

HOJA DE RUTA PARA EL TRABAJO DE FORMACION Y ASISTENCIA TECNICA EN LA ADMINISTRACION DE SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS

Una guía para lograr
Servicios Lingüística y
Culturalmente Apropriados
(CLAS por sus siglas
en inglés)



ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health
Services Administration

Publicado en el 2019 por el Grupo de Trabajo de Normas CLAS del Centro de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (ATTC por sus siglas en inglés). Esta publicación se preparó para la Red de Centros de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (ATTC) bajo un acuerdo de cooperación de la Administración de Servicios de Salud Mental y Uso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés). Todo el material que aparece en este documento, con excepción de ese tomado directamente de fuentes con derechos de autor, son parte del dominio público y pueden reproducirse o copiarse sin el permiso de SAMHSA o de los autores. Se les agradece la citación de la fuente. No se debe cobrar ninguna cuota por reproducir o distribuir esta publicación sin autorización específica, por escrito, de la Oficina de Coordinación de la Red de ATTC. Usted acceder esta publicación electrónicamente a través de <https://attcnetwork.org/centers/global-attc/clas-resources>.

En el momento de esta publicación, Elinore F. McCance-Katz, MD, PhD, se desempeñó como Subsecretaria de SAMHSA.

Las opiniones expresadas en este documento son las opiniones de los miembros del Grupo de Trabajo de Normas CLAS del ATTC y no reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés) o SAMHSA. No se pretende ni debe inferirse ningún respaldo oficial o respaldo de DHHS o SAMHSA, para las opiniones descritas en este documento.

SOBRE NOSOTROS

El grupo de trabajo de las Normas CLAS de las red ATTC está conformado por miembros de los diversos centros regionales y nacionales de la red ATTC. El grupo de trabajo se estableció para abordar un esfuerzo coordinado en los Estándares Nacionales para los Servicios Lingüística y Culturalmente Apropriados, a través de la red de ATTC.

AGRADECIMIENTOS

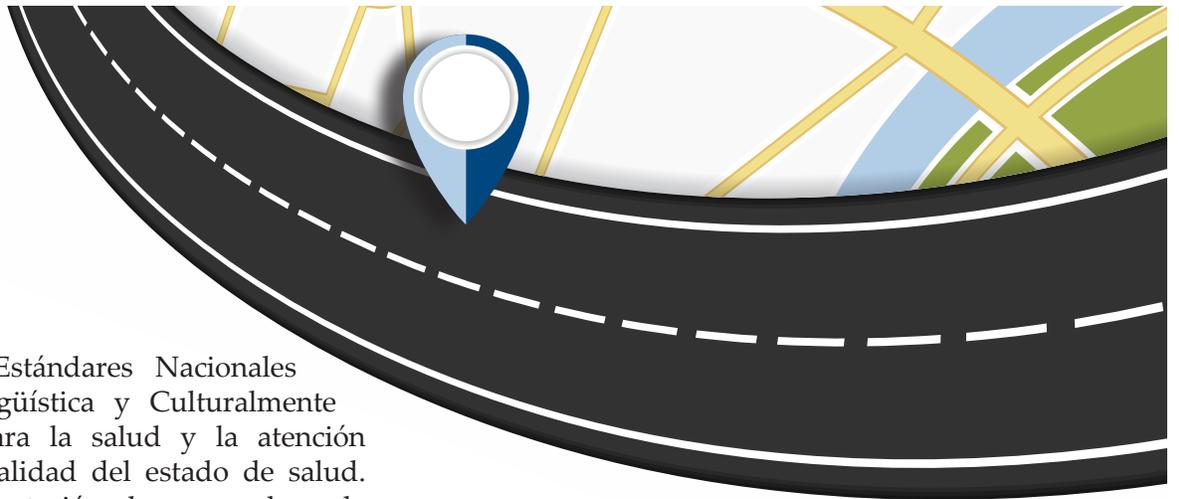
Deseamos hacerles un reconocimiento a los siguientes colaboradores y expresarles nuestro sincero agradecimiento:

- Maridee Shogren, DNP, CM, Profesora Clínica Asociada, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Disciplinas Profesionales, Universidad de Dakota del Norte, y autora colaboradora de este documento.
- Holly Hagle, PhD, Co-Directora de la Oficina de Coordinación de la Red de ATTC y autora colaboradora de este documento.
- MaryCook, LMSW, Investigadora Asociada, Escuela de Trabajo Social Steve Hicks, La Universidad de Texas en Austin, y autora colaboradora de este documento.
- Pierluigi Mancini PhD, Asociación Nacional Latina de Salud Mental y Adicciones. Director del Proyecto, Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Adicción (NHL-ATTC) y Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Prevención (NHL-PTTC) y responsable de la versión en español de este documento.
- Thomasine Heitkamp, LICSW, Profesora, Facultad de Enfermería y Disciplinas Profesionales, Universidad de Dakota del Norte, y Directora de la Región 8 Mountain Plains ATTC, y Autor correspondiente para este documento.

CITACIÓN DE LA FUENTE RECOMENDADA

Grupo de trabajo de las Normas CLAS de la red ATTC. (2019). Hoja de ruta para formación y esfuerzos de asistencia técnica en administración de servicios de uso de sustancias. Grand Forks, Dakota del Norte: Oficina de Coordinación de la Red de ATTC.





INTRODUCCIÓN

El propósito de los Estándares Nacionales para los Servicios Lingüística y Culturalmente Apropriados (CLAS) para la salud y la atención médica es mejorar la calidad del estado de salud. CLAS proporciona la orientación a los proveedores de Servicios Humanos y de Salud (HHS por sus siglas en inglés) en los Estados Unidos (EE. UU.) para ayudar a desarrollar una estrategia que ayude a eliminar las inequidades en la salud, con el objetivo de brindar servicios individualizados a una población diversa. (<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov/clas>)

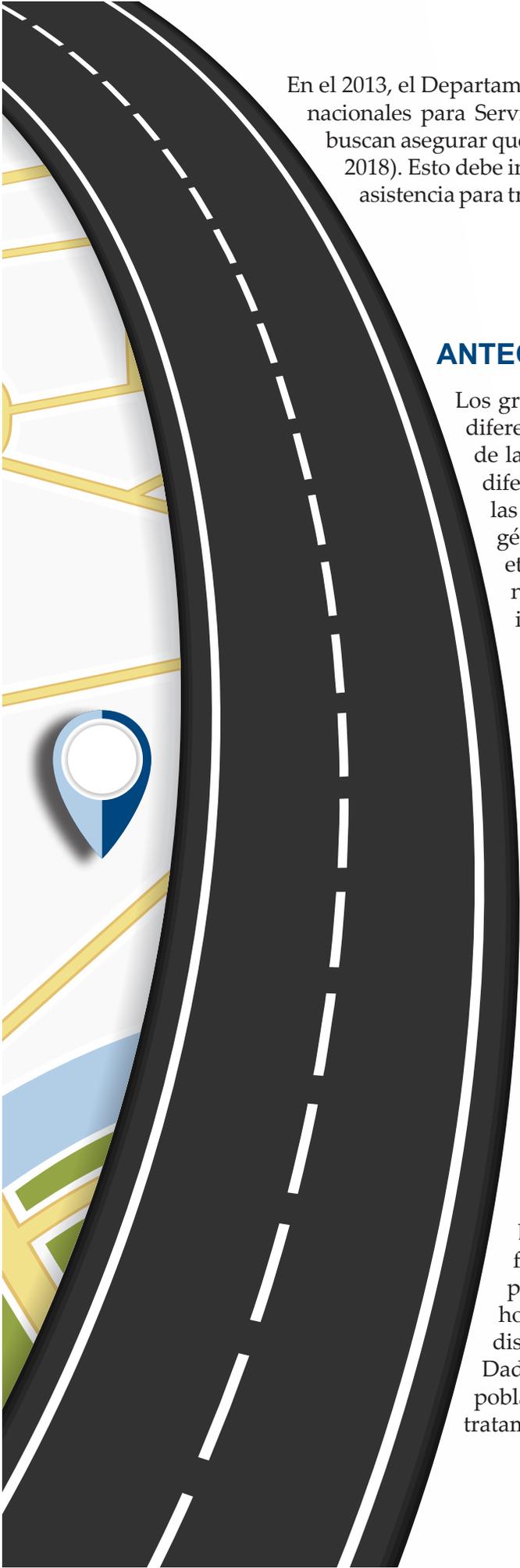
Este informe técnico proporciona una hoja de ruta para los Centros de Transferencia de Tecnología de Adicciones (ATTC por sus siglas en inglés), financiados por la Administración del Servicio de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA por sus siglas en inglés) a través del HHS, para guiar nuestros esfuerzos de capacitación y asistencia técnica. Este documento técnico por lo tanto se utiliza como una guía para reforzar el trabajo de los ATTC.

Adherirse a los estándares CLAS mejora las necesidades de salud y las preferencias de las personas atendidas teniendo en cuenta que las disparidades en salud y atención médica persisten en los Estados Unidos. Los problemas que rodean las disparidades raciales y étnicas de salud son diversos y complejos. Además, se derivan de muchas fuentes tales como las disparidades en los ingresos, la cobertura de servicios por medio de seguro de salud y las tasas de uso de servicios, la edad y la gravedad de las condiciones (Nelson, 2002). Lo más preocupante es que existen disparidades de salud étnicas y raciales incluso cuando el estado del seguro de salud, el ingreso, la edad y la gravedad de las condiciones son comparables (Nelson, 2002). Por ejemplo, un estudio realizado por Jacobson, Robinson y Bluthenthal (2007) encontró que las tasas de finalización del tratamiento de la adicción ambulatoria eran significativamente entre los Afroamericanos en comparación con los Blancos. Atribuyeron estas tasas de finalización de tratamiento de pacientes ambulatorios más bajas a los indicadores económicos tales como el empleo, la falta de vivienda y la cobertura de Medicaid (específicamente los beneficios de Medi-Cal) (Jacobson, et al., 2007).

En la actualidad, el sistema de atención de salud de los Estados Unidos todavía no ha alcanzado la equidad en la salud y en la atención médica, incluida la prevención, el tratamiento y la recuperación de los trastornos por uso de sustancias. Las disparidades no solo ocurren dentro de diferentes razas y etnias, sino que se pueden ver a través del estado socioeconómico, edad, ubicación, género, estado de discapacidad y orientación sexual (Orgera y Artiga, 2018). Según Artiga, Foutz, Cornachione y Garfield (2016), más del 41% de las personas que no han alcanzado la tercera edad y que viven actualmente en los EE. UU. son personas de color que enfrentan disparidades significativas en el acceso y la utilización de la atención médica. Como resultado, tienen más probabilidades de retrasar o renunciar a la atención necesaria. Se ha proyectado que las personas de color representarán más del 50% de la población de EE. UU. en el año 2050 (Orgera y Artiga, 2018).

Las disparidades de salud étnicas y raciales continúan ocurriendo a lo largo de la vida y pueden afectar la calidad de la atención médica para la población en general a lo largo del tiempo. Esto ya ha resultado en un estimado de \$ 93 mil millones de dólares en costos médicos innecesarios y “\$ 42 mil millones de dólares en pérdida de productividad por año, así como pérdidas económicas debido a una muerte prematura” (Orgera y Artiga, 2018). Además, la baja representación de las minorías raciales y étnicas en el campo de salud complica estas disparidades (Nelson, 2002).

Los cambios demográficos anticipados en la población de los EE. UU. durante las próximas décadas magnifican la importancia de abordar las disparidades raciales y étnicas en la salud (Betancourt, Green, Carrillo y Owusu Ananeh-Firempong, 2016).



En el 2013, el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualizó los estándares nacionales para Servicios Lingüística y Culturalmente Apropriados (CLAS) que buscan asegurar que las personas reciban la atención adecuada (Orgera y Artiga, 2018). Esto debe incluir atención de calidad para aquellas personas que buscan asistencia para trastornos por uso de sustancias (SUD por sus siglas en inglés).

ANTECEDENTES

Los grupos minoritarios, en este documento, se definen como las diferencias entre individuos, particularmente aquellos dentro de la misma unidad social. Esto incluye la inclusión objetiva de diferentes identidades individuales según lo determinado por las características superficiales o externas (por ejemplo, raza, género, o edad) o características internas (por ejemplo, cultura, etnia, orientación sexual, creencias religiosas o políticas, o nivel de educación). La percepción de la diversidad también incluye la aceptación social, como lo demuestra la conducta igualitaria (p. Ej., La toma de decisiones compartida), reconocida tanto por la mayoría como por la minoría dentro de la unidad y la inclusión de diferentes perspectivas y procesos de pensamiento en todos los procedimientos (Jones, y Dovidio , 2018; Jhutti-Johal, 2013; Roberge, y Van Dick, 2010). Es prudente incluir poblaciones “difíciles de alcanzar” en esta definición en un esfuerzo por ampliar nuestra definición de poblaciones diversas y vulnerables.

Los problemas de uso de sustancias y los trastornos de uso de sustancias afectan a todas las poblaciones, sin embargo, puede haber un impacto desproporcionado en las poblaciones minoritarias y en la salud de las minorías. Los Indígenas Americanos y los Nativos de Alaska son más propensos a reportar el abuso de alcohol o drogas ilícitas que los Blancos (Artiga, Foutz, Cornachione y Garfield, 2016). Se pueden encontrar problemas de alcohol más severos entre los Latinos, y se pueden encontrar tasas más altas de lesiones atribuibles al alcohol entre los Indígenas Americanos. Además, las tasas de lesiones y mortalidad atribuibles al alcohol ocurren entre los Afroamericanos y los Latinos (Acevedo et al, 2018; Manuel et al., 2015). En los grupos de minorías sexuales, las disparidades fueron más pronunciadas en la edad adulta joven para las personas gay / lesbianas y en la edad adulta media para los hombres bisexuales, pero las mujeres bisexuales experimentan disparidades únicas en todas las edades (Schuler et al, 2018). Dado el impacto negativo desproporcionado de los SUD en las poblaciones de minorías raciales y étnicas, es fundamental que el tratamiento de los SUD sea equitativo (Acevedo et al., 2018).

Las recomendaciones para lograr la salud y la equidad en la atención de salud para diversas poblaciones incluyen: (1) un mayor esfuerzo para reconocer los estereotipos y los prejuicios no conscientes entre los profesionales de la salud hacia diversas poblaciones, (2) un mayor acceso a la atención médica, (3) el uso de herramientas de evaluación adecuadas en cultura y lenguaje que se ofrezcan con asistencia lingüística si es necesario, (4) un cambio efectivo de políticas, (5) una fuerza laboral diversa, (6) un mejoramiento en los esfuerzos para realizar investigaciones con poblaciones diversas, y (7) un aumento en la colaboración interprofesional para abordar los SUD.

RECOMENDACIONES

1 Aumentar la conciencia y el reconocimiento de los estereotipos y los prejuicios no conscientes hacia las disparidades raciales y étnicas en la atención médica.

Los estereotipos y los prejuicios están vinculados a factores predictores socioeconómicos y procesos psicológicos. Con el tiempo, estos estereotipos y prejuicios pueden volverse invisibles para los proveedores de atención médica, pero, sin embargo, pueden transmitirse a través de conductas no verbales, errores de dicción y conductas de rechazo. Estas acciones pueden tener un gran impacto en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes minoritarios. Por lo tanto, los proveedores de atención médica deben participar en una capacitación

continua sobre competencia cultural que incluya instrucción en la psicología social de los estereotipos y los prejuicios (Stone & Moskowitz, 2011).

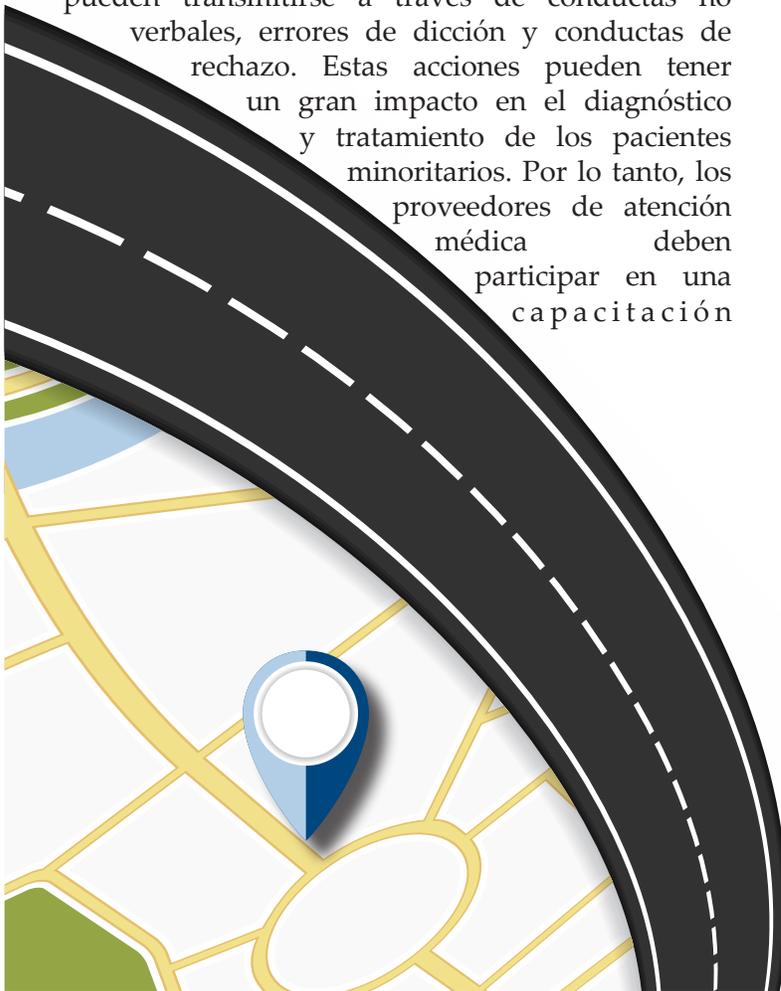
2 Darle la importancia debida al acceso de la atención.

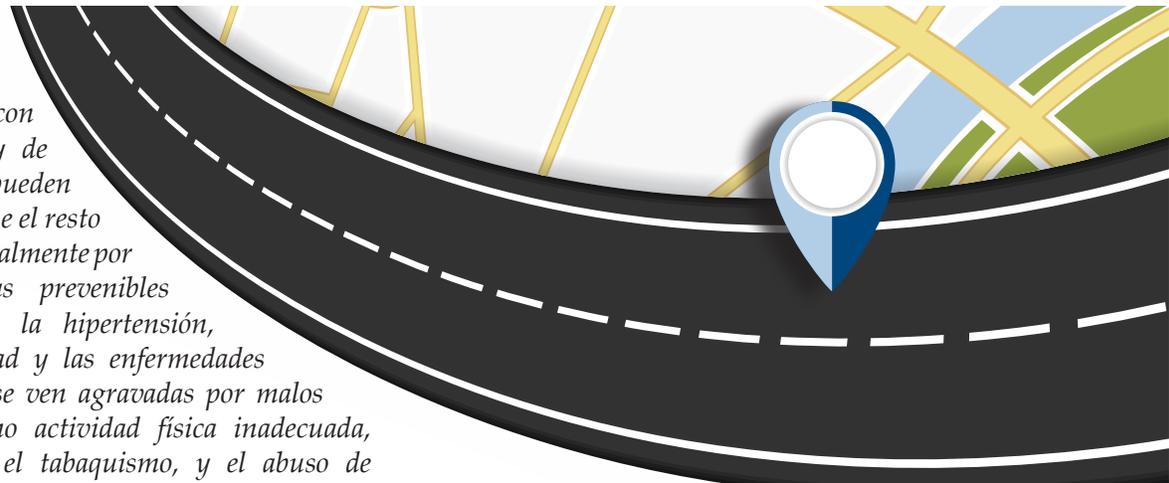
El acceso completo a la atención incluye el acceso a los servicios de tratamiento, recuperación y prevención. El tratamiento oportuno de SUD debe estar disponible para todos los grupos raciales / étnicos. Existen diferencias dentro de las comunidades geográficas y las características de la comunidad, como la composición racial y étnica, el estatus socioeconómico, la economía y la distancia a centros de tratamiento pueden influir en la habilidad de recibir los servicios de tratamiento de SUD (Acevedo et al., 2018).

Todavía existen barreras significativas en el tratamiento de SUD y la investigación en curso continúa para identificar nuevas áreas problemáticas. Los profesionales que trabajan con el tratamiento de SUD notan una falta general de opciones de servicios de tratamiento, una falta de recursos tecnológicos, como herramientas de apoyo tecnológico, que podrían ser fundamentales para llegar a las comunidades rurales y marginadas y una falta de servicios de apoyo para la recuperación, como sistemas de vivienda para personas en recuperación. Se necesita liderazgo y colaboración para romper las barreras en el campo de SUD y los profesionales continúan requiriendo una capacitación adicional y una educación e instrucción en el uso de prácticas basadas en evidencia (Ashford, Brown & Curtis, 2018).

Los proveedores deben considerar que las experiencias previas de los pacientes al acceder a los servicios de atención, o la incapacidad de acceder a esos servicios, pueden afectar las expectativas de acceso a la atención. Las barreras adicionales, como la localidad física del centro de servicio, las horas y la flexibilidad de los servicios prestados, la seguridad del área de servicio, la falta de confianza de los proveedores de servicios y la falta de respeto demostrada anteriormente por parte de una organización de servicios, pueden inhibir la participación en los servicios necesarios (Flanagan & Hancock, 2010).

El acceso total a la atención también debe considerarse dentro del contexto de la atención integrada. De acuerdo con el Centro para Soluciones Integradas de Salud de SAMHSA-HRSA:





Las personas con trastornos mentales y de abuso de sustancias pueden morir décadas antes que el resto de la población, principalmente por enfermedades crónicas prevenibles y no tratadas como la hipertensión, la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares que se ven agravadas por malos hábitos de salud como actividad física inadecuada, la mala nutrición y el tabaquismo, y el abuso de sustancias. Las barreras para recibir atención primaria, junto con los desafíos en la navegación por sistemas de salud complejos, han sido un obstáculo importante. La solución está en la atención integrada, la coordinación sistemática de la atención médica general y de salud mental y de adicciones. La integración de la salud mental, el abuso de sustancias y los servicios de atención primaria produce los mejores resultados y demuestra el enfoque más eficaz para atender a las personas con múltiples necesidades de atención médica. (SAMHSA-HRSA, n.d.)

con Latinos y poblaciones de Indígenas Americanos, por lo que se necesita más investigación en esta área. El retener las culturas tradicionales y religiosas puede fortalecer a los pacientes y puede reducir los resultados negativos, por lo que se deben tener en cuenta las experiencias vividas por las minorías. Además, “MI debe considerar las experiencias vividas de las minorías y los entornos en los que residen” (Oh & Lee, 2016).

3 Recomendar el desarrollo de herramientas de evaluación culturalmente sensitivos.

a. Adaptación de las herramientas de detección: la clave para una identificación precisa de los problemas causados por el uso de sustancias en poblaciones diversas es el uso de herramientas de detección adecuadas. Por ejemplo, la herramienta de detección AUDIT a menudo se recomienda como una medida de detección en la atención primaria y se ha examinado para su uso en varios grupos raciales y étnicos. Otras medidas de detección de problemas de alcohol y drogas están disponibles para su uso en diversas poblaciones e incluyen el AUDIT-C, el ASSIST, el CAGE, el DAST-10, el instrumento de una sola pregunta de NIAAA y el instrumento de una sola pregunta de NIDA. Además de la usar la herramienta de detección adecuada, se deben considerar las adaptaciones culturales para una intervención breve y se necesita más investigación en esta área (Manual et al., 2015).

b. Uso de la Entrevistas Motivacional adaptada culturalmente (MI por sus siglas en inglés): la necesidad de adaptaciones culturales en el tratamiento de la adicción está creciendo y puede ayudar a satisfacer las necesidades de poblaciones diversas (Oh y Lee, 2016). La mayor parte del trabajo en el instrumento MI, el cual ha sido culturalmente adaptado, se ha llevado a cabo

4 Cambio de política

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), por medio de su Oficina de Salud de las Minorías y dentro de las seis agencias de HHS, incluyendo los Centros ATTC financiados por SAMHSA, han llevado a cabo programas y políticas desarrolladas para reducir las disparidades en la salud y la atención médica para poblaciones minoritarias. Estas actividades han incluido:

- El liderazgo y la coordinación a nivel nacional de los planes de acción de disparidades en salud.
- La investigación participativa a nivel comunitario.
- El acceso a la atención médica de calidad para poblaciones minoritarias y desatendidas.
- La difusión de becas comunitarias.
- Aumento en la diversidad y la competencia cultural de la fuerza laboral de salud y de servicios humanos.
- La integración de la investigación y el establecimiento de redes que conectan a las instituciones financiadas, a los investigadores y a la comunidad.
- El mejorar la participación de las minorías raciales y étnicas en los estudios de investigación de enfermedades crónicas.

- El fortalecimiento del liderazgo estatal y programas de apoyo para mejorar la salud y la atención médica para las poblaciones vulnerables a lo largo de la vida.
- El expandir programas basados en diferentes idiomas.
- El mejorar la recopilación de datos y la presentación de informes sobre las disparidades de salud a nivel nacional y estatal.
- El aumentar el acceso y la implementación de la tecnología de información al campo de salud
- El mejorar la alfabetización en salud.
- El brindar asistencia técnica y capacitación profesional a poblaciones subrepresentadas
- El crear capacidad para abordar las brechas en los servicios
- La implementación de las Normas CLAS.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), Oficina de Salud de las Minorías (2018).

5 Fuerza laboral diversa

La baja representación de las minorías raciales y étnicas en las profesiones de salud complican estas disparidades raciales y étnicas (Nelson, 2002). Los cambios demográficos en la población de los EE. UU. durante las próximas décadas magnifican la importancia de abordar las disparidades de salud raciales y étnicas (Betancourt, Green, Carrillo y Owusu Ananeh-Firempong, 2016).

De acuerdo con Cohen, Gabriel y Terrell (2002), el aumentar la diversidad racial y étnica de la fuerza laboral de la atención de salud es esencial para la provisión adecuada de atención culturalmente informada y apropiada, especialmente a la luz de los cambios de la población en las florecientes comunidades minoritarias de nuestra nación. De hecho, una fuerza laboral diversa de atención de la salud ayudará a ampliar el acceso a la atención de la salud para los desatendidos, y nos permite abordar las disparidades y las inequidades que prevalecen en las comunidades minoritarias. La nación debe luchar agresivamente por la reforma de nuestro sistema educativo, especialmente en lo que se refiere a la educación preuniversitaria (Cohen, Gabriel y Terrell, 2002). De hecho, corresponde al liderazgo educativo existente facilitar el reclutamiento, la admisión y

la retención de estudiantes de minorías en el flujo educativo de salud y salud mental (Tienda, 2001).

6 Mejorar los esfuerzos para realizar investigaciones con poblaciones diversas.

Se necesita investigación continua para comprender mejor como las poblaciones diversas experimentan el uso de sustancias y los trastornos por el uso de sustancias. Los investigadores deben formar equipos de investigación diversos y cohesivos que conozcan las necesidades específicas de la población que se estudia. Los objetivos y métodos de investigación actuales pueden no ser congruentes con las prioridades o realidades de la población que se estudia ya que la misma puede sentir mucho temor a la explotación. Los investigadores deben construir una asociación comunitaria que sea sostenible y fomente el beneficio mutuo, el respeto, la confianza; promover el reclutamiento exitoso, la participación activa y la retención de los participantes; debiendo incluir a esos miembros que entienden las necesidades de la comunidad y las tradiciones de la población. Lograr la comprensión de las creencias, los conocimientos, las prácticas y el contexto social de la población estudiada es imperativo (Lindenberg, Solorzano, Vilaro & Westbrook, 2001).

Covey, (como se cita en Lindenberg et al, 2001) identifica tres ingredientes indispensables para las relaciones interpersonales efectivas importantes para la creación de asociaciones con la comunidad:

- a. Piense en “ganar ganar”, o beneficio mutuo. ¿Cuáles son las necesidades especiales y a veces percibidas diferentemente por los individuos, las familias, la comunidad y las instituciones?



- b. “Escuche primero para entender, luego para que ser entendido”. Tome el tiempo para escuchar y aprender lo que es más importante en la mente de los individuos, las familias y los grupos comunitarios. ¿Cuáles son sus valores y creencias? ¿Cuáles son sus preocupaciones? ¿Cómo están lidiando con sus preocupaciones? ¿Cuáles son sus recursos, habilidades y motivaciones?
- c. “Sinergia”. Trabajen juntos como un equipo, celebren las diferencias y utilicen talentos y habilidades complementarias. (p. 134)

7 Aumentar los esfuerzos para lograr la colaboración interprofesional en la prevención, tratamiento y recuperación de los SUD

Se debe alentar a los proveedores de atención médica a aplicar las competencias principales de la Grupo Colaborativo de Educación Interprofesional (IPEC por sus siglas en inglés) para trabajar en el campo de los trastornos por uso de sustancias. Un enfoque de equipo mejorado para la atención de pacientes con SUD puede producir una atención de alta calidad, accesible y centrada en el paciente que mejorará los resultados de salud de la población. Las competencias del IPEC proporcionan un marco habilitador para que los proveedores de atención y los profesionales de múltiples disciplinas puedan colaborar de manera más efectiva y creativa (IPEC, 2016).

Las competencias del IPEC alientan a las profesiones a desarrollar y mantener un clima de respeto mutuo y valores compartidos entre las disciplinas; a crear conciencia y aceptación de los diversos roles y responsabilidades dentro de múltiples profesiones y abrazar esas diferencias para abordar adecuadamente las necesidades de atención médica de las diversas poblaciones; a comunicarse de manera responsiva y responsable que respalde un enfoque de equipo para atender a las personas con SUD; y aplicar dinámicas de equipo para planificar, entregar y evaluar programas y políticas de atención centrada en la población y de salud de la misma que sean seguros, oportunos, eficientes y equitativos (IPEC, 2016).

A medida que los colegas interprofesionales crecen en sus esfuerzos de colaboración para mejorar el tratamiento, la prevención y la recuperación de los pacientes con SUD, comenzarán a alcanzar la transdisciplinariedad en el campo. La adicción es un problema complejo. No puede definirse ni entenderse desde ninguna perspectiva. El logro de la transdisciplinariedad en el área de los SUD borrarán los límites entre las disciplinas, creará nuevos marcos conceptuales y teóricos y nuevos enfoques metodológicos que desencadenarán una comprensión más profunda de los SUD. Este llamado a la acción interprofesional nos pide que desafíemos las ideas antiguas y generemos nuevas preguntas y soluciones para aumentar la defensa, el cambio de políticas, las oportunidades de financiamiento, la investigación y la práctica basada en la evidencia en los trastornos por uso de sustancias.



REFERENCIAS

- Acevedo, A., Panas, L., Garnick, D., Acevedo-Garcia, D., Miles, J., Ritter, G. & Campbell, K. (2018). *Disparities in the treatment of substance use disorders: Does where you live matter?* Journal of Behavioral Health Services & Research, 1-17. doi: 10.1007/s11414-018-9586-y
- Artiga, S., Foutz, J., Cornachione, E. & Garfield, R. (2016). *Key facts on health and health care by race and ethnicity*. Henry J. Kaiser Family Foundation: Disparities policy. Retrieved from <https://www.kff.org/disparities-policy/report/key-facts-on-health-and-health-care-by-race-and-ethnicity/>
- Ashford, R., Brown, A. & Curtis, B. (2018). *Systemic barriers in substance use disorder treatment: A prospective qualitative study of professionals in the field*. Drug and Alcohol Dependence, 189, 62-69.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016). *Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care*. Public health reports.
- Cohen, J. J., Gabriel, B. A., & Terrell, C. (2002). *The case for diversity in the health care workforce*. Health affairs, 21(5), 90-102.
- Flanagan, S. & Hancock, B. (2010). *"Reaching the hard to reach"- Lessons learned from the VCS (voluntary and community sector). A qualitative study*. BMC Health Services Research, 10(92), 1-9.
- Interprofessional Education Collaborative. (2016). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Jacobson, J. O., Robinson, P. L., & Bluthenthal, R. N. (2007). *Racial disparities in completion rates from publicly funded alcohol treatment: economic resources explain more than demographics and addiction severity*. Health Services Research, 42(2), 773-794.
- Jhutti-Johal, J. (2013) *Understanding and coping with diversity in healthcare*. Health Care Analysis, 21, 259-270. doi: 10.1007/s10728-013-0249-0
- Jones, J. M., & Dovidio, J. F. (2018). *Change, Challenge, and Prospects for a Diversity Paradigm in Social Psychology*. Social Issues and Policy Review, 12(1), 7-56.
- Lindenberg, C.S., Solorzano, R.M., & Vilaro, F.M. (2001). *Challenges and Strategies for Conducting Intervention Research with Culturally Diverse Populations*. Journal of Transcultural Nursing, <https://doi.org/10.1177/104365960101200207>
- Manuel, J., Satre, D.D., & Tsoh, J. (2015). *Adapting Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Alcohol and Drugs to Culturally Diverse Clinical Populations*. Journal of Addiction Medicine, 9(5), 343-351.
- Nelson, A. (2002). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Journal of the National Medical Association, 94(8), 666.
- Oh, H., & Lee, C. (2016). *Culture and motivational interviewing*. Patient Education and Counseling, 99(11), 1914-1919.
- Orgera, K. & Artiga, S. (2018). *Disparities in health and health care: Five key questions and answers*. Retrieved from <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-five-key-questions-and-answers/>
- Roberge, M. É., & Van Dick, R. (2010). *Recognizing the benefits of diversity: When and how does diversity increase group performance?* Human resource management review, 20(4), 295-308.
- SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions (n.d.). *What is integrated care?* Retrieved from <https://www.integration.samhsa.gov/resource/what-is-integrated-care>
- Schuler, M., Rice, C., Evans-Polce, R. & Collins, R. (2018). *Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity*. Drug and Alcohol Dependence, 189, 139-146. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.05.008
- Stone, J. & Moskowitz, G. (2011). *Non-conscious bias in medical decision making: What can be done to reduce it?* Medical Education, 54, 768-776. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04026.x
- Tienda, M. (2001). *College admission policies and the educational pipeline: Implications for medical and health professions. The right thing to do, the smart thing to do: Enhancing diversity in the health professions*, 117-142.
- U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of Minority Health (2018). *Report to Congress on Minority Health*. Retrieved from <https://www.minorityhealth.hhs.gov/omh/content.aspx?id=10135&lvl=1&lvlid=2>