



Salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas y capital de recuperación

Mental health, problematic substance use, and recovery capital

EIJI ALFREDO FUKUSHIMA TANIGUCHI

[Consultor de la Unidad de Fortalecimiento Institucional de la OEA/CICAD.]

La recuperación de los trastornos mentales y de uso de sustancias no implica únicamente que se deje el consumo o la disminución de los síntomas. Es mucho más que simplemente participar en un tratamiento. Implica un proceso de largo plazo para aprender a vivir, resolver los problemas, lograr y mantener la recuperación. En la atención actual de los trastornos por consumo de sustancias, las personas profesionales de la salud evalúan la severidad o los riesgos de los trastornos mentales o trastornos por uso de sustancias, necesarios para trazar el plan de tratamiento. Sin embargo, la severidad de los trastornos tiene una desventaja que se orienta hacia los problemas y no hacia las fortalezas de las personas. Por lo que, si buscamos una recuperación de los trastornos mentales, es necesario incluir en la práctica de atención el concepto de capital de recuperación para alcanzar y sostener la recuperación a largo plazo.

Recovery from mental and substance use disorders does not simply involve ceasing to use substance or reducing symptoms. It is much more than simply participating in treatment. It involves a long-term process of learning to live, solve problems, and achieve and maintain recovery. In current mental disorder care, healthcare professionals assess the severity or risk of mental or substance use disorders, which is necessary to develop a treatment plan. However, the severity of disorders has a disadvantage: it focuses on problems rather than on a person's strengths. Therefore, if we seek recovery from mental disorders, it is necessary to include the concept of Recovery Capital in our practice to achieve and sustain long-term recovery.

PALABRAS CLAVE: *trastorno mental, trastorno por uso de sustancias, capital de recuperación.*

KEYWORDS: mental disorder, substance use disorder, and recovery capital.

SUMARIO: I. Introducción. II. Tratamientos de trastornos co-ocurrentes. III. Capital de recuperación. IV. Conclusiones. v. Referencias.

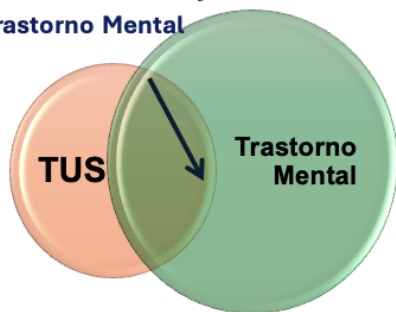
I. INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y la nicotina, es un tema que ha recibido una mayor atención en comparación con otros trastornos mentales. Esta situación ha llevado a un cambio positivo en la forma en que se abordan estos problemas. Se ha promovido un enfoque integral que no solo se centra en la abstinencia, sino que también considera la atención de los trastornos co-ocurrentes, como los trastornos de salud mental y enfermedades físicas, para lograr una recuperación efectiva y sostenible.

Un estudio realizado por los Servicios Administrativos de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Samhsa), en Estados Unidos, en 2010, reportó que el 42.8% de las personas adultas con trastornos por uso de sustancias también presentaba un trastorno mental, mientras que el 19.7% de las personas adultas con un trastorno mental también tenía un trastorno por uso de sustancias (TUS) (ver figura 1). En otro estudio realizado en 2020, se encontró que el 6.7% de personas (17 millones) mayores de 18 años presentaba ambos trastornos (Samhsa, 2021). Los datos muestran que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en términos de tasas de abuso de sustancias y prevalencia de trastornos mentales. En general, se ha observado que las tasas de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas son mayores en los hombres que en las mujeres. Además, los hombres tienen más probabilidad de sufrir un trastorno antisocial de personalidad, mientras que las mujeres muestran tasas más altas de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que los hombres (Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas [NIDA], 2020).

FIGURA 1: INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS CO-OCURRENTES

**TUS Co-Ocurren-
te y
Trastorno Mental**



**42.8 % de adultos con
TUS también tiene un
trastorno mental.**

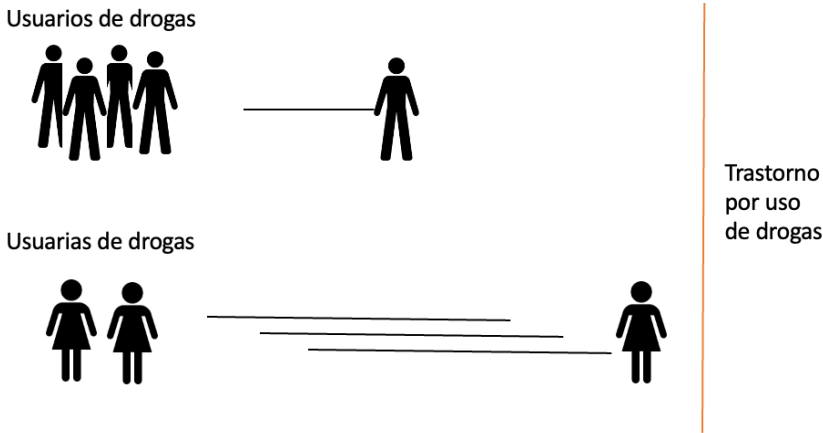
**19.7 % de adultos con
un trastorno mental
también tiene TUS.**

FUENTE: Currículum Universal de Tratamiento Curso 3, módulo 2, 2015.



También se ha observado en el Informe Mundial de Drogas (2022), de la Oficina de las Naciones Unidad contra la Droga y el Delito, lo que denominó “efecto telescopio”, en el que informó que más hombres inician el consumo de sustancias que las mujeres. Sin embargo, después de iniciar, las mujeres transitan más rápido que los hombres hacia un trastorno por uso de sustancias (ver figura 2).

FIGURA 2. EFECTO TELESCOPIO



Uno de los desafíos de los trastornos co-ocurrentes tiene que ver con los efectos negativos en los resultados del tratamiento tanto para trastornos mentales como uso de sustancias. Las personas con trastornos por uso de sustancias y con trastornos mentales tienden a trabar menos relaciones sociales y las que logran son poco adecuadas, tejen redes de apoyo social más débiles y sufren inestabilidad en el hogar, en el empleo y en los ingresos. Así, la alta prevalencia de co-ocurrencia entre estos trastornos plantea desafíos relevantes para comprender la naturaleza de su relación. Es importante tener en cuenta que la presencia de ambos trastornos en una persona no implica necesariamente que uno haya causado el otro. La causalidad y la direccionalidad en esta relación pueden ser difíciles de discernir debido a la complejidad de los factores involucrados. El NIDA de Estados Unidos ha identificado cuatro escenarios de causalidad que pueden ayudar a arrojar luz sobre esta compleja relación (NIDA, 2020):

- 1) El abuso de sustancias puede desencadenar síntomas psiquiátricos en individuos vulnerables. Por ejemplo, el consumo de cannabis en dosis altas y de forma crónica ha sido asociado con un mayor riesgo de desarrollar psicosis en personas con predisposición genética a trastornos mentales. Esta sustancia

puede actuar como un desencadenante que revela un trastorno latente en individuos susceptibles. Es importante reconocer que el consumo de sustancias puede exacerbar los síntomas de trastornos mentales preexistentes o incluso desencadenar su inicio en aquellos con una vulnerabilidad subyacente.

- 2) Los trastornos mentales a menudo coexisten con el abuso de sustancias. Algunas personas recurren al consumo de sustancias como una forma de hacer frente a los síntomas de sus trastornos mentales. Por ejemplo, el tabaco se ha relacionado con la reducción de los síntomas de la esquizofrenia y la mejora de la cognición en algunas personas. Esta automedicación puede llevar a un ciclo peligroso de dependencia de sustancias para controlar los síntomas mentales, lo que a su vez puede empeorar la salud mental y física del individuo.
- 3) Tanto los trastornos por uso de sustancias como los trastornos mentales comparten factores de riesgo comunes. La exposición temprana al estrés, el trauma o el abuso en la infancia pueden aumentar la vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales y problemas de abuso de sustancias en la vida adulta. Estos factores ambientales y genéticos contribuyen a la compleja interacción entre el abuso de sustancias y los trastornos mentales.
- 4) En el último escenario, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales no son necesariamente causales el uno del otro. Ambos problemas de salud pueden surgir casi simultáneamente o de manera independiente. Es fundamental abordar de manera integral tanto el abuso de sustancias como los trastornos mentales, reconociendo la complejidad de sus interacciones y tratando a los individuos de manera holística para lograr una recuperación efectiva.

La vulnerabilidad a los trastornos por uso de sustancias y a los trastornos mentales aumenta con los cambios cerebrales significativos en la adolescencia. Es decir, hay que tener en cuenta que muchos de los trastornos mentales se vuelven activos al final de la adolescencia e inicios de la adultez. También hay que considerar que es cuando muchas personas empiezan o incrementan el uso de sustancias. Independientemente de cómo se desarrolla un trastorno co-ocurrente, los programas de atención del consumo de sustancias para personas adolescentes deben incluir una evaluación para trastornos mentales y el tratamiento según la necesidad.

II. TRATAMIENTOS DE TRASTORNOS CO-OCURRENTES

En la actualidad, el tratamiento de trastornos co-ocurrentes, es decir, la presencia simultánea de trastornos por uso de sustancias y trastornos mentales, ha ganado una mayor atención y reconocimiento en el campo de la salud mental. Según el in-



forme del Samhsa de 2005, se ha demostrado claramente que abordar de manera integral ambos tipos de trastornos puede ser beneficioso para los pacientes. Existen diferentes enfoques en los programas de tratamiento, desde aquellos que se centran únicamente en el abuso de sustancias, hasta los que ofrecen una atención integrada para ambas condiciones. En este informe se explorarán las tendencias en el tratamiento de los trastornos co-ocurrentes con especial atención en los tres tipos de programas de tratamiento identificados:

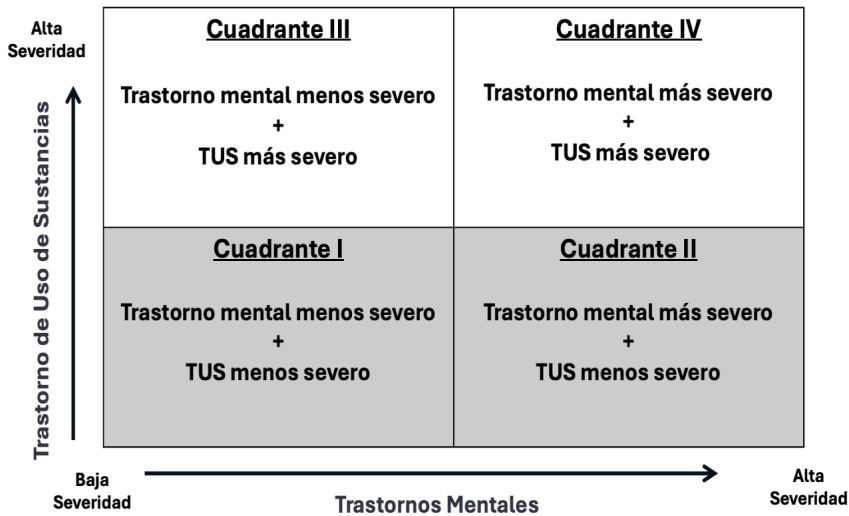
- Programas de tratamiento para trastornos por uso de sustancias. Este tipo de programas no recibe a pacientes que tienen trastornos mentales o que necesitan algún tipo de atención. Por lo que refieren a sus pacientes con trastornos co-ocurrentes a otros programas de tratamiento.
- Programas calificados para los trastornos co-ocurrentes. Están orientados principalmente para los trastornos por uso de sustancias, pero con la capacidad de tratar trastornos mentales co-ocurrentes leves a moderados.¹
- Programas para trastornos co-ocurrentes mejorados. Son el nivel más alto de la integración de servicios para el tratamiento tanto de trastornos por uso de sustancias como de trastornos mentales.

Los tratamientos integrados abordan a la persona como un todo a través de las intervenciones simultáneas para ambos trastornos, casi siempre se lleva a cabo en un mismo sitio y una persona primaria coordina el tratamiento; asimismo se enfocan en alcanzar la recuperación integral de la persona.

El proceso hacia la recuperación de los trastornos co-ocurrentes es un tema crucial en el ámbito de la salud mental. La asociación Nacional para el Alcohol y el Abuso de Drogas (Nasadad) y la Asociación Nacional del Programa Estatal para el Programa de Salud Mental de los Estados Unidos han desempeñado un papel fundamental al clasificar los servicios según la severidad de los trastornos mentales y del trastorno mental. Se han desarrollado cuadrantes de atención que guían el tratamiento y la recuperación de las personas afectadas. A continuación, exploraremos a detalle la importancia de este proceso de recuperación, los desafíos que implica y cómo puede llevarnos a una mayor comprensión de los trastornos co-ocurrentes (ver figura 3).

1 Los Centros de Atención Primaria en Adicciones del Estado de México que venían dando atención bajo los programas de tratamiento para trastornos por uso de sustancias desde 2008 a 2018 modificaron sus programas a calificados para los trastornos co-ocurrentes de 2018 a la fecha y ahora son conocidos como Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (Cecosama).

FIGURA 3. CUADRANTES DE ATENCIÓN



La evaluación y la colocación del tratamiento son procesos complejos que requieren una comprensión profunda de la persona que recibe el tratamiento. Cada individuo es único, con sus propias experiencias, circunstancias y necesidades. Por lo tanto, es esencial que las personas profesionales de la salud adopten un enfoque individualizado al evaluar a pacientes y determinar el curso del tratamiento más adecuado. La individualización del tratamiento garantiza que se aborden las necesidades específicas de cada persona, lo que aumenta la probabilidad de resultados positivos y duraderos. Este modelo de los cuadrantes de atención puede ser una herramienta valiosa para las personas profesionales de la salud al tomar decisiones de tratamiento. Estos modelos dividen a las personas pacientes en categorías basadas en diferentes factores, como la gravedad de los síntomas o el nivel de riesgo. Si bien esta clasificación puede proporcionar una guía útil, es importante tener en cuenta que a menudo se centra en los problemas y desafíos que enfrenta la persona, sin prestar la misma atención a sus fortalezas, recursos internos o externos.

Al centrarse únicamente en los problemas individuales, las personas profesionales de la salud corren el riesgo de perder de vista las fortalezas y habilidades que cada persona posee. Las fortalezas de un individuo pueden ser recursos valiosos en su proceso de recuperación y crecimiento personal. Ignorar estas fortalezas puede limitar el potencial de la persona para superar sus desafíos y llevar una vida plena y significativa.



Es importante que las personas profesionales de la salud adopten un enfoque más equilibrado que tenga en cuenta tanto los problemas como las fortalezas de los individuos al evaluar y colocar el tratamiento. Al hacerlo, se puede crear un plan de tratamiento más completo y efectivo que aproveche al máximo los recursos internos y externos de la persona. Esto no solo puede mejorar los resultados del tratamiento, sino también empoderar a las personas para que participen de forma activa en su proceso de recuperación.

III. CAPITAL DE RECUPERACIÓN

Explorar a profundidad lo que implica el proceso hacia la recuperación de los trastornos co-ocurrentes es fundamental para comprender la complejidad de esa condición y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

En el ámbito de la salud mental, la “recuperación” se refiere a la experiencia vivida de la persona que acepta y supera los desafíos asociados con la enfermedad mental (Shepherd et al., 2008). Las personas profesionales de la salud se inclinan por el término de “recuperación clínica” y se mide de manera rutinaria en términos de perfiles de síntomas, utilización de servicios de salud, resultados de salud y evaluaciones globales del funcionamiento. Una visión de la recuperación parecida a los cuadrantes de atención.

Por otro lado, existen las personas que brindan servicios de apoyo entre pares para la recuperación, conocidas como personas consejeras. Se inclinan por el término “recuperación”, que consiste en brindar asistencia no clínica para apoyar la recuperación a largo plazo de los trastornos por consumo de sustancias. La persona consejera de recuperación aporta la experiencia vivida de la recuperación, combinada con capacitación, supervisión y las cualidades de la persona, para ayudar a iniciar y mantener la recuperación; buscan mejorar la calidad de la vida personal y familiar en la recuperación a largo plazo (White, 2009). Los servicios de apoyo entre pares para la recuperación pueden respaldar y han sido una alternativa al tratamiento clínico para los trastornos por consumo de sustancias.

Ambas alternativas de procesos de intervención hacia la recuperación tienen el potencial de causar una considerable confusión en la literatura sobre salud mental. Por lo que las personas investigadoras han identificado una necesidad urgente de aclarar el concepto de recuperación para que se pueda establecer un significado común y el constructo se pueda definir operativamente (Slade et al., 2012).

En agosto de 2010, en Estados Unidos, líderes en el campo de la salud conductual, que son personas en recuperación de problemas de salud mental y consumo de sustancias y los Servicios de Administración en Salud Mental y Abuso de Sustancias (Samhsa), se reunieron para explorar el desarrollo de una definición de trabajo

común y unificada de recuperación. Incluso Samhsa tenía definiciones separadas para la recuperación de trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias. Estas definiciones diferentes complicaban el trabajo para el tratamiento y los servicios de apoyo a la recuperación.

Sobre la base de estos esfuerzos, y en consulta con muchas partes interesadas, Samhsa desarrolló una definición de trabajo y un conjunto de principios para la recuperación, una definición de trabajo estándar y unificada que ayude a promover las oportunidades de recuperación y aclarar estos conceptos para pares, familias, financiadores, proveedores y otros.

De manera práctica, se define la recuperación de trastornos mentales y/o trastornos por consumo de sustancias como: un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.

A través de la *Iniciativa estratégica de apoyo a la recuperación*, Samhsa delineó cuatro dimensiones principales que respaldan una vida en recuperación:

- 1) Salud. Superar o controlar las enfermedades o los síntomas de uno mismo (por ejemplo, abstenerse de consumir alcohol, sustancias psicoactivas ilícitas y medicamentos no recetados) y tomar decisiones informadas y saludables que respalden el bienestar físico y emocional.
- 2) Hogar. Un lugar estable y seguro para vivir.
- 3) Propósito. Actividades diarias significativas, como un trabajo, la escuela, el voluntariado, el cuidado de la familia o los esfuerzos creativos, y la independencia, los ingresos y los recursos para participar en la sociedad.
- 4) Comunidad. Relaciones y redes sociales que brindan apoyo, amistad, amor y esperanza.

Sentirse estigmatizado puede disminuir la disposición de las personas con trastornos por uso de sustancias a buscar tratamiento. La visión estigmatizante de las personas con trastorno por uso de sustancias es común y puede llevar a otros a sentir lástima, miedo, enojo o un deseo de mantener distanciamiento social de las personas con este trastorno.

En un estudio, Kelly y Westerhoof (2010) determinaron que el uso de palabras como “abusador de sustancias” y “personas que sufren un trastorno por uso de sustancias” evocan diferentes opiniones respecto de dos opciones: sanción o tratamiento. Su muestra estuvo conformada por 516 profesionales clínicos a quienes se les solicitó que leyeran una viñeta que contenía uno de los términos y calificara su nivel de acuerdo con una serie de declaraciones relacionadas. Contestaron un cuestionario de escala tipo Likert con tres subescalas: 1) Agresor-sanción ($\alpha=0.80$),



2) Amenaza social ($\alpha=0.86$), y 3) Víctima- tratamiento ($\alpha=0.64$), para evaluar las causas percibidas del problema. Como resultado, se detectó una diferencia en la escala agresor-sanción. Al comparar a la persona mencionada con la condición de “trastorno por uso de sustancias”, con la de la condición de “abusadora de sustancias”, hubo mayor acuerdo con la idea de que esta última era personalmente culpable y que debía tomarse medidas punitivas. La autora concluyó que el término comúnmente utilizado “abusador de sustancias” puede perpetuar actitudes estigmatizantes.

Otro estudio de Ashford (2018) con 1,288 personas reveló que los términos “abusador de sustancias”, “adicto”, “alcohólico”, “adicto a opioides”, se asociaban fuertemente con lo negativo y se diferenciaban significativamente de contra-términos positivos. Estos hallazgos del estudio sugieren que la palabra “recaída” fuera remplazada con el término “recurrencia de uso”. Así como, los términos “recuperación asistida por medicamentos” y “recuperación a largo plazo” son términos positivos y pueden usarse cuando corresponda sin promover el estigma.

Como se observa en estos estudios, el lenguaje es un elemento importante para eliminar el estigma y la discriminación, así como para inspirar esperanza mientras se avanza en la recuperación. Por lo tanto, a continuación se muestran términos que se pueden utilizar en la recuperación donde se prioriza a la persona (ver tabla 1).

TABLA 1. TÉRMINOS QUE PRIORIZAN A LA PERSONA PARA LA RECUPERACIÓN

<i>Lenguaje estigmatizante</i>	<i>Lenguaje preferido</i>
Abusador/adicto/ alcohólico	Una persona con trastorno por uso de sustancias en recuperación
Adicto a alcohol/drogas	Padece de un trastorno por uso de alcohol/drogas
Lactante adicto o bebé crack	Lactante con síndrome de abstinencia, lactante con síndrome de abstinencia neonatal
Limpio/prueba de drogas limpia	Libre de drogas; libre de sustancias
Sucio/prueba de drogas sucia	Prueba de drogas positiva
Drogadicción	Uso regular de sustancias
Lapso/recaída/desliz	Un uso único después de haberlo dejado/una recurrencia en el uso/reanudación del uso
Terapia de sustitución de opioides/sustitución de opioides	Tratamiento con medicamentos opioides
Adicta embarazada	Mujer embarazada con un trastorno por uso de sustancias

Abuso de sustancias o dependencia de sustancias	Trastorno por uso de sustancias
---	---------------------------------

Fuente: INL y Plan Colombo (2017).

Una manera de eliminar el estigma es escogiendo cuidadosamente las palabras, valorando a las personas y cambiando las expectativas que tenemos respecto de nosotros mismos y de las demás personas, así como cambiando nuestras actitudes y creencias sobre las personas con trastorno por uso de sustancias, de negativas a positivas.

Dentro de la Estratégica de Apoyo a la Recuperación, Samhsa también delineó los diez principios rectores de la recuperación:

- 1) La recuperación surge de la esperanza. La creencia de que la recuperación es real proporciona el mensaje esencial y motivador de un futuro mejor, que las personas pueden superar los desafíos, barreras y obstáculos internos y externos que enfrentan. La esperanza se internaliza y puede ser fomentada por pares, familias, personas consejeras, aliadas y otras. La esperanza es el catalizador del proceso de recuperación.
- 2) La recuperación es una cuestión personal. La autodeterminación y la autodirección son las bases de la recuperación, ya que cada persona define sus propios objetivos de vida y diseña su propio camino para alcanzarlos. Las personas optimizan su autonomía e independencia en la mayor medida posible al liderar, controlar y elegir los servicios y apoyos que contribuyen a su recuperación y resiliencia. De este modo, se les empodera y se les proporcionan los recursos necesarios para tomar decisiones informadas, iniciar la recuperación, aprovechar sus puntos fuertes y ganar o recuperar el control de sus vidas.
- 3) La recuperación se produce a través de muchas vías. Cada persona es única, con necesidades, fortalezas, preferencias, objetivos, cultura y antecedentes distintivos (incluida la experiencia traumática) que afectan y determinan su vía hacia la recuperación. La recuperación se basa en las múltiples capacidades, fortalezas, talentos, habilidades de afrontamiento, recursos y valor inherente de cada persona. Las vías de recuperación son altamente personalizadas. Pueden incluir tratamiento clínico profesional, uso de medicamentos, apoyo de las familias y de las escuelas, enfoques basados en la fe, apoyo de pares o personas consejeras y otros enfoques. La recuperación no es lineal, se caracteriza por un crecimiento continuo y un mejor funcionamiento que puede implicar reveses. Debido a que los reveses son una parte natural, aunque no inevitable, del proceso de recuperación, es esencial fomentar la resiliencia de todas



las personas y sus familias. La abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo el alcohol) y medicamentos no recetados es el objetivo para las personas con un trastorno por consumo de sustancias. En algunos casos, las vías de recuperación se pueden habilitar creando un entorno de apoyo. Esto es especialmente cierto para la niñez, que puede no tener la capacidad legal o de desarrollo para establecer su propio rumbo.

- 4) La recuperación es holística. La recuperación abarca toda la vida de una persona, incluida la mente, el cuerpo, el espíritu y la comunidad. Esto incluye abordar: prácticas de autocuidado, familia, vivienda, empleo, transporte, educación, tratamiento clínico para trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias, servicios y apoyos, atención médica primaria, atención dental, servicios complementarios y alternativos, fe, espiritualidad, creatividad, redes sociales y participación comunitaria. La variedad de servicios y apoyos disponibles debe estar integrada y coordinada.
- 5) La recuperación cuenta con el apoyo de pares y aliados. Las personas consejeras y los grupos de ayuda mutua, que incluyen el intercambio de conocimientos y habilidades basados en la experiencia, así como el aprendizaje social, desempeñan un papel invaluable en la recuperación. Los pares alientan, comprometen a otros pares y se brindan mutuamente un sentido vital de pertenencia, relaciones de apoyo, roles valiosos y comunidad. Al ayudar a los demás y retribuir a la comunidad, uno se ayuda a sí mismo. Los servicios y apoyos operados por pares brindan recursos importantes para ayudar a las personas en sus recorridos de recuperación y bienestar. Los profesionales también pueden desempeñar un papel importante en el proceso de recuperación al brindar tratamiento clínico y otros servicios que apoyan a las personas en sus caminos de recuperación elegidos. Si bien los pares y los aliados desempeñan un papel fundamental para muchos en la recuperación, su papel para la niñez y la juventud puede ser ligeramente diferente. Los apoyos de pares para las familias son muy importantes para las infancias con problemas de salud conductual y también pueden desempeñar un papel de apoyo para la juventud en recuperación.
- 6) La recuperación se apoya a través de las relaciones y las redes sociales. Un factor considerable en el proceso de recuperación es la presencia y la participación de personas que creen en la capacidad de la persona para recuperarse, que ofrecen esperanza, apoyo y aliento, y que también sugieren estrategias y recursos para el cambio. Las personas familiares, compañeras, proveedoras, consejeras, miembros de la comunidad, aliadas y los grupos religiosos forman redes de apoyo vitales. A través de estas relaciones, las personas dejan atrás roles de vida poco saludables o insatisfactorios y asumen nuevos roles (por ejem-

plo, pareja, cuidador, amigo, estudiante, empleado) que conducen a un mayor sentido de pertenencia, personalidad, empoderamiento, autonomía, inclusión social y participación comunitaria.

- 7) La recuperación se basa en la cultura y está influida por ella. La cultura y los antecedentes culturales en todas sus diversas representaciones (incluidos los valores, las tradiciones y las creencias) son claves para determinar el camino de una persona hacia la recuperación y su particular camino. Los servicios deben tener una base cultural, estar en sintonía con la cultura, ser sensibles, congruentes y competentes, así como ser personalizados para satisfacer las necesidades únicas de cada individuo.
- 8) La recuperación se ve respaldada por el abordaje del trauma. La experiencia del trauma (como el abuso físico o sexual, la violencia doméstica, la guerra, los desastres y otros) suele ser un precursor o estar asociado al consumo de sustancias psicoactivas, los problemas de salud mental y cuestiones relacionadas. Los servicios y apoyos deben tener en cuenta el trauma para fomentar la seguridad (física y emocional) y la confianza, así como promover la elección, el empoderamiento y la colaboración.
- 9) La recuperación implica fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias. Las personas, las familias y las comunidades tienen fortalezas y recursos que sirven como base para la recuperación. Además, las personas tienen una responsabilidad personal por su propio cuidado personal y su camino hacia la recuperación. Se debe apoyar a las personas para que hablen por sí mismas. Las familias y las personas significativas tienen la responsabilidad de apoyar a sus seres queridos, especialmente en el caso de infancias y adolescencias en recuperación. Las comunidades tienen la responsabilidad de brindar oportunidades y recursos para abordar la discriminación y fomentar la inclusión social y la recuperación. Las personas en recuperación también tienen una responsabilidad social y deben tener la capacidad de unirse a sus pares para hablar colectivamente sobre sus fortalezas, necesidades, deseos y aspiraciones.
- 10) La recuperación se basa en el respeto. La aceptación y el aprecio de la comunidad, los sistemas y la sociedad hacia las personas afectadas por problemas de salud mental y consumo de sustancias (incluida la protección de sus derechos y la eliminación de la discriminación) son fundamentales para lograr la recuperación. Es necesario reconocer que dar pasos hacia la recuperación puede requerir un gran coraje. La autoaceptación, el desarrollo de un sentido positivo y significativo de la identidad y la recuperación de la confianza en uno mismo son especialmente importantes.



Estos principios inciden en las cuatro dimensiones principales y ayudan a las personas en recuperación a construir un capital de recuperación (cr), que refiere a la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos a los que se puede recurrir para iniciar y sostener la recuperación de problemas graves del consumo problemático de sustancias (Granfield y Cloud, 1999; Cloud y Granfield, 2001). El capital de recuperación está vinculado conceptualmente con la recuperación natural, la terapia centrada en soluciones, la gestión de casos basada en fortalezas, la gestión de la recuperación, la resiliencia y los factores de protección, y las ideas de fortaleza, bienestar y salud global. Hay tres tipos de capital de recuperación que pueden ser influenciados por las personas profesionales de la salud:

- 1) El capital de recuperación personal se puede dividir en capital físico y humano. El capital de recuperación físico incluye salud física, activos financieros, seguro médico, ropa, comida, acceso al transporte y refugio seguro propicios para la recuperación. Mientras que el capital de recuperación humana incluye los valores, el conocimiento, las habilidades y credenciales educativas/vocacionales de la persona, las capacidades de resolución de problemas, la autoconciencia, la autoestima, la autoeficacia (autoconfianza para manejar situaciones de alto riesgo), la esperanza/optimismo, la percepción del propio pasado/presente/futuro, el sentido de significado y propósito en la vida y las habilidades interpersonales.
- 2) El capital de recuperación familiar/social abarca las relaciones íntimas, las relaciones familiares, de parentesco y las relaciones sociales que apoyan los esfuerzos de recuperación. El capital de recuperación familiar/social se indica por la voluntad de las parejas íntimas y los miembros de la familia de participar en el tratamiento, la presencia de otras personas en recuperación dentro de la familia y la red social, el acceso a salidas sobrias para la camaradería/ocio basado en la sobriedad y las conexiones relacionales con instituciones convencionales (escuela, lugar de trabajo, iglesia y otras organizaciones comunitarias convencionales).
- 3) El capital de recuperación comunitaria abarca las actitudes/políticas/recursos comunitarios relacionados con el consumo problemático y la recuperación que promueven la resolución de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas. El capital de recuperación de la comunidad incluye:
 - Los esfuerzos activos para reducir el estigma relacionado con la adicción.
 - Los modelos de recuperación locales diversos.
 - Los recursos de ayuda mutua para la recuperación, que sean accesibles.
 - El capital cultural es una forma de capital comunitario. Constituye la disponibilidad local de vías de recuperación prescritas culturalmente que re-

suenan con individuos y familias particulares. Entre los ejemplos de esta resonancia potencial se incluyen los “Grupos de AA” o dentro de un ministerio de recuperación basado en la fe o dentro de una orientación terapéutica (Othis y White, 2006; White y Sanders, en prensa).

El capital de recuperación constituye un remedio potencial para los problemas que han plagado durante mucho tiempo los esfuerzos de recuperación de los trastornos co-ocurrentes, como la falta de motivación para cambiar el uso de alcohol o sustancias psicoactivas, angustia emocional, tristeza, ansiedad, presión para consumir, conflictos interpersonales y otras situaciones que plantean riesgos de recaída en los trastornos. El capital de recuperación, tanto en cantidad como en calidad, desempeña un papel fundamental a la hora de determinar el éxito o el fracaso de la recuperación natural y asistida (Granfield y Cloud, 1996, 1999; Moos y Moos, 2007; Kaskutas, Bond y Humphreys, 2002).

Los aumentos en el capital de recuperación pueden provocar puntos de inflexión que pongan fin a las carreras de dependencia, desencadenen el inicio de la recuperación, eleven las capacidades de afrontamiento y mejoren la calidad de vida en la recuperación a largo plazo (Cloud y Granfield, 2001; Laudet, Morgan y White, 2006).

FIGURA 4. TIPOS DE CAPITAL DE RECUPERACIÓN





Se tiene que considerar que los elementos del capital de recuperación varían en importancia dentro de las etapas particulares de la recuperación a largo plazo. Así como no se distribuyen de manera uniforme entre los individuos o los grupos sociales. Históricamente, los miembros de grupos desfavorecidos a menudo buscan la recuperación de la dependencia sin los recursos que dan por sentados quienes buscan la recuperación desde una posición privilegiada (Cloud y Granfield, 2001).

La mayoría de las personas con un capital de recuperación familiar y comunitario gravemente reducido obtienen poco provecho de un tratamiento de la dependencia centrado en la persona que no moviliza los recursos familiares y comunitarios (Moos y Moos, 2007). Los resultados de recuperación a largo plazo para aquellos con los problemas más graves de dependencia pueden tener más que ver con el capital de recuperación familiar y comunitario que con los atributos de los individuos o un protocolo de tratamiento particular (Bromet y Moos, 1977; Humphreys, Moos y Cohen, 1997; Mankowski, Humphreys y Moos, 2001).

Kaplowitz y Johnston introdujeron el concepto de capital psicológico que se refiere al estado psicológico positivo de una persona en el proceso de crecimiento y desarrollo, que va más allá del capital humano y del capital social, y es un recurso psicológico para promover el crecimiento personal y la mejora del desempeño (Kaplowitz y Johnston, 2004).

Hay cuatro dominios del capital psicológico que en los programas de tratamiento han mostrado una efectividad para tratar los trastornos por uso de sustancias, estos son:

- Esperanza. Creencia y expectativas son los elementos claves de la esperanza, estos elementos pueden bloquear el dolor y tienen un efecto importante en el proceso físico y psicológico. La esperanza tiene la habilidad de ayudar a las personas a curarse. En lugar de desear que algo suceda, la esperanza es una evidencia sólida y concreta de que algo sucederá.

La esperanza permite a las personas afrontar los desafíos de la vida con una mentalidad positiva; un sentimiento de deseo de que ciertas cosas sucedan. La esperanza permite que las personas sigan adelante. Algunas estrategias para mejorar la esperanza:

- Escuchar y compartir historias de esperanza.
- Aceptar su situación actual.
- Encontrar un curso de la vida.
- Desarrollar un plan significativo.
- Autoeficacia. Se refiere a las creencias personales sobre la capacidad de ejecutar las conductas necesarias para producir logros de desempeño específicos. La autoeficacia es un reflejo de la confianza de su capacidad para controlar

su propia motivación, comportamiento y respuestas a su entorno. Estrategias para mejorar la autoeficacia:

- Superar los obstáculos en la recuperación.
 - Mantener las relaciones con compañeros en recuperación.
 - Priorizar el bienestar emocional y psicológico.
 - Comenzar a mejorar la autoeficacia ahora.
- Resiliencia. Las personas resilientes poseen cierta fortaleza que les permite lograr diversas cosas, 1) pueden aceptar la realidad tal como es, 2) creen profundamente que la vida tiene sentido, 3) pueden improvisar. La resiliencia permite a las personas tomar distancia brevemente, reorganizarse y avanzar. Independientemente del tiempo que se mantenga alejado de las sustancias nocivas, puede haber sorpresas inesperadas. Si bien estas sorpresas pueden generar estrés, no tienen por qué provocar un regreso al consumo si se han desarrollado herramientas útiles para el bienestar emocional. Estrategias para mejorar la resiliencia:
 - Aprender del pasado. No hay fallos, solo retroalimentación.
 - Aceptar que el cambio sucederá.
 - Tener un sistema de apoyo.
 - Enfatizar el autocuidado.
 - Ser agradecida/o.
 - Optimismo. Es una actitud mental que refleja una creencia o esperanza en el resultado de algún comportamiento específico. Es decir, la creencia de que en una condición futura funcionará mejor. Por lo tanto, hay que ligar el optimismo con la salud. Estrategias para mantenerse optimista:
 - Rodearse de gente positiva.
 - Tener expectativas moderadas.
 - Lograr la positividad ayudando a las demás.
 - Cuidarse a uno mismo.

Hay que tener en cuenta que existen obstáculos comunes para la recuperación del consumo de sustancias: falta de motivación, dificultades financieras, falta de honestidad, falta de participación, complacencia, falta de habilidades de comunicación y la falta de compromiso. Por lo tanto, incluir el trabajo de mejora de los cuatro dominios del capital psicológico puede contribuir a mantener la recuperación a largo plazo.

El capital de recuperación dentro de la práctica clínica implica buscar los recursos con los que cuenta la persona con trastornos co-ocurrentes y pueda influir significativamente en las prácticas de prestación de servicios. A continuación, se muestra cómo pueden influir en la atención:



- 1) Apoyar los programas de detección e intervención breve. Cuando las personas todavía cuentan con su capital de recuperación y los trastornos co-ocurrentes se vuelvan graves, complejos y crónicos (Cloud y Granfield, 1994a). Este tipo de programas en ocasiones se consideran herramientas de detección de casos e inducción para el tratamiento de la dependencia del consumo de sustancias, pero su mayor valor es ayudar a las personas a resolver los problemas de consumo de sustancias utilizando sus recursos personales, familiares y comunitarios antes de que sea necesario un tratamiento profesional del sector especializado.
- 2) Involucrar a las personas con bajo capital de recuperación a través de programas intensivos de extensión comunitaria. Se tiene la creencia de que las personas tienen que “tocar fondo”, ya que solo tiene sentido cuando todavía hay capital de recuperación personalmente significativo que perder. Cuando el capital de recuperación se agota, la gente morirá antes de que se alcance ese mítico fondo. El obstáculo para la recuperación en tales condiciones no es el dolor insuficiente, sino la ausencia de esperanza, conexión y potencial de realización. Las personas con un capital de recuperación severamente agotado tienen capacidades indescifrables para el dolor físico y psicológico. Debemos ir a buscar a las personas con una alta gravedad del problema y un capital de recuperación extremadamente bajo en lugar de esperar a que su dolor o las instituciones coercitivas las traigan a nosotros. El punto de inflexión catalizador para aquellos con un capital de recuperación agotado es más probable que sea ver un punto máximo alcanzable en lugar de tocar fondo.
- 3) Evaluar el capital de recuperación de forma continua. Las tecnologías de evaluación tradicionales en el tratamiento están claramente centradas en la severidad de los trastornos mentales y por consumo de sustancias. La creciente evidencia sobre el papel del capital de recuperación en la resolución de problemas de consumo y salud mental requiere un enfoque más basado en las fortalezas para el proceso de evaluación. El hecho de que el capital de recuperación fluctúe tanto a lo largo de las carreras de los trastornos como de recuperación también requiere un proceso de evaluación continuo que pueda identificar cambios sutiles pero cruciales en los activos de recuperación.
- 4) Utilizar los niveles de capital de recuperación para ayudar a determinar las decisiones sobre la ubicación en función del nivel de atención. Los modelos tradicionales de ubicación vinculan la gravedad del problema y la intensidad de la atención. Aquellos con problemas de alta gravedad y complejidad son ubicados en los niveles de atención más restrictivos, por ejemplo, programas para personas pacientes internadas y residenciales, y se les proporciona el curso más largo de atención profesional. Esta fórmula pasa por alto la influencia crucial

en el capital de recuperación. La figura siguiente ilustra cuatro interacciones potenciales entre la severidad del problema y el capital de recuperación (ver Figura 5) (Pars, VanDerNagel, Dijkstra y Schellekens, 2023).

Proporcionar a las personas un tratamiento breve aislado de su entorno natural y luego “graduarlos” en ese mismo entorno sin apoyos sustanciales basados en la comunidad es una preparación para el fracaso. La pregunta es ¿qué recursos deben movilizarse dentro de la persona, el entorno familiar/social y la comunidad para apoyar la recuperación a largo plazo de cada persona? La respuesta no es fácil, cada plan de tratamiento y de recuperación se deberá ajustar a las necesidades y fortalezas de cada persona, con esta comprensión y las intervenciones que eleven el capital de recuperación se apoyará para vincular de manera asertiva a las personas, las familias e instituciones comunitarias ricas en capital de recuperación. Por lo tanto, las implicaciones para los servicios de tratamiento y apoyo orientados a la recuperación son claras. Si el capital de recuperación es un método científico basado en las fortalezas para mapear el crecimiento y el cambio, debe ser lo suficientemente flexible como para crear planes de recuperación basados en las fortalezas que consideren mecanismos específicos para cada persona y, así, maximizar los resultados de la recuperación al trazar el crecimiento y las necesidades de las personas en su proceso de recuperación (Cano et al., 2017).

FIGURA 5. MATRIZ DE CAPITAL DE RECUPERACIÓN / SEVERIDAD DE PROBLEMAS



La combinación única de la severidad del problema de una persona puede alterar las decisiones de ubicación.



- Una persona con una severidad moderada del problema, pero con un alto capital de recuperación que llega a un centro de tratamiento en respuesta a una prueba de detección de sustancias psicoactivas positiva, podría ser bastante apropiada para la evaluación y la intervención breve. Estas personas a menudo terminan con el consumo problemático en su primer intento sin ayuda profesional sin adoptar una identidad personal basada en la adicción/recuperación (Granfield y Cloud, 1996; Cloud y Granfield, 1994b). También se les puede ayudar a menudo a través de instituciones de ayuda no especializadas, instituciones de apoyo culturalmente autóctonas (por ejemplo, movimientos de revitalización cultural) o de grupos de autoayuda de recuperación basados en pares sin enfrentar el costo, la interrupción de la vida o el estigma asociados con el tratamiento de la adicción (Cloud y Granfield, 1994). Esta misma persona con múltiples factores de riesgo (por ejemplo, antecedentes familiares, inicio temprano del consumo, etcétera) podría ser apropiado para programas de detección e intervención breves seguido de controles periódicos de recuperación como un medio para reducir los riesgos de una escalada futura del problema.
- Una persona con una alta gravedad y complejidad del problema, pero con un capital de recuperación excepcionalmente alto, podría ser apropiado para la desintoxicación y el tratamiento ambulatorios a pesar de un nivel de gravedad del problema que, visto de forma aislada, justificaría la atención hospitalaria. La vinculación asertiva con grupos de ayuda mutua para la recuperación junto con entrevistas motivacionales² y controles de recuperación continuos bien podrían servir como una alternativa al tratamiento hospitalario o residencial.
- Una persona con una baja severidad del problema, pero con altos factores de riesgo y un capital de recuperación extremadamente bajo podría tener una mayor necesidad de tratamiento residencial y cuidados de transición que las personas descritas anteriormente, a pesar de que es probable que termine con detección e intervención breve o tratamiento ambulatorio dentro de los sistemas actuales de evaluación y colocación.
- Una persona con una alta severidad del problema y un capital de recuperación extremadamente bajo requiere servicios de alta intensidad, amplio alcance (por ejemplo, extensión, gestión asertiva de casos y entrenamiento de recuperación sostenida) y larga duración (Cloud y Granfield, 2001; Cloud y Granfield, 2004).

2 Es una psicoterapia centrada en el cliente que ayuda a motivar a las personas a cambiar comportamientos poco saludables como el consumo de sustancias.

En cuanto a las expectativas razonables de recuperación en el tiempo (ver figura 6), en las primeras semanas o meses de tratamiento, es probable que la persona alcance cierto nivel de estabilización.

¿Pero hasta qué punto es sostenible? ¿Cuáles serían las expectativas para esta persona participante, basándose en el tiempo que ha pasado en el tratamiento?

Las personas llegan al tratamiento con diferentes niveles de severidad. Algunas han presentado los trastornos mentales durante un corto periodo, mientras que otras tienen un historial crónico de los trastornos que requiere una duración de tratamiento mucho más larga. El tratamiento se realiza por etapas, por lo que durante las primeras semanas y meses tenemos un enfoque diferente. En la etapa inicial de recuperación la persona está en tratamiento y se centra en iniciar la recuperación y mantenerse libre de sustancias o en tomar los medicamentos del tratamiento del tus según lo prescrito. Esta etapa generalmente dura entre un mes a un año. En cuanto al consumo, no esperamos que la abstinencia se produzca de inmediato. Más bien, estamos tomando en cuenta posibles recaídas y nos centramos principalmente en el compromiso con el tratamiento y la motivación para el cambio.

FIGURA 6. EXPECTATIVAS DE RECUPERACIÓN EN EL TIEMPO



Es de esperarse que las personas participantes en esta situación sean ambivalentes con respecto al tratamiento y que no siempre estén en la disposición de aprender cosas nuevas o crean que el tratamiento sea eficaz. El trabajo en los primeros meses es proporcionarles optimismo, esperanza e incentivos para que sigan participando en el tratamiento, así como exponerles a otros mentores que han tenido éxito en el tratamiento. Estas herramientas les permitirán trabajar en las habilidades durante varios meses hasta que desarrollen una motivación interna para el tratamiento.



La abstinencia total es un ejemplo de objetivo a largo plazo. Es algo que las personas participantes pueden o no estar totalmente preparadas para lograr, algo en lo que estamos trabajando debido a la naturaleza y la gravedad del problema. Lo más probable es que no se pueda conseguir en los dos primeros meses. Algunas personas participantes podrán lograr y mantener la abstinencia en los primeros meses. Están fijando una serie de objetivos que son alcanzables.

En la segunda etapa de recuperación intermedia, hay una sensación de estabilidad de vivir libre de las sustancias (incluyendo el estar tomando los medicamentos del tratamiento del TUS). Los cambios en la vida se perciben de forma positiva. Esta etapa generalmente tarda al menos un año en completarse, pero puede durar indefinidamente.

En un estudio se examinó la eficacia de la Evaluación del Capital de Recuperación en un centro de tratamiento residencial para el consumo de sustancias. Se observó una correlación entre la evaluación del capital de recuperación y la abstinencia, lo que indica que a medida que aumenta el capital de recuperación en cada una de sus dimensiones, las personas tienen menos probabilidades de sufrir una recaída (McPherson y Boyne, 2017).

En el primer año de tratamiento, la estabilización inicial de la persona participante es un momento de importancia crítica para asegurarse de que la recuperación sea sostenible y de que se haya producido una estabilización psicosocial. Con esto queremos decir que la persona participante no está involucrada en actividades delictivas, tiene una vivienda estable y/o ha encontrado un trabajo. Nuestras expectativas pueden cambiar con el paso del tiempo. Tendrá gradualmente mejores resultados en las diferentes dimensiones de la recuperación. En esta etapa del tratamiento, se espera que las personas no cometan delitos, que tengan un empleo y que participen en otras actividades prosociales como actividades familiares, asistencia a servicios religiosos y/o cualquier pasatiempo que puedan tener. Es de esperar que la gente se abstenga en ese momento. Esa es también una oportunidad para considerar intervenciones de tratamiento menos intensivas.

Por último la etapa de recuperación posterior o mantenimiento, mientras permanece libre de sustancias, la persona continúa realizando cambios no relacionados con el consumo de sustancias en sus actitudes y en el comportamiento de respuesta. Hay que tener en cuenta que esta etapa no tiene fin.

IV. CONCLUSIONES

Es crucial comprender que la recuperación en salud mental y en el consumo de sustancias psicoactivas van más allá de la mera ausencia de síntomas. Se trata de un proceso continuo de crecimiento personal, autodescubrimiento y empoderamiento.

Por lo tanto, los servicios de salud mental y de consumo de sustancias deben adaptarse a esta realidad y adoptar un enfoque centrado en la persona. Esto implica no solo tratar los síntomas, sino también considerar las metas, valores y preferencias individuales de cada persona usuaria de los servicios.

Un enfoque centrado en la persona, en la recuperación de la salud mental y en el consumo de sustancias también implica la colaboración activa entre la persona profesional de la salud y la persona en tratamiento. Esto significa que las decisiones sobre el plan de tratamiento, las intervenciones a seguir y los objetivos a alcanzar deben ser tomadas en conjunto, teniendo en cuenta las necesidades y deseos específicos de la persona. Esta colaboración fortalece la autonomía de la persona y fomenta un sentido de responsabilidad en su propio proceso de recuperación. Además, un servicio de salud mental y en el consumo de sustancias que aborde sistemáticamente estos aspectos de la recuperación no solo beneficia a la persona en tratamiento, sino que también tiene un impacto positivo en su familia y en la comunidad en general. Al centrarse en las fortalezas y recursos de la persona, se fomenta un entorno de apoyo que contribuye a la reducción del estigma asociado con las enfermedades mentales y promueve una mayor comprensión y empatía hacia quienes las padecen.

Por último, al adoptar un enfoque centrado en la persona, en la recuperación de la salud mental y en el consumo de sustancias, las personas profesionales de la salud pueden mejorar los resultados de la atención médica en términos de eficacia y satisfacción de la persona. Al tener en cuenta la singularidad de cada individuo y personalizar el tratamiento en consecuencia, se aumenta la probabilidad de que la persona se adhiera al plan de tratamiento y experimente una mejoría significativa en su bienestar emocional y psicológico.

V. REFERENCIAS

- Ashford, R. D. et al. (2018). Substance use, recovery, and linguistics: The impact of word choice on explicit and implicit bias. *Drug and Alcohol Dependence*, 189, 131-138.
- Bromet, E. y Moos, R. (1977). Environmental resources and the posttreatment functioning of alcoholic patients. *Journal of Health & Social Behavior*, 18, 326-338.
- Cano, I., Best, D., Edwards, M., y Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modeling the components of recovery wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.002>
- Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., y Harrington, H. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene $\times$ environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 1117-1127.



- Center for Substance Abuse Treatment. (2009). *What are peer recovery support services?* (hhs Publication No. sma 09-4454). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, u.s. Department of Health and Human Services.
- Cloud, W. y Granfield, R. (2001). Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1(1), 83-104.
- Department of Health and Human Services. (2010). *NIDA research report series: Comorbidity* (NIH Publication No. 10-5771). National Institute on Drug Abuse.
- Granfield, R. y Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues*, 26(1), 45-61.
- Granfield, R. y Cloud, W. (1999). *Coming Clean. Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.
- Hall, W., y Degenhardt, L. (2009). Adverse health effects of non-medical cannabis use. *Lancet*, 374(96-98), 1383-1391.
- Humphreys, K., Moos, R. J., y Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 231-238.
- Kaplowitz, S., y Johnston, M. V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237-251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kaskutas, L. A., Bond, J., y Humphreys, K. (2002). Social networks as mediators of the effects of Alcoholics Anonymous. *Addiction*, 97(7), 891-900.
- Kelly, J. F., y Westerhoff, C. M. (2010). Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 202-207.
- Laudet, A., Morgen, K., y White, W. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(102), 33-73.
- Mankowski, E. S., Humphreys, K., y Moos, R. (2001). Individual and contextual predictors of involvement in twelve-step self-help groups following substance abuse treatment. *American Journal of Community Psychology*, 29, 537-563.
- McPherson, C, y Boyne H. (2017). Using the Assessment Recovery Capital at an Addiction Treatment Centre: A Pilot Study to Validate Utility. *arc Journal of Addiction*, 2(2), 2017, 17-23. www.arcjournals.org
- Moos, R.bH. y Moos, B. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol abuse disorders, Drug and alcohol dependence, 86(1), 46-54. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.04.015
- National Association of State Alcohol and Drug Agency Directors. (1998). National dialog on co-occurring mental health and substance abuse disorders. Retrieved January 31, 201. <http://nasadad.org/national-dialogue-co-occurring-mental-health>

- National Institutes on Drug Abuse. (2020). Common Comorbidities with Substance Use Disorders (nida Research Report). Bethesda. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>.
- Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley y Plan Colombo (2017). La prestación de servicio de apoyo a la recuperación: el modelo de recuperación peer. Las experiencias de los/las pares potencian la recuperación. Currículum Universal de Recuperación.
- Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley; Plan Colombo y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015). Trastornos mentales comunes y enfermedades médicas co-ocurrentes. Un enfoque general para profesionales en adicciones. Módulo 3 básico. Currículum Universal de Tratamiento.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Droga y el Delito (2024). Informe mundial sobre las drogas 2024. Publicación de las Naciones Unidas, 2024.
- Pars, E., VanDerNagel, J. E. L., Dijkstra, B. A. G., y Schellekens, A. F. A. (2023). Using the recovery capital model to explore barriers to and facilitators of recovery in individuals with substance use disorder, psychiatric comorbidity, and mild-to-borderline intellectual disability: A case series. *Journal of Clinical Medicine*, 12(18), 5914. <https://doi.org/10.3390/jcm12185914>
- Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., y Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., y Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353-364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health* (hhs Publication No. pep21-07-01-003, nsduh Series H-56). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Mental health findings* (nsduh Series H-39, HHS Publication No. sma 10-4609). u.s. Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *CSAT substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders* (Treatment protocol service No. 42).
- White, W., y Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22-27.
- White, W. (2009). Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Northeast Addiction Technology Transfer Center, and Philadelphia Department of Behavioral Health & Mental Retardation Services.