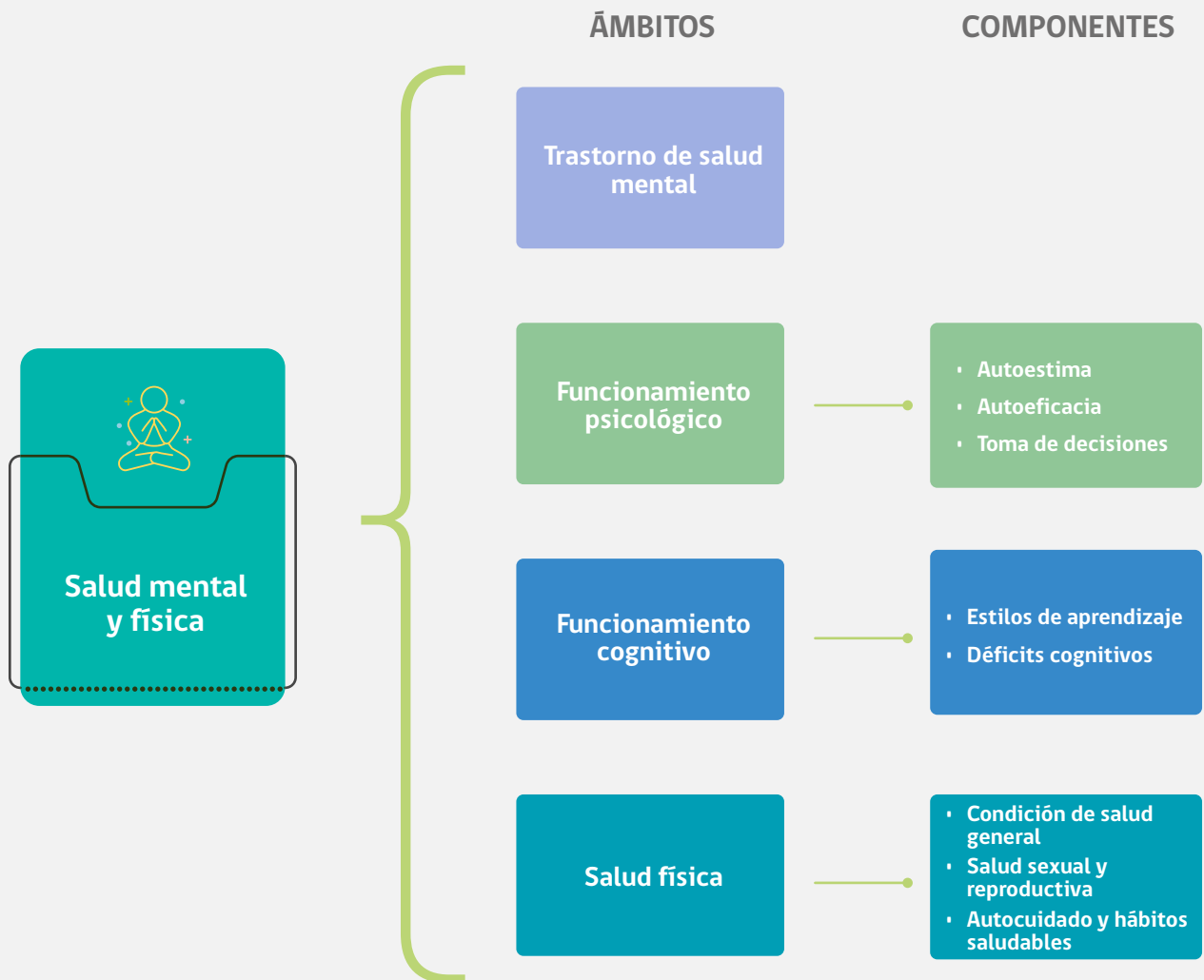
### Salud física

El ámbito de salud física es una dimensión muy relevante de la evaluación (ver componentes de evaluación en p. 39). Se debe considerar que las personas con uso perjudicial o dependiente de sustancias psicoactivas pueden presentar problemáticas o enfermedades físicas como consecuencia de los daños en la salud producidos por la sustancia o por los hábitos no saludables asociados, que las exponen a desarrollar enfermedades por desatención de su salud, incluidas infecciones de transmisión sexual (Department of Health, 2007; Madrid Salud, 2005, 2015).

Los problemas de la salud física no sólo implican un deterioro de la calidad de vida de la persona y el uso recurrente de servicios de urgencia en salud, sino que algunas enfermedades la exponen incluso al riesgo de muerte. Por otro lado, los problemas de salud física pueden complicar el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones [ASAM], 2001/2003; Department of Health, 2007).

Figura 8

## Ámbitos y componentes del área de evaluación **Salud mental y física**



Fuente: Elaboración propia.

# Componentes de evaluación de funcionamiento psicológico

## > Autoestima

Las personas con una baja autoestima permanecen menos tiempo en tratamiento que aquellas que presentan una autoestima elevada y, por otra parte, los niveles elevados de autoestima están asociados con métodos de afrontamiento conductuales activos (Joe et al., 2002), por lo que constituye una fortaleza importante para el tratamiento.

## > Autoeficacia

Concepto desarrollado por el psicólogo canadiense Albert Bandura, quien definió como expectativa de eficacia (autoeficacia) a la creencia que tiene la persona de que puede actuar en forma exitosa los comportamientos necesarios para producir un resultado deseado. "Si las personas creen que no tienen el poder para producir resultados, no intentarán que las cosas sucedan" (Bandura, 1997, p. 3). La autoeficacia resulta ser un predictor sólido de la ocurrencia de comportamientos de afrontamiento, nivel de desempeño y perseverancia al afrontar problemas (Kadden y Litt, 2011).

## > Toma de decisiones

La literatura ha indicado que las personas que presentan trastorno por uso de sustancias presentan dificultades para resolver problemas y en su capacidad para prever las consecuencias de su conducta. Estas dificultades pueden ser previas al desarrollo del trastorno por uso de sustancias o como consecuencia de la dependencia a estas (Joe et al., 2002; Llanero et al., 2008).



# Componentes de evaluación de funcionamiento cognitivo

## > Estilos de aprendizaje

Se recaba información respecto al estilo de aprendizaje predominante de la persona usuaria, en términos de la utilización de los tres principales receptores sensoriales: visual, auditivo y kinestésico (movimiento). De esta manera, se puede determinar su estilo dominante de aprendizaje. Esto es un elemento fundamental para incorporar en la definición de metodologías e instrumentos más adecuados para el tratamiento; además, posibilita que la misma persona usuaria reconozca su estilo de aprendizaje, favoreciendo su empoderamiento respecto de las propias capacidades y singularidades.

## > Déficits cognitivos

Diversos estudios han encontrado Síndrome Disejecutivo en personas dependientes a drogas (Llanero et al., 2008). La investigación ha mostrado que el deterioro cognitivo en personas con uso problemático de sustancias se asocia con baja adherencia, mal cumplimiento de normas, menor probabilidad de completar el tratamiento, recaída temprana, peor disposición para el cambio, menor atribución de autoeficacia y menor nivel de abstinencia después del tratamiento. Lo anterior desafía al equipo de intervención a la implementación de estrategias y metodologías adecuadas a la condición que presente la persona, incorporando el uso de los ajustes razonables para la intervención.

## 3.3 Área Situación familiar

En esta área de la evaluación se examina en profundidad la composición de la familia de la persona, sus principales características y aspectos de funcionamiento. Esta información es clave para comprender su relación con la problemática que presenta la persona usuaria y los factores protectores y de riesgo asociados. Estos datos servirán para favorecer la incorporación de la familia en el tratamiento.

En la evaluación del área **Situación familiar** se exploran tres ámbitos (ver Figura 9):

- > Descripción de la familia
- > Pautas de relación/interacción
- > Recursos y factores protectores

### Descripción de la familia

La indagación en este ámbito tiene como objetivo conocer la composición del grupo familiar<sup>10</sup> y el número de miembros que componen el grupo familiar (edad, antecedentes educacionales, ocupación actual, fallecimientos).

También se recoge información sobre los siguientes temas:

- > **Antecedentes de salud física y mental de los miembros del grupo familiar:** enfermedades crónicas y agudas, uso de sustancias.

10 Cada tipo de familia posee una estructura y un modo de funcionar, y necesidades y problemas que le son propios (Ortiz, 2008).

# Componentes de evaluación de salud física

## > Condición de salud general

Es relevante realizar una evaluación de la salud física a todas las personas que ingresan a tratamiento, hayan reportado o no necesidades en este ámbito. Esto permitirá detectar problemas de salud o enfermedades que la persona desconoce o bien que, conociendo, no han logrado ser atendidas, con el fin de implementar acciones para reducir o controlar los daños asociados o producidos por el uso de la sustancia, y fomentar hábitos saludables (Madrid Salud, 2015). Para esta evaluación se requerirá de la articulación que el centro/programa de tratamiento de drogas establezca con la red de salud general y los programas específicos que operan en su territorio.

## > Salud sexual y reproductiva

En este componente se sugiere indagar respecto a la conducta sexual de la persona usuaria, identificando conductas seguras y de riesgo, uso de métodos anticonceptivos en el caso de personas en edad fértil y el nivel de satisfacción con la vida sexual actual.

## > Autocuidado y hábitos saludables

En este componente se sugiere indagar respecto a las conductas de autocuidado de la persona con relación a su salud, bienestar emocional y físico, y los hábitos saludables sobre los siguientes temas:

- > Patrón de sueño-vigilia
- > Alimentación
- > Prácticas de aseo personal (incluye la higiene bucodental)
- > Ejercicio físico

Estas conductas de autocuidado y hábitos saludables pueden constituirse en recursos para el proceso de recuperación o bien en aspectos que se deben potenciar durante el tratamiento.



- > **Antecedentes sociales:** problemas financieros, participación en servicios de ayuda social.
- > **Problemas legales:** vulneración de derechos de niño, niñas y adolescentes; violencia intrafamiliar; condena por delitos contra la propiedad, tráfico de sustancias u otros.

## Pautas de relación/interacción

En este ámbito se realiza la indagación respecto a cuatro componentes:

- > **Comunicación y afectividad**  
Este componente evalúa la forma en que se comunican los miembros del grupo familiar, una variable esencial en el funcionamiento del sistema familiar, por medio de la cual los miembros de la familia pueden expresar las reglas para mantener la convivencia y expresar los afectos (Ortiz, 2008).
- > **Límites**  
Este componente indaga las reglas y creencias del grupo familiar que determinan las reglas de conducta de los distintos subsistemas familiares y la relación hacia las personas que no pertenecen a la familia (Simon et al., 1998).
- > **Poder y alianzas (coaliciones)**  
En este componente se indaga la jerarquía en el grupo familiar, la distribución del poder y el estilo del manejo del poder. También se identifican alianzas entre dos o más personas en el grupo familiar, las que tienden a separarlas de los demás participantes del sistema y si esas alianzas traspasan las fronteras generacionales y producen una perturbación en la jerarquía familiar (Simon et al., 1998).

## > Resolución de conflictos

Este componente indaga acerca de la forma en que los miembros del grupo familiar resuelven los problemas y los conflictos al interior del sistema familiar, y en su relación con personas que no pertenecen a la familia. También se indaga sobre la forma en que han afrontado crisis normativas (evolución de los integrantes o de la familia) y crisis paranormativas (pérdidas no esperadas, enfermedades crónicas u otras).

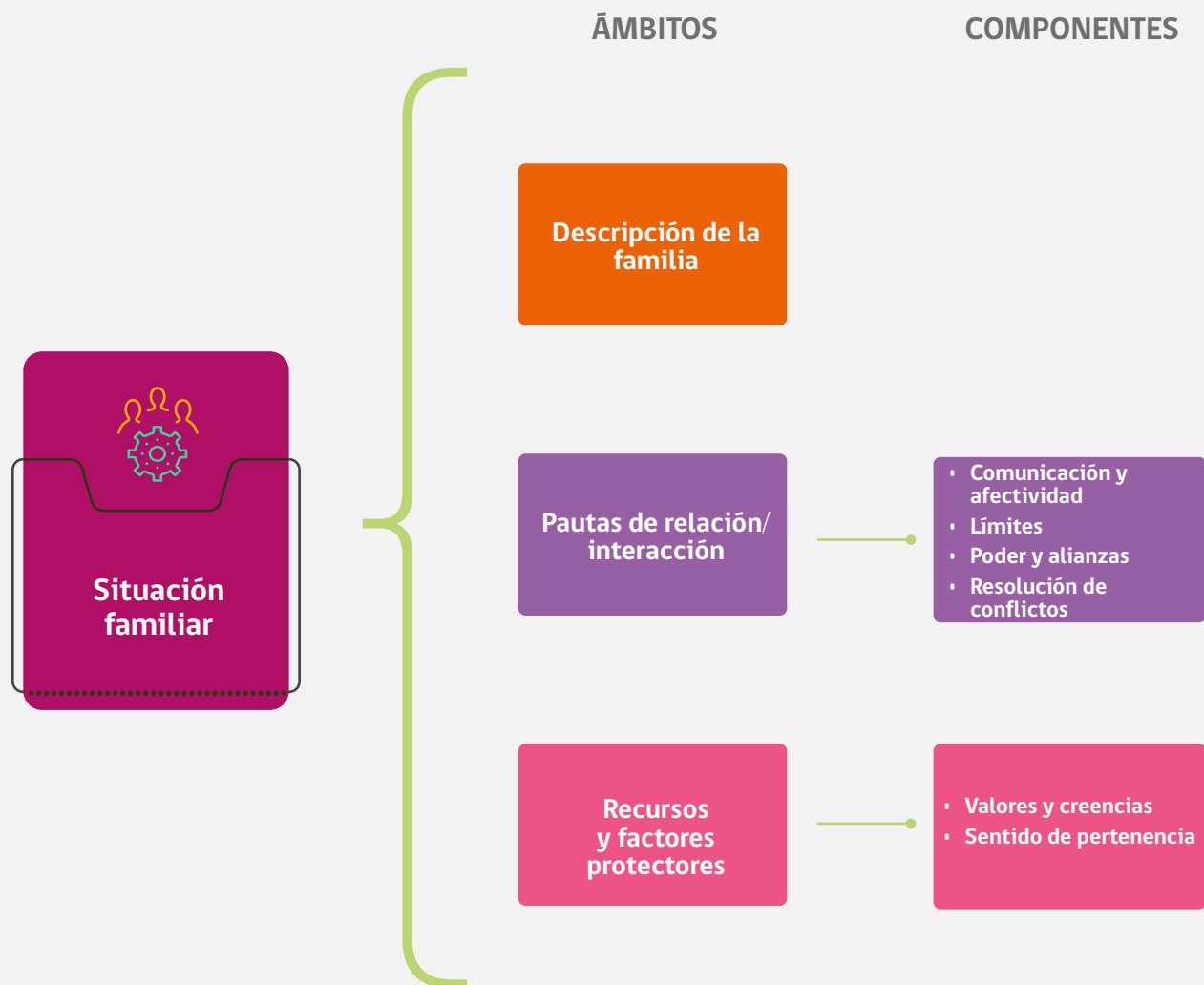
## Recursos y factores protectores

En este ámbito se indaga acerca de los aspectos positivos de la situación familiar de la persona usuaria que pueden constituirse en recursos para el proceso de tratamiento. Dentro de otros aspectos se recomienda examinar los siguientes componentes:

- > **Valores y creencias de la familia** que contribuyen a una representación común de la identidad y a configurar el estilo específico de cada familia (Salem, 1987, citado en Ortiz, 2008).
- > **Sentido de pertenencia de la persona al sistema familiar**, características y elementos que les unen, instancias de encuentro y actividades que disfrutan en conjunto.

Figura 9

## Ámbitos y componentes del área de evaluación **Situación familiar**



Fuente: Elaboración propia.

### 3.4 Área Integración social

La evaluación en esta área permitirá obtener una línea base respecto de las necesidades de integración social de la persona, así como identificar las fortalezas y los obstáculos que facilitan o dificultan este proceso.

En esta área se evalúan dominios de los capitales de recuperación de la persona usuaria que son necesarios para facilitar los procesos de integración social, considerando ámbitos vinculados a los capitales humano, social, físico y cultural (ver texto “Capitales de recuperación de la persona vinculados a la integración social” en la siguiente página).

La Figura 10 presenta una matriz que incorpora los distintos ámbitos de la evaluación incluidos en el área **Integración social** y su subdivisión en componentes.

#### Educación y formación

Dentro de este ámbito, se indagan tres componentes:

- > **Nivel de escolaridad y de capacitación**  
En este componente se busca información sobre el nivel de escolaridad alcanzado por la persona usuaria y si se encuentra estudiando en la actualidad. Además, se indaga sobre sus antecedentes de formación o capacitación, disciplinas y oficios en los que se ha capacitado, así como también la satisfacción de la persona respecto a su nivel de escolaridad y capacitación.
- > **Orientación vocacional**  
En ese componente se indaga sobre los conocimientos y las aptitudes profesionales y vocacionales con los que cuenta la persona, además de su nivel de interés por capacitarse o estudiar.

- > **Competencias para la integración Social (CIAM)**

En este componente se indaga sobre los recursos y las necesidades que presenta la persona en términos del diagnóstico de sus competencias para la integración social, considerando comunicación, iniciativa, autonomía y manejo de situaciones.

#### Empleo

En este ámbito se evalúan los aspectos relacionados con el trabajo que están asociados al proceso de recuperación en las personas adultas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (Sumnall & Brotherhood, 2012). Los cuatro componentes de este ámbito son:

- > **Experiencia laboral anterior**  
En este componente se indagan los antecedentes, tipos de trabajo desarrollados, tiempos de permanencia, periodos de cesantía y despidos, entre otros aspectos.
- > **Condición ocupacional actual**  
En este componente se indaga la condición ocupacional en la que se encuentra la persona y desde cuándo está en esa condición. Si no desempeña un trabajo remunerado en la actualidad, es de interés conocer cuál es la razón; si se encuentra trabajando, conocer el tipo de funciones desarrolladas y el nivel de satisfacción con su trabajo. También es pertinente explorar si la persona es consciente de su responsabilidad en el desempeño ocupacional, considerando puntualidad, cumplimiento con la jornada laboral, disposición al aprendizaje y al trabajo en equipo, entre otras competencias de empleabilidad.

> **Nivel de precariedad laboral**

En este componente se indaga sobre las condiciones contractuales y de seguridad social a nivel laboral (con o sin contrato, tipo de contrato, previsión en salud, entre otras) y necesidades de apoyo en esa área.

> **Percepción del espacio laboral**

En este componente se explora la percepción de la persona respecto a su trabajo actual, si lo percibe seguro y si le ayuda en su proceso de recuperación; o si, por el contrario, considera que el contexto organizacional lo pone en riesgo (horarios, sistemas de turnos, acoso laboral, presencia o consumo de riesgo de personas compañeras de trabajo, bajos sueldos u otro aspecto). Se busca conocer también las aspiraciones y las metas respecto al trabajo.

## Capitales de recuperación de la persona vinculados a la integración social

> **Capital humano**

Desde la perspectiva de integración social, el capital humano considera características personales que contribuyen al proceso de inclusión social y que se vincula directamente con el empoderamiento de la persona usuaria. Incluye tres ámbitos: educación y formación; empleo, y situación judicial.

> **Capital social**

El capital social considera el involucramiento de la persona en redes de relaciones sociales que posibilitan instancias de mutuo reconocimiento. Incluye tres ámbitos: ocio y tiempo libre; apoyo social, y ciudadanía y participación.

> **Capital físico**

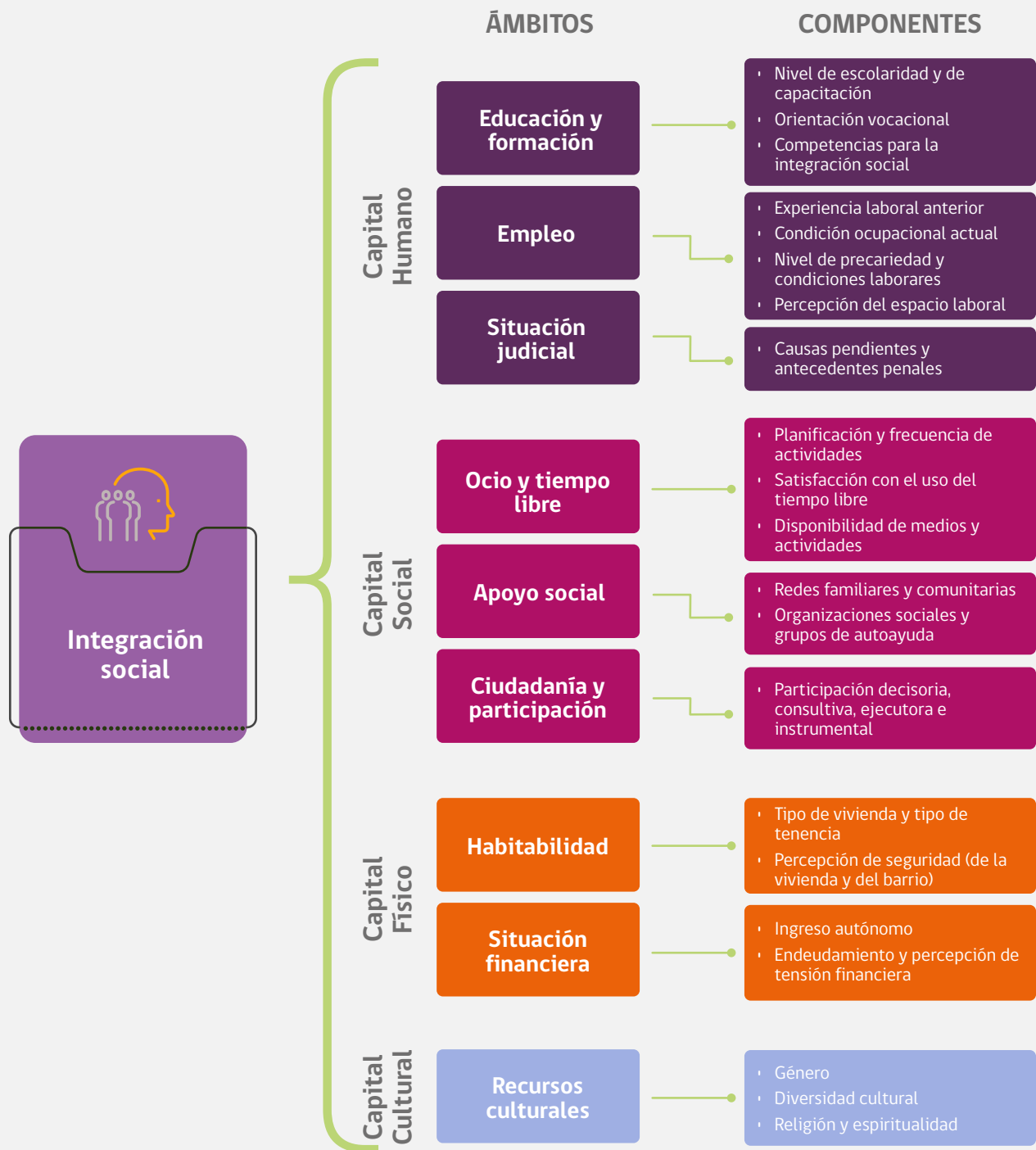
El capital físico corresponde a los recursos económicos y otros activos que aumentan las posibilidades de recuperación. Incluyendo dos ámbitos: situación financiera y habitabilidad.

> **Capital cultural**

El capital cultural refiere al conjunto de valores, creencias, disposiciones y actitudes que proceden de la identificación o pertenencia a un determinado grupo cultural. Considera un ámbito: recursos culturales.

Figura 10

# Ámbitos y componentes del área de evaluación **Integración social**



Fuente: Elaboración propia.

## Situación judicial

En este ámbito se sugiere indagar sobre la existencia de necesidades relacionadas con el sistema de justicia familiar, civil o penal; la percepción y valoración que la persona tiene respecto de estas necesidades y la disponibilidad para recibir orientación para el abordaje de estas necesidades. Los dos componentes de este ámbito son:

### > Causas pendientes

Incluye pago de pensiones alimenticias, multas, encontrarse en proceso de investigación judicial, suspensión condicional del procedimiento, reparación del daño causado, servicios a la comunidad y otras situaciones judiciales pendientes.

### > Antecedentes penales

Para las personas usuarias que cumplieron una pena privativa de libertad o una pena sustitutiva a la reclusión, se sugiere indagar si se han adscrito a la eliminación de antecedentes penales (Decreto 409, Ministerio de Justicia, 1932) en el Centro de Apoyo para la Integración Social (CAIS) de Gendarmería de Chile. Si no lo han hecho, indagar las razones<sup>11</sup>.

## Ocio y tiempo libre

Las actividades a las que la persona en tratamiento destina el tiempo libre pueden facilitar la mantención de logros o bien obstaculizar el proceso de cambio (Babín et al., 2007; Best et al., 2010).

Es importante indagar respecto a las actividades de tiempo libre que realice la persona, y que estas contribuyan al proceso de recuperación, es decir, que el contexto y el entorno que rodea al desarrollo de las actividades fomenten conductas saludables y no estén ligadas al consumo de sustancias. En este ámbito se consideran los siguientes tres componentes:

### > Planificación y frecuencia de actividades

Se indaga respecto a la planificación regular de sus actividades de tiempo libre como, por ejemplo, dejar un día a la semana para una actividad en particular. Si practica alguna actividad, se identifica la frecuencia con que la realiza (diariamente, semanalmente o mensualmente).

### > Satisfacción con el uso del tiempo libre

Se indaga la percepción de la persona respecto a las actividades de tiempo libre que realiza, identificando si las percibe y vivencia como placenteras (Babín et al., 2007; Best et al., 2010). Por otro lado, se indaga actividades que la persona haya realizado y que abandonó por causa del consumo y evaluar su interés por retomarlas.

### > Disponibilidad de medios y actividades

Se indagan las facilidades con las que cuenta la persona para tener una actividad de tiempo libre: disponibilidad de tiempo, dinero, cercanía, apoyo y acceso a la información (Babín et al., 2007; Best et al., 2010). Esto puede ser importante para identificar alternativas que le ayuden a desarrollar alguna actividad y que sea una contribución a su proceso de recuperación.

11 El Decreto 409 otorga el beneficio a las personas que han cumplido una condena para que en su Certificado de Antecedentes (un documento legal exigido por la mayoría de los empleadores para dar empleo formal a una persona) no aparezcan registrados sus antecedentes penales.

En ese sentido, también es relevante indagar si la persona conoce y tiene información de las actividades de tiempo libre disponibles en su barrio, comuna o ciudad. Esto puede ser una instancia que estimule a la persona a buscar alguna actividad, lo que está asociado a indicadores de mayor abstinencia (Best et al., 2010).

## Apoyo social

Según Best et al. (2017), las personas usuarias que presentan un sólido capital social —es decir, que pertenecen a variados grupos sociales formados por personas que no son consumidoras de sustancias o son personas que están en recuperación— y que, además, tienen acceso a un mayor capital de recuperación comunitario, tienen una mayor oportunidad para construir los recursos que necesitan para una recuperación sostenida.

En este ámbito, se indagan los siguientes tres componentes:

### > Redes familiares

Con respecto a las redes familiares es necesario indagar respecto a la comprensión de la familia sobre la problemática de consumo (para quiénes es un problema, cómo lo definen); sobre el apoyo brindado anteriormente por familiares (soluciones intentadas), y sobre la disposición (presencia o ausencia) para el proceso de tratamiento actual. Esta indagación aborda el acompañamiento y la disponibilidad de participación en las sesiones, soporte

económico, apoyo en los cuidados, fomento de las conductas saludables, el no consumo de sustancias en el hogar y el estímulo de la adherencia al tratamiento. También se indaga respecto a la percepción que la persona usuaria tiene del nivel de apoyo familiar con el que cuenta.

### > Redes comunitarias

Respecto de redes comunitarias se debe indagar sobre la presencia (o ausencia) de redes sociales para acompañar a la persona usuaria en el proceso de tratamiento y la frecuencia con la que la persona puede compartir con sus amistades y redes sociales en instancias no asociadas al consumo de drogas. Por otro lado, también se puede indagar la percepción de la persona respecto del apoyo al proceso de recuperación que le brindan sus amistades y sobre su interés por ampliar sus redes.

### > Organizaciones sociales y grupos de autoayuda

En este componente se indaga respecto a la participación regular de la persona usuaria en organizaciones sociales, tales como juntas de vecinos, clubes sociales o deportivos, asociaciones, agrupaciones políticas, entre otras. También se busca conocer la percepción de la persona respecto del apoyo que le brindan dichas redes al proceso de recuperación, identificándolas como recursos para el tratamiento, y sobre su interés para participar de otros recursos comunitarios<sup>12</sup> (Best et al., 2017). También se puede conocer si la persona participa en grupos de autoayuda o sobre su disposición a incorporarse a

12 Best et al. (2017) sugieren que los programas de tratamiento identifiquen los recursos positivos en la comunidad, y posteriormente realicen una vinculación proactiva de las personas con esos recursos comunitarios.

alguno, considerando la evidencia del impacto positivo de la participación en un grupo formal de autoayuda en el proceso de recuperación y en la menor probabilidad de recaídas (SAMHSA, 2009; Sumnall & Brotherhood, 2012; White, 2009).

## Ciudadanía y participación

El proceso de recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias también está relacionado con su involucramiento en las políticas públicas y su experiencia en el ejercicio de ciudadanía (Sumnall & Brotherhood, 2012; Groshkova et al., 2012) y la recuperación también implica un nuevo contrato social con la comunidad.

En este ámbito se pueden explorar cuatro componentes:

- > **Participación decisoria**  
Se explora el nivel de involucramiento de la persona en la toma de decisiones de las políticas públicas y su participación ciudadana, en su barrio, en una organización o a un nivel más amplio; por ejemplo, la participación en la selección de fondos concursables, mejoramientos de espacios públicos o en directivas de organizaciones locales.
- > **Participación consultiva**  
Se indaga sobre la participación de la persona en los espacios consultivos públicos de su comuna, región o país, tales como los cabildos, consultas ciudadanas o las cuentas públicas del centro de salud, de la municipalidad, entre otras.
- > **Participación ejecutora**  
Se indaga sobre la participación de la persona en la ejecución de algún programa en su

barrio o comuna, ya sea como interlocutor con la autoridad pública, formando parte de voluntariados; por ejemplo, en programas de heroseamiento de áreas verdes o de seguridad del barrio, entre otras.

- > **Participación instrumental**

Se indaga sobre el uso de los servicios públicos que le afectan para aprovechar al máximo los beneficios a los que tiene derecho; por ejemplo, saber si la persona conoce y aprovecha bonos de beneficios sociales del Estado, beneficios en salud, educación, vivienda, otros.

## Habitabilidad

La investigación de los factores que apoyan la recuperación ha encontrado que las condiciones adecuadas de habitabilidad pueden contribuir a la recuperación (Groshkova et al., 2012; Munton et al., 2014) por lo que resulta necesario indagar en este ámbito, considerando dos componentes:

- > **Tipo de vivienda y tipo de tenencia**  
Se considera la información del tipo de vivienda y el tipo de tenencia de esa propiedad.
- > **Percepción de seguridad (de la vivienda y del barrio)**  
Se identifican aspectos saludables y seguros de la vivienda y del barrio (Sumnall & Brotherhood, 2012). Esto implica saber si la vivienda es un espacio seguro que brinda condiciones para satisfacer necesidades básicas (lugar para dormir, cocinar, asearse, privacidad versus hacinamiento, etc.). También se indaga si la persona percibe que el barrio le brinda seguridad y ayuda al proceso de recuperación, considerando la conectividad con el centro de tratamiento

(distancia, tiempos de traslados, medios de transporte), la presencia y la facilidad de acceso a servicios públicos, la conectividad con su lugar de trabajo, centros comerciales y espacios de recreación, entre otros aspectos.

## Situación financiera

Cloud y Granfield (2008) indican que los recursos financieros de la persona usuaria o de su familia le permiten tener acceso a más opciones de recuperación. Por otro lado, la estrechez financiera y el endeudamiento de la persona (o de su grupo familiar) suponen una experiencia de distrés que la expone a un riesgo aumentado de recaída en el uso de sustancias.

En este ámbito, se exploran tres componentes:

### > Ingresos autónomo per cápita familiar

Se indaga respecto al ingreso mensual que tiene la persona y su familia. Su cálculo se hace a partir de la suma de todos los ingresos autónomos que tengan las personas del hogar dividido por el número de integrantes (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2011)<sup>13</sup>. A su vez, también es importante indagar acerca de la satisfacción de la persona y su grupo familiar con su nivel de ingreso.

### > Situación de endeudamiento

Se indaga sobre la situación actual de endeudamiento referida a la capacidad de la persona y su familia para pagar sus deudas, como de servicios básicos, salud, colegios, arriendo, tarjetas comerciales, etc. (Banco Central, 2012; Servicio Nacional del Consumidor [SERNAC], 2013).

### > Percepción de tensión financiera

Se indaga sobre la vivencia de la persona respecto de la situación financiera del hogar, si les alcanza para pagar las cuentas sin grandes dificultades, con dificultad o no les alcanza. Se exploran las estrategias de mitigación o afrontamiento frente a dificultades económicas.

## Recursos culturales

En este ámbito se indaga en específico respecto a los recursos asociados al capital cultural de la persona usuaria, incluyendo el género, la diversidad cultural y la religión o espiritualidad. Desde un enfoque de pertinencia cultural, estos aspectos deben ser entendidos como elementos transversales para la evaluación, que cruzan y están siempre presentes en el análisis de la valoración de todas las otras áreas de la Evaluación Integral. Dentro de este ámbito, se exploran tres componentes:

### > Género

Se indaga sobre la identidad de género de la persona usuaria, entendida como la convicción personal e interna del propio género, tal como la persona se percibe y que puede o no corresponder con el sexo asignado al nacer. Considera la exploración respecto de los valores, creencias, disposiciones y roles de género vinculados a la identidad personal y que pueden constituirse en recursos para la recuperación. Así mismo, es importante indagar en la posible relación entre el consumo de sustancias y la identidad de género —por ejemplo, la asociación entre la “virilidad” y uso de drogas desde el modelo

13 Se define según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) que es realizada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

hegemónico de masculinidad—, identificando aspectos que podrán ser abordados en el proceso de tratamiento.

> **Diversidad cultural**

Este componente refiere a la pertenencia a diferentes grupos culturales —población migrante, LBGTIQ+, pueblos originarios u otros—, relevando aquellos aspectos culturales como valores, creencias, costumbres, disposiciones y actitudes que proceden de la identificación o pertenencia a un determinado grupo cultural. Estos elementos pueden constituirse en recursos para el proceso de recuperación, en la medida en que son elementos centrales en la construcción de la identidad de las personas y en el rol social que ellas cumplen.

En este componente interesa indagar sobre las condiciones de inclusión social en que se encuentra la persona en referencia a su identificación con un determinado grupo cultural, así como también vivencias de discriminación o exclusión social derivadas de su pertenencia a dicho grupo y los recursos y habilidades de afrontamiento desarrollados por la persona ante situaciones de estigma social.

> **Religión y espiritualidad**

Dentro de este componente, interesa explorar los valores, las creencias y las prácticas religiosas y a nivel espiritual de la persona usuaria, con el objetivo de comprender a la persona y su cosmovisión. Se revisa la relevancia que estos elementos han tenido en su biografía y de qué forma podrían favorecer un proceso de recuperación.

### 3.5 Área Transgresión a la norma social y jurídica

Desde la década de los 80 se ha estudiado la relación del uso de alcohol y otras drogas y la comisión de delitos, dada la elevada prevalencia de consumo de sustancias en la población con infracción de ley en comparación con la población general (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Oficina Contra la Droga y el Delito [CICAD], 2010; Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes [CONACE], 2008). La investigación ha encontrado que la reducción o la abstinencia del uso de sustancias en las personas que han cometido delitos tiene un efecto en la reducción del riesgo de reincidencia (Andrews & Bonta, 2010).

Por lo anterior, resulta conveniente indagar acerca de la transgresión a las normas sociales y la comisión de delitos de las personas usuarias. La Figura 11 presenta los cinco ámbitos de evaluación incluidos en el área **Transgresión a la norma social y jurídica**.

#### Historia de transgresión a la norma y comisión de delitos (generales)<sup>14</sup>

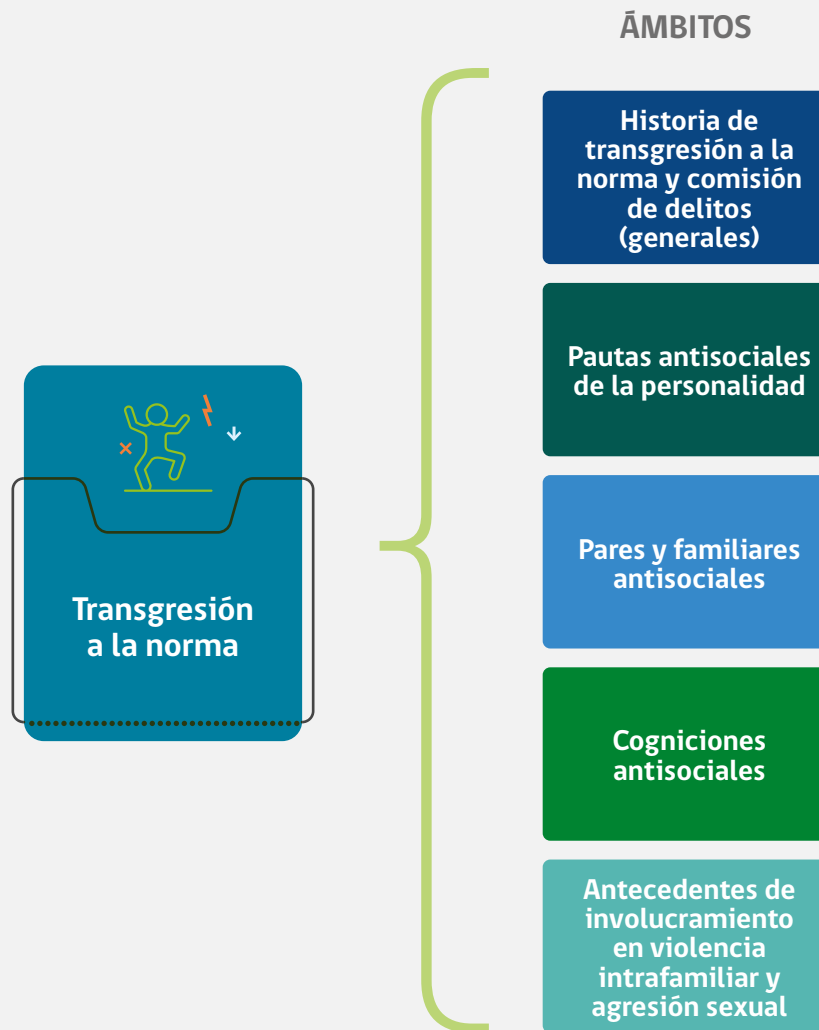
En este ámbito se busca conocer si la persona ha incurrido en conductas que constituyan un delito —tales como conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol u otras drogas, delitos contra la propiedad, ley de drogas u otros— y en otras conductas transgresoras e incivildades.

Es importante saber si estos hechos han implicado el contacto con policía o con el sistema de justicia penal (juicio, condena), el número y tipo de delitos

14 Se entiende por "delitos generales" a los delitos contra la propiedad y violencia contra las personas (distinta a la violencia contra la pareja y violencia sexual).

Figura 11

# Ámbitos del área de evaluación Transgresión a la norma social y jurídica



Fuente: Elaboración propia.

cometidos y las circunstancias y la motivación para la comisión del delito.

Además, se busca conocer el significado que le otorga la persona a esos comportamientos y el rol que atribuye al uso de sustancias –por ejemplo, como desinhibidor– u otra relación.

### Pautas antisociales de la personalidad

Este ámbito evalúa rasgos de personalidad que los estudios criminológicos han identificado como predictores de la comisión de delitos (Andrews & Bonta, 2010).

A la vez, se identifican rasgos predisponentes de los trastornos por uso de sustancias (Becoña y Cortés, 2011), tales como la impulsividad, la búsqueda de placer, la agresividad o el desinterés por las demás personas<sup>15</sup>.

### Pares y familiares antisociales

Este ámbito indaga la relación de la persona usuaria con pares y con familiares que apoyan la transgresión a la norma o la comisión de delitos.

La investigación ha evidenciado que esa relación social es un factor que aumenta el riesgo de reincidencia delictual (Andrews & Bonta, 2010).

### Cogniciones antisociales

En este ámbito se indagan las cogniciones antisociales, definidas como los pensamientos, sentimientos y creencias que apoyan la conducta delictual (Andrews & Bonta, 2010).

Si estas cogniciones antisociales no son modificadas, es probable que no disminuya el riesgo de reincidencia del individuo.

### Antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual

El objetivo de la indagación en este ámbito es saber si la persona usuaria se ha involucrado en violencia intrafamiliar o en agresiones sexuales.

Se realiza una aproximación diagnóstica diferencial de la violencia intrafamiliar ejercida, y se indaga si la persona usuaria atribuye alguna relación entre el uso de sustancias y la agresión (violencia) sexual.

## 3.6 Área Motivación para el cambio

La literatura ha indicado que la disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una persona esté más dispuesta a ingresar y a adherir a un tratamiento, si percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso de la sustancia (Battjes et al., 1999; Joe et al., 1998, 2002; Hiller et al., 2002; Simpson et al., 1995; Wild et al., 2006).

Sin embargo, la motivación para el cambio de comportamientos y para participar en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias no es un proceso lineal en el cual la persona usuaria avanza con resolución hacia el logro de sus metas, sino que presenta avances

15 Estos rasgos de personalidad no necesariamente configuran un trastorno antisocial de la personalidad (Andrews & Bonta, 2010). Becoña y Cortés (2011) indican que el conocimiento de características de personalidad de la persona que ingresa a tratamiento permiten comprender más adecuadamente sus comportamientos y motivaciones, establecer una comunicación terapéutica más eficaz, y adecuar las intervenciones terapéuticas a sus necesidades y capacidades.

y retrocesos (Prochaska y DiClemente, 2005). Se trata de un fenómeno que fluctúa según factores internos y externos a la persona (situacionales).

Desde esta perspectiva, es útil realizar una evaluación de la disposición motivacional inmediatamente después del ingreso de la persona a tratamiento.

La Figura 12 resume los cuatro ámbitos de evaluación incluidos en el área **Motivación para el cambio**.

### **Problematización del consumo**

En este ámbito se explora la motivación al cambio de la persona respecto del uso de alcohol y otras drogas. Esto implica indagar en el reconocimiento del problema por parte de la persona y también en su deseo de ayuda, es decir, si ella reconoce su necesidad de recibir apoyo para abordar su problema.

### **Disposición para el tratamiento**

La indagación en este ámbito se refiere a la disposición de la persona para participar de las actividades y procedimientos que involucra el tratamiento (individual, grupal, familiar, etc.), para adherir al tratamiento farmacológico o a alguna modalidad de tratamiento en particular; por ejemplo, la disposición a un tratamiento residencial o a ingresar a una unidad hospitalaria para un proceso de desintoxicación.

### **Presión externa para el tratamiento**

En este ámbito se indaga sobre la presión de familiares, escuela, trabajo, sistema de justicia u otros para que la persona realice un tratamiento, y se explora su influencia en la decisión de ingresar a tratamiento. Lo anterior tiene el objetivo de poder evaluar el equilibrio entre la motivación extrínseca frente a la motivación intrínseca de la persona para participar en el tratamiento.

### **Disposición para el cambio de estilo de vida**

La indagación de este ámbito considera de manera más amplia la motivación de la persona para cambiar su forma actual de vida, más allá de la modificación del patrón de consumo. Se exploran también los intereses y las motivaciones personales que pueden aparecer como no vinculadas al consumo —ya sea a nivel laboral, legal, económicas, de salud u otras—, pero que pueden ser abordadas en la intervención motivacional para convertirlos en motores personales para el tratamiento.

Figura 12

# Ámbitos del área de evaluación

## Motivación para el cambio



Fuente: Elaboración propia.

# Referencias

Agnew-Blais, J. & Seidman, L. (2014). Attention deficit/hyperactivity disorder over the life course. In K. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser and S. Galea (Eds.), *A Life Course Approach to Mental Disorders* (pp. 156-164). Oxford University Press.

Albores, L; Márques, M. y Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud Mental*, 26(3), 16-26. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232603>

Aljames, G. y Plaza, M. (2005) Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Salud y Drogas*, 5(2), 99-115.

Alwin, D. (2016). Commentary: It takes more than one to tango: life course epidemiology and related approaches. *International Journal of Epidemiology*, 45(4), 988–993. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw108>

Anthony, A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. [https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Amorrortu Editores.

Anderson, H. & Gehart, D. (2007). *Collaborative Therapy. Relations and Conversations that make a Difference*. Routledge.

Andrews, D. & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th Ed.). Matthew Bender & Company.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Arnett, J. (2014). *Adolescence and Emerging Adulthood. A cultural Approach* (5th Ed.). Pearson Education Limited.

Battjes, R.; Onken, L. & Delany, P. (1999). Drug Abuse Treatment Entry and Engagement: Report of a Meeting on Treatment Readiness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(5), 643-657.

Bednar, S. (2003). Substance abuse and woman abuse - A proposal for integrated treatment. *Federal Probation*, 67(1), 52-57.

Becoña, E. y Cortés, M. (Coord.) (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. SOCIDROGALCOHOL.

Bennett, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118.

Ben-Shlomo, Y. & Kuh, D. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2), 285-293.

Blow, F. & Barry, K. (2003). *Use and Misuse of Alcohol Among Older Women*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Boyce, W. & Hertzman, C. (2018). Early Childhood Health and the Life Course: The State of the Science and Proposed Research Priorities. In N. Halfon, C. Forrets, R. Lerner and E. Faustman (Eds.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 61-94). Springer OPEN.

Bremner, J. (2006). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(4), 445- 461.

Callueng, C. & Oakland, T. (2014). If you do not know the child's temperament you do not know the child. *Estudios de Psicología Campinas*, 31(1), 3-13. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000100001>

Cárcamo, J. (2010). *Consumo de drogas en detenidos: Estudio I-ADAM 2010*. Fundación Paz Ciudadana.

Carpenter, L. (11 de octubre de 2013). *Engaging Parents in Their Child's Substance Abuse Treatment* [Presentación]. Oklahoma Specialty Court Conference, s. l. [http://www.cffutures.org/files/Engaging%20Parents\\_Adol%20SA%20Tx\\_LC\\_OK\\_101313.pdf](http://www.cffutures.org/files/Engaging%20Parents_Adol%20SA%20Tx_LC_OK_101313.pdf)

Carr, D. (Ed.) (2009a). *Introduction to Volume 2. Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Vol. 2: Adulthood* (pp. xi-xv). Macmillan Reference USA.

Carr, D. (Ed.) (2009b). *Introduction to Volume 3. Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Vol. 3: Later Life* (pp. xi-xiv). Macmillan Reference USA.

Castronovo, M. y Hirsch, H. (2013). Un análisis de la búsqueda y el uso de los recursos del consultante en la terapia estratégica: un esquema preliminar. *Revista De Familias y Terapias*, 35, 141-157. DOI: 10.29260/DFYT.2013.35E

Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2015). *Behavioral health trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 15-4927, NSDUH Series H- 50). <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>

Center for Substance Abuse Treatment (2007). *National Summit on Recovery: Conference Report*. DHHS Publication No. (SMA) 07-4276. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment (2009). *Substance Abuse Treatment: Addressing the Specific Needs of Women*. A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Center for Substance Abuse Treatment (2012). *Substance Abuse Treatment and Domestic Violence*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 25. HHS Publication No. (SMA) 12-4076. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Centro para el Tratamiento de Abuso de Sustancias (2010). *Conocimientos, Destrezas, y Actitudes de la Práctica Profesional*. Serie de Publicaciones para Asistencia Técnica (TAP) 21. Publicación de DHHS Núm. (SMA) 08- 4171. Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental.

Chess, S. & Thomas, A. (1975). Temperamental Individuality from Childhood to Adolescence. [https://www.jaacap.org/article/S0002-7138\(09\)60038-8/pdf](https://www.jaacap.org/article/S0002-7138(09)60038-8/pdf)

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2010). *Consumo de drogas en población privada de libertad y la relación entre delito y droga. Cuarto Informe Conjunto*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Oficina Contra la Droga y el Delito, Naciones Unidas.

Cloud, W. & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, 43, 1971–1986. DOI: 10.1080/10826080802289762

Cochran, B. & Cauce, A. (2006). Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 135-146. DOI: 10.1016/j.jsat.2005.11.009

Cohen, J. & Mannarino, A. (2014). Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with PTSD. In M. Friedman, P. Resick and M. Keane (Eds.) *Handbook of PTSD. Science and Practice*. (Second Edition) (pp. 437-450). The Guilford Press.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2001). *Revisión de expedientes judiciales en los Tribunales del Crimen de Santiago en torno a la vinculación delictodrogas-alcohol*. Ministerio del Interior.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2002). *Estudio acerca del consumo de alcohol y otras drogas en reclusos condenados por el delito de robo con violencia e intimidación*. Ministerio del Interior.

Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (2008). *Magnitud de la relación entre delito y drogas*. Ministerio del Interior.

Costello, M.; Ropp, C.; Sousa, S.; Woo, W.; Vedelago, H. & Rush, B. (2016). The Development and Implementation of an Outcome Monitoring System for Addiction Treatment. *Canadian Journal of Addiction*, 7(3), 15-24.

Crone, E. & Dahl, R. (2012) Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650. DOI: 10.1038/nrn3313

Day, E. (2013). *Routes to Recovery via the Community*. Public Health England.

DelGiudice, M. (2018). Middle Childhood: An Evolutionary-Developmental Synthesis. In N. Halfon, C. Forrets, R. Lerner and E. Faustman (Eds.) *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 95-108). Springer OPEN.

DeJong, P. & Berg, I. (1998). *Interviewing for Solutions*. Brooks/Cole Publishing Company.

Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). *Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management*. Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive.

Elder, G. & Shanahan, M. (2006). The Life Course and Human Development. In R. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Sixth Edition). Volume One: Theoretical Models of Human Development (pp. 665-715). John Wiley & Sons.

England Kennedy, E. S., & Horton, S. (2011). Everything that I thought that they would be, they weren't: Family systems as support and impediment to recovery. *Social Science & Medicine*, 73(8), 1222-1229. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.07.006

Escuela de Sociología (2011). *Estimaciones de consumo problemático de drogas, necesidades y demandas de tratamiento en cárceles chilenas. Informe de resultados*. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2004). Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria)*, 11(6), 297-303.

Fairbairn, C.; Briley, D.; Kang, D.; Fraley, R.; Hanking, B. & Ariss, T. (2018). A Meta-Analysis of Longitudinal Associations between Substance Use and Interpersonal Attachment Security. *Psychological Bulletin*, 144(5), 532-555. DOI: 10.1037/bul0000141

Felitti, V.; Anda, R.; Koss, M.; Marks, J.; Spitz, A.; Edwards, V.; Koss, M. & Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

Fu, X. & Pérez-Edgar, K. (2015). Temperament Development, Theories of. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd Edition), 24, 191-198. DOI: 10.1016/b978-0-08-097086-8.23032-8

Giordano, S. (2005). *Understanding Eating Disorders Conceptual and Ethical Issues in the Treatment of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Clarendon Press-Oxford.

Goldman, S. (2012). "True Enough" Formulations: The MAPS Approach. *Harvard Review Psychiatry*, 20(3), 149-159. DOI: 10.3109/10673229.2012.694323

Goldstein, P. (1985). The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues*, 39, 143-174.

Gordon, B.; McDowell, C.; Hallgren, M.; Meyer, J.; Lyons, M. & Herring, M. (2018). Association of Efficacy of Resistance Exercise Training With Depressive Symptoms Meta-analysis and Meta-regression Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry* (May 2018). DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0572

Halfon, N.; Forrest, C.; Lerner, R.; Faustam, E.; Tullis, E. & Son, J. (2018). Introduction. In N. Halfon, C. Forrets, R. Lerner and E. Faustman (Eds.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 1-18). Springer OPEN.

Healthy Ageing across the Life Course (2014). *A Life Course Approach to Healthy Ageing How to keep moving, keep thinking, and keep your spirits up*. Healthy Ageing across the Life Course (HALCyon). [https://www.closer.ac.uk/wp-content/uploads/Halcyon\\_A-life-course-approach-to-healthy-ageing-brochure.pdf](https://www.closer.ac.uk/wp-content/uploads/Halcyon_A-life-course-approach-to-healthy-ageing-brochure.pdf)

Hawton, K.; Saunders, K. & O'Connor, R. (2012) Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373- 2382. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5

Henderson, S. & Martin, A. (2014). Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/A.10-CASE-FORMULATION-2014.pdf>

Hibell, B.; Guttormsson, U.; Ahlström, S.; Balakireva, O.; Bjarnason, T.; Kokkevi, A. & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD. *Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN), The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group). [http://www.espad.org/uploads/espad\\_reports/2011/the\\_2011\\_espad\\_report\\_full\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf)

Hiller, M.; Knight, K.; Leukefeld, C. & Simpson, D. (2002). Motivation as a Predictor of Therapeutic Engagement in Mandated Residential Substance Abuse Treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 56- 75. DOI: 10.1177/0093854802029001004

Horwitz, A. (2009). Mental Health, Adulthood. In D. Carr (Ed.) In *Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Vol. 2: Adulthood* (pp. 279-288). Macmillan Reference USA.

Jacob, C.; Baird, J.; Barker, M.; Cooper, C. & Hanson, M. (2017). *The Importance of a Life Course Approach to Health: Chronic Disease Risk from Preconception through Adolescence and Adulthood*. <http://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-to-health.pdf>

Jaffee, S. & Odgers, C. (2014). Conduct disorder across the life course. In K. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser and S. Galea (Eds.) *A Life Course Approach to Mental Disorders* (pp. 165- 173). Oxford University Press.

Jenkins, K. (2009). Health Behaviors, Adulthood. In D. Carr (Ed.) *Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Vol. 2: Adulthood* (pp. 179-190). Macmillan Reference USA.

Joe, G.; Broome, K.; Rowan-Szal, G. & Simpson, D. (2002). Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 183-196. DOI: 10.1016/S0740-5472(02)00232-5

Joe, G.; Simpson, D. & Broome, K. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction, 93*(8), 1177-1190.

Johnson, S. & Blum, R. (2012). Editorial. *Journal of Adolescent Health, 51*, 51-52. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.001

Johnson, S.; Blum, R. & Giedd, J. (2009). Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *Journal of Adolescent Health, 45*, 216-221. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.05.016

Kadden, R. & Litt, M. (2011) The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1120-1126. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.07.032

Khalsa, J.; Bough, K.; Chand, N.; Gyaw, S. & Lao, G. (2015). Substance Use and Co-Occurring Infections: An Overview. In N. el-Guebaly, G. Carrà and M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 1713-1735). Springer-Verlag Italia.

Konrad, K.; Firk, C. & Uhlhaas, P. (2013). Brain Development During Adolescence. *Deutsches Ärzteblatt International, 110*(25), 425-431. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0425

Kuh, D.; Ben-Shlomo, Y.; Lynch, J.; Hallqvist, J. & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 778-783. DOI: 10.1136/jech.57.10.778

Kuerbis, A.; Sacco, P.; Blazer, D. & Moore, A. (2014). Substance Abuse Among Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. DOI: 10.1016/j.cger.2014.04.008

Kyomen, H. & Liptzin, B. (2011). Alcohol Abuse and Treatment in the Elderly. In M. Abou-Saleh, C. Katona and A. Kumar (Eds.) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (Third Edition) (pp. 665-670). John Wiley & Sons.

Lal, S. (2010). Prescribing recovery as the new mantra for mental health: Does one prescription serve all? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 82-89.

Llanero, M.; Ruiz, J.; Pedrero, E.; Olivar, A., Bouso, J.; Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Sintomatología disejecutiva en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española del cuestionario disejecutivo (DEX-Sp). *Revista de Neurología*, 47(9), 457-463.

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach* (Second Edition). The Guilford Press.

Lucas, K.; Groot, K. y Towle, A. (2013). El desarrollo de humildad cultural mediante el aprendizaje servicio crítico. *Ciencia y Enfermería XIX*, 2, 35-46. [https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art\\_04.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n2/art_04.pdf)

Macneil, C.; Hasty, M.; Conus, P. & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10. DOI: 1741-7015/10/111

Madrid Salud (2005). *Mujer y adicción*. Instituto de Adicciones de la Ciudad Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

Madrid Salud (2015). *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Instituto de Adicciones de la Ciudad Madrid, Ayuntamiento de Madrid.

Marteau, D. (2008). How alcohol may precipitate violent crime. *Drugs and Alcohol Today*, 8(2), 12-16.

McGee, M. (2016). Contemporary Formulation-based Assessment and Treatment: A Framework for Clinical Discourse. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6(3). DOI: 10.4172/2161-0487.1000259

McLaren, L. & Wardle, J. (2002). Body image: a life course perspective. In D. Kuh and R. Hardy (Eds.), *A Life Course Approach to Women's Health* (pp. 179-194). Oxford University Press.

McLaughlin, K.; Sheridan, M. & Nelson III, C. (2014). Adverse childhood experiences and brain development: neurobiological mechanisms linking the social environment to psychiatric disorders. In K. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser and S. Galea (Eds.) *A Life Course Approach to Mental Disorders* (pp. 249-258). Oxford University Press.

McLean, S. (2016). *The effect of trauma on the brain development of children: Evidence-based principles for supporting the recovery of children in care* (CFCA Practitioner Resource). Child Family Community Australia information exchange, Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/cfca/publications/effect-trauma-brain-development-children>

McLean, S. & McDougall, S. (2014). *Fetal alcohol spectrum disorders. Current issues in awareness, prevention and intervention*. CFCA Paper N° 29. Child Family Community Australia, Australian Institute of Family Studies. <https://aifs.gov.au/cfca/sites/default/files/publication-documents/cfca-paper29-fasd.pdf>

McLellan, A.; McKay, J.; Forman, R.; Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x

Mayes, L. & Suchman, N. (2006). Developmental Pathways to Substance Abuse. In D. Cicchetti and D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Second Edition). Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation (pp. 599-619). John Wiley & Sons.

Medley, G.; Lipari, R.; Bose, J.; Cribb, D.; Kroutil, L. & McHenry, G. (2016, October). *Sexual orientation and estimates of adult substance use and mental health: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health*. NSDUH Data Review. [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015.htm](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015/NSDUH-SexualOrientation-2015.htm)

Meyers, R.; Apodaca, T.; Flicker, S. & Slesnick, N. (2002). Evidence-Based Approaches for the Treatment of Substance Abusers by Involving Family Members. *The Family Journal and Therapy for Couples and Families*, 10(3), 281-288.

Milin, R. & Walker, S. (2015). Adolescent and Substance Abuse. In N. el-Guebaly, G. Carrà and M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 2219-2248). Springer-Verlag Italia.

Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change* (Third Edition). The Guilford Press.

Ministerio de Salud (2018). *Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Morin, E. (2004). *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa.

Munton, T.; Wedlock, & Gomersall, A. (2014). *The role of social and human capital in recovery from drug and alcohol addiction*. HRB Drug and Alcohol Evidence Review. Health Research Board. [http://www.hrb.ie/uploads/tx\\_hrbpublications/The\\_role\\_of\\_social\\_and\\_human\\_capital\\_in\\_recovery\\_from\\_drug\\_and\\_alcohol\\_addiction.pdf](http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/The_role_of_social_and_human_capital_in_recovery_from_drug_and_alcohol_addiction.pdf)

NDA Research Programme (2014). HALCyon –*Healthy Ageing across the Life Course: Capitalising on the value of UK life course cohorts*. Department of Sociological Studies, University of Sheffield. [http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/assets/files/NDA%20Findings\\_33.pdf](http://www.newdynamics.group.shef.ac.uk/assets/files/NDA%20Findings_33.pdf)

National Institute on Drug Abuse (2006). *Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations. A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, Department of Health and Human Services.

Norcross, J. & Wampold, B. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. DOI: 10.1037/a0022161

The National Treatment Agency for Substance Misuse (2006). *Models of care for treatment of adult drug misusers: Update 2006*. The National Treatment Agency for Substance Misuse.

Nurcombe, B. (2014) Diagnosis and treatment planning in child and adolescent mental health problems. In J.M. Rey (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://ccamh.ui.edu.ng/wp-content/uploads/A.11-TREATMENT-PLAN-2014.pdf>

O'Connor, E.; Gaynes, B.; Burda, B.; Williams, C. & Whitlock, E. (2013). *Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Evidence Synthesis No. 103. AHRQ Publication No. 13-05188-EF-1. Agency for Healthcare Research and Quality.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2023). *Derechos humanos* [Página Web]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Ortiz, D. (2008). *Terapia Familiar Sistémica*. Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemica.pdf>

Osher, F.; D'Amora, D.; Plotkin, M.; Jarrett, N. & Eggleston, A. (2012). *Adults with Behavioral Health Needs under Correctional supervision: A Shared Framework for Reducing Recidivism and Promoting Recovery*. Council of State Governments Justice Center Criminal Justice/Mental Health Consensus Project. [https://www.bja.gov/Publications/CSG\\_Behavioral\\_Framework.pdf](https://www.bja.gov/Publications/CSG_Behavioral_Framework.pdf)

Paus, T.; Keshavan, M. & Giedd, J. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews*, 9, 947-957. DOI: 10.1038/nrn2513

Pratt, B. & Frost, L. (2016). *The Life Course Approach to Health: A Rapid Review of the Literature (focusing on conceptual and operational considerations)*. Global Health Insights. <http://www.who.int/life-course/publications/life-course-approach-literature-review.pdf>

Prochaska, J. (1999). How Do People Change, and How Can We Change to Help Many More People? In M. Hubble, B. Duncan and S. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (pp. 227-258). American Psychological Association.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (2005). The Transtheoretical Approach. In J. Norcross and M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (Second Edition) (pp. 147-171). Oxford University Press.

Racciati, L. (Coord.) (2013). *Protocolo de intervención desde la Terapia Ocupacional en los CAD del Instituto de Adicciones*. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. [www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/protocolo\\_ttoo\\_2013\\_mayo.pdf](http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/protocolo_ttoo_2013_mayo.pdf)

Rank, M. (2009). Poverty, Adulthood. In D. Carr (Ed.) In *Encyclopedia of the Life Course and Human Development. Vol. 2: Adulthood* (pp. 355-352). Macmillan Reference USA.

Roberts, L. & McCrady, B. (2003). *Alcohol Problems in Intimate Relationships: Identification and Intervention. A Guide for Marriage and Family Therapists*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Romer, D. (2010). Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: Implications for Prevention. *Developmental Psychobiology*, 52, 263-276. DOI: 10.1002/dev.20442

Rousmaniere, T.; Goodyear, R.; Miller, S. & Wampold, B. (2017). Introduction. In T. Rousmaniere, R. Goodyear, S. Miller and B. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence. Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (pp. 3-22). John Wiley & Sons.

Salas-Wright, C.; Vaughn, M. & Reingle González, J. (2016). *Drug Abuse and Antisocial Behavior A Biosocial Life Course Approach*. Palgrave Macmillan.

Saleebey, D. (2001). *The strengths perspective in social work practice* (Third Edition). Allyn and Bacon.

Scott, C; White, W. & Dennis, M. (2007). Chronic addiction and recovery management: Implications for clinical practice. *Counselor*, 8(2), 22-27.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2009). *Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad*.

Selzer, R. & Steven, E. (2014). Formulation for beginners. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 397-401. DOI: 10.1177/1039856214536240

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2014). *Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2013*. Observatorio Chileno de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2017a). *Resolución Exenta N° 661 (9 de junio de 2017). Aprueba Convenio de Colaboración Técnica y Financiera entre el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, y el Ministerio de Salud, para la implementación de un Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol*. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, Ministerio del Interior y Seguridad Pública.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (2017b). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016*. Observatorio Chileno de Drogas, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Shlosberg, D. & Shoval, G. (2015). Suicide and Substance Abuse in Adolescents. In N. el-Guebaly, G. Carrà and M. Galanter (Eds.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 2249-2278). Springer-Verlag Italia.

Simpson, D.; Joe, G.; Rowan-Szal, G. & Greener, J. (1995). Client Engagement and Change During Drug Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117-134. DOI: 10.1016/0899-3289(95)90309-7.

Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones (2001/2003). *ASAM PPC-2R. Criterios ASAM de Ubicación de Pacientes para el Tratamiento de los Trastornos Relacionados con el Uso de Sustancias* (2° ed.). Sociedad Americana de Medicina de las Adicciones (ASAM).

Sofuoglu, M.; DeVito, E.; Waters, A. & Carroll, K. (2013). Cognitive Enhancement as a Treatment for Drug Addictions. *Neuropharmacology*, 64(1), 452-463. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2012.06.021

Steinberg, L. (2015). *Age of Opportunity: Lessons from the New Science of Adolescence*. Houghton Mifflin Harcourt.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012a). *SAMHSA's Working Definition of Recovery. 10 Guiding Principles of Recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012a). *Top Health Issues for LGBT Populations Information & Resource Kit*. HHS Publication No. (SMA) 12-4684. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012b). *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. U.S. Department of Health and Human Services.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Improving Cultural Competence*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 59. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sue, D.; Ivey, A. & Pedersen, P. (Eds.) (1996). *A theory of multicultural counseling and therapy*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Taxman, F.; Perdoni, M. & Caudy, M. (2013). The Plight of Providing Appropriate Substance Abuse Treatment Services to Offenders: Modeling the Gaps in Service Delivery. *Victims and Offenders*, 8, 70-93. DOI: 10.1080/15564886.2012.747459

The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 221-228. DOI: 10.1016/j.jsat.2007.06.001

Thomas, C. & Corcoran, J. (2001). Empirically Based Marital and Family Interventions for Alcohol Abuse: A Review. *Research and Social Work Practice*, 11(5), 549-575. DOI: 10.1.1.951.5732

Thompson-Brenner, H.; Eddy, K.; Fanko, D.; Dorer, D.; Vashchenko, M. & Herzog, D. (2008). Personality Pathology and Substance Abuse in Eating Disorders: A Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 203-208. DOI: 10.1002/eat.20489

Tomm, K. (1987). La entrevista como intervención. En M. Beyebach y J. Rodríguez-Arias (Comps.), *Terapia Familiar, Lecturas I.* (pp. 37-96). Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *Sustained Recovery Management. Good Practice.* United Nations Office on Drugs and Crime.

United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *Principles of Drug Dependence Treatment.* United Nations Office on Drugs and Crime, United Nations.

Universidad de Chile (2002). *Estudio sobre el consumo de alcohol y drogas ilícitas o restringidas en la población penal de la V Región.* Universidad de Chile.

Vicente, B.; Kohn, R.; Rioseco, P.; Sadivia, S.; Levay, I. & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal Psychiatry*, 163, 1362- 1370. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.8.1362

Wadd, S.; Randall, J.; Thake, A.; Edwards, K.; Galvani, S.; McCabe, L. & Coleman, A. (2013). *Alcohol Misuse and Cognitive Impairment in Older People.* Alcohol Research UK.

Wampold, B. (2017). What Should We Practice? A Contextual Model for How Psychotherapy Works. In T. Rousmaniere, R. Goodyear, S. Miller and B. Wampold (Eds.), *The Cycle of Excellence. Using Deliberate Practice to Improve Supervision and Training* (pp. 49-65). John Wiley & Sons.

Wang, G.; Bartell, T. & Wang, X. (2018). Preconception and Prenatal Factors and Metabolic Risk. In N. Halfon, C. Forrets, R. Lerner and E. Faustman (Eds.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 47-60). Springer OPEN.

Warren, K.; Hewitt, B. & Thomas, J. (2011). Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Research Challenges and Opportunities. *Alcohol Research & Health*, 34(1), 4-14. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/4-14.pdf>

Wear, D. (2008). On Outcomes and Humility. *Academic Medicine*, 83(7), 625-626.

White, W. (2006a). Recovery Management. What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management* (pp. 44-57). Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. <http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>

White, W. (2006b). Recovery Across the Life Cycle from Alcohol/Other Drug Problems: Pathways, Styles, and Developmental Stages. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 185-201. DOI: 10.1300/J020v24n01\_11

White, W. (2008). *Recovery Management and Recovery-oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices*. Northeast Addiction Technology Transfer Center, the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, and the Philadelphia Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services. [http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008\\_recovery\\_management\\_and\\_recovery-oriented\\_systems\\_of\\_care.pdf](http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf)

White, W. & Kurtz, E. (2006). The varieties of Recovery Experience: A Primer for Addiction Treatment Professionals and Recovery Advocates. In W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management* (pp. 7-43). Great Lakes Addiction Technology Transfer Center. <http://www.nattc.org/recoveryresourc/docs/RecMgmt.pdf>

Wild, T.; Cunningham, J. & Ryan, R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872. DOI: 10.1016/j.addbeh.2006.01.002

Winters, N.; Hanson, G. & Stoyanova, V. (2007). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 111-132. DOI: 10.1016/j.chc.2006.07.010

Wood, D.; Crapnell, T.; Lau, L.; Bennett, A.; Losteins, D.; Ferris, M. & Kuo, A. (2018). Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course. In N. Halfon, C. Forrets, R. Lerner and E. Faustman (Eds.) *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 123-144). Springer OPEN.





  
senda\_gob

    
sendagob

  
senda.gob.cl

