

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y SU RELACIÓN
CON COMORBILIDADES, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN
PACIENTES CON TRASTORNO POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS.**

Tesis Doctoral presentada por:

Pedro Guillermo Serrano Pérez

Para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría

Directores:

Dra. Lara Grau López

Dra. en Psiquiatría por la Universitat Autònoma de Barcelona
Coordinadora de la Sección de Adicciones y Patología Dual del Hospital Universitario
Vall Hebron

Dr. Josep Antoni Ramos Quiroga

Dr. en Psiquiatría por la Universitat Autònoma de Barcelona
Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitari Vall d'Hebron

Dra. Constanza Daigre Blanco

Dra. en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona
Sección de Adicciones y Patología Dual del Hospital Universitario Vall Hebron

Tutor:

Josep Antoni Ramos Quiroga

Programa de doctorado en Psiquiatría.
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, UAB.
Barcelona



El Dr. Josep Antoni Ramos Quiroga, Lara Grau López y Constanza Daigre Blanco como directores de la tesis

Certifican

Que Pedro Guillermo Serrano Pérez ha realizado el trabajo de investigación correspondiente a la tesis doctoral titulada **“Atención Centrada en el paciente y su relación con comorbilidades, evolución y pronóstico en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias”** la cual se ha desarrollado en el Departamento de Psiquiatría de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Y para que así conste y a los efectos oportunos, firman el certificado en Barcelona a

XXDIAXX de XXMESXXX de 2024

Firmado:

Doctorando: Pedro Guillermo Serrano Pérez

Dr. Josep Antoni Ramos

Dra. Lara Grau

Dra. Constanza Daigre

Dedicatoria:

A Guiller.

Agradecimiento:

A lo largo del viaje que ha supuesto la realización de este proyecto de tesis han sido numerosas las personas que de un modo u otro han colaborado para permitirme alcanzar el objetivo propuesto. En primer lugar, agradecer a mi familia, especialmente a Icíá que me ha acompañado en cada una de las etapas del proceso y ha servido de sostén en momentos de agotamiento o incertidumbre. Gracias por confiar, hacérmelo sentir y estar siempre ahí independientemente del momento o circunstancias que hayan acontecido. A mis padres que sembraron la idea y cultivaron la ambición para llevar a cabo el proyecto. Por acompañarme, orientarme y colaborar en lo que he necesitado siempre. A mis directores de tesis Constanza, Toni y Lara por haberme proporcionado las herramientas, la supervisión y los medios para desarrollarlo. Siempre accesibles y dispuestos a ayudar. Mención especial para Amado. No podré agradecerte como mereces toda la ayuda que me has prestado desde el principio hasta el final, en todos los aspectos del trabajo, los análisis, los artículos y el trabajo en general. Sin tu dedicación y trabajo no estaría escribiendo esto ahora. A Felipe por tu colaboración cada vez que te necesité, siempre sumando y siempre bien. Eres un gran compañero y me alegro mucho de haber trabajado contigo. A mis compañeros Elena, Nieves, Germán, Marta S, Marta P y Gloria la colaboración y ayuda en el proceso. A las administrativas del CAS Cris, Montse y Encarna por la paciencia y flexibilidad. Siempre dispuestas a facilitar el trabajo en lo que necesitara. A Enfermería y Trabajo social. Gracias por toda la ayuda y el apoyo brindado. A todos, sois parte también de este proyecto. A todos los pacientes que dieron su consentimiento para poder realizar el estudio y al Hospital Vall d'Hebron por promover y facilitar que la investigación avance. Espero que los resultados obtenidos en esta tesis ayuden a mejorar la forma de acercarnos a ellos y mejorar sus condiciones.

ÍNDICE

PRÓLOGO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.1 Definición de sustancia psicoactiva

1.2 Epidemiología de los Trastornos por Consumo de Sustancias

1.3 Etiopatogenia del Trastorno por Consumo de Sustancias

1.4 Criterios diagnósticos del Trastorno por Consumo de Sustancias

1.5 Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias

1.6 Evolución

2. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

2.1 Atención Centrada en el Paciente y Trastorno por Consumo de Sustancias

2.2 Toma de Decisiones Compartida

2.3 Facilitadores de la Toma de Decisiones Compartida

2.4 Barreras a la Toma de Decisiones Compartida

2.5 Toma de Decisiones Compartida en Psiquiatría

2.6 Toma de Decisiones Compartida en Trastorno por Consumo de Sustancias y patología dual.

2.7 Preferencias de los pacientes sobre los tratamientos

2.8 Activación

JUSTIFICACIÓN

HIPOTESIS

OBJETIVOS

MÉTODO

1. Configuración

2. Proceso de selección y evaluación

3. Evaluación del seguimiento

3.1 Variables

- Escala de Preferencia de Control – Control Preferences Scale (CPS)
- Cuestionario de Toma de Decisiones Compartida – Shared Decisions Making Questionnaire 9 items (SDM-Q-9)
- Medida de Activación del Paciente, versión salud mental – Patient Activation Measure (PAM-MH)
- Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman
- Cuestionario de salud SF-36
- Índice de Gravedad de la Adicción (ASI)

3.2 Variables dependientes

- Vinculación al tratamiento
- Cumplimiento farmacológico

- Consumo de sustancias

3.3 Análisis estadísticos

RESULTADOS

DISCUSIÓN

LIMITACIONES

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

ANEXO

ARTÍCULOS

PRÓLOGO

El presente trabajo de tesis se presenta para obtener el grado de Doctor en Psiquiatría por la Universitat Autònoma de Barcelona. Es el resultado del trabajo realizado entre los años 2018 y 2023 como Psiquiatra adjunto en la Sección de Adicciones y Patología Dual del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall d'Hebron. Se estructura bajo las directrices y normativas para tesis doctorales aprobada por el Consejo del Departament de Psiquiatria i Medicina Legal de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Este trabajo de tesis se presenta como monografía, si bien el trabajo puede ser dividido en dos partes que han sido enviadas a revistas indexadas y con alto factor de impacto.

En el Anexo, se adjuntan los dos artículos enviados. El primero en fase de revisión en el momento de editar este documento y el segundo ya publicado:

- Serrano-Pérez, P., Rivero-Santana, A., Daigre-Blanco, C., Palma-Álvarez, R. F., Nistal-Franco, I., Antoni Ramos-Quiroga, J., & Grau-López, L. (2023). Shared decision making in patients with substance use disorders: A one-year follow-up study. *Psychiatry research*, 329, 115540. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115540>

- Serrano-Pérez, P., Rivero-Santana, A., Daigre-Blanco, C., Palma-Álvarez, R. F., Nistal-Franco, I., Antoni Ramos-Quiroga, J., & Grau-López, L. Correlates of control preferences, participation in decision-making and activation in patients with Substance Use Disorder

RESUMEN

Los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) son afecciones de salud complejas, multifactoriales y crónicas en las que la conciencia del paciente sobre su enfermedad, la motivación y el grado en que se eliminan las barreras al tratamiento juegan un papel relevante. Uno de los principales objetivos sigue siendo la vinculación y retención del paciente al tratamiento. Varios estudios han demostrado que una mayor vinculación se relaciona con mejores resultados de salud, además de permitir alcanzar objetivos terapéuticos. La alta tasa de abandonos en pacientes con TCS genera la necesidad de seguir estudiando y mejorar este aspecto del tratamiento. Para ello, se han realizado esfuerzos para identificar barreras y facilitadores para mejorar el acceso, ofreciendo recursos sanitarios y opciones de tratamiento de diferente complejidad organizacional (hospitalizaciones, centros de atención ambulatoria, hospitales de día y comunidades terapéuticas). Algunos autores han sostenido que una Atención más focalizada o Centrada en el Paciente (APC), definida como una atención más coherente con los valores, necesidades y deseos del paciente y llevada a cabo involucrando a los pacientes en las discusiones y decisiones sobre su salud, podría ayudar a lograr esta meta. Una de las principales herramientas para llevar a cabo la PCC es la toma de decisiones compartida (TDC); un proceso comunicativo bilateral en el que el proveedor de atención médica y el paciente intentan llegar a un acuerdo sobre el tratamiento, basado en la evidencia científica disponible sobre los posibles beneficios y riesgos de las diferentes opciones de tratamiento, considerando también cómo estas posibles consecuencias son valoradas por el paciente. La TDC, por lo tanto, pretende incluir las preferencias del paciente en el proceso de toma de decisiones, y es especialmente relevante en el manejo de enfermedades crónicas y decisiones médicas "sensibles a las preferencias" cuando diferentes opciones de tratamiento ofrecen un equilibrio similar entre riesgos y beneficios.

Estudios previos indican que un mayor grado de implicación en el tratamiento de las adicciones se asocia con una mayor satisfacción con el tratamiento y una reducción de la gravedad del TCS y de las patologías psiquiátricas comórbidas. La TDC también se ha relacionado con mejores resultados en el tratamiento de pacientes con TCS, mejorando el autocontrol y reduciendo el uso de sustancias. Sin embargo, no está claro cómo y en qué medida los pacientes quieren participar en este proceso terapéutico. Algunos estudios indican que los pacientes prefieren obtener más información que responsabilidad a la hora

de decidir. Además, en ocasiones, los objetivos terapéuticos del paciente pueden no coincidir con los ofrecidos por el profesional.

Por lo anterior, el objetivo de la presente tesis es profundizar en el conocimiento de la Atención Centrada en el Paciente en el TCS. Para ello nos centraremos en aspectos relacionados con ésta como son la TDC, las preferencias de participación durante el proceso clínico y el grado de activación de los pacientes. Se analizará la correlación y mutua interacción entre las variables y las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con trastorno por consumo de sustancias y cómo éstas se relacionan con la evolución, vinculación al tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

La primera parte de la tesis se centra en evaluar las diferencias existentes en las preferencias y percepción de participación en la toma de decisiones así como el grado de activación y su relación con el tipo de sustancia consumida, diferencias sociodemográficas, comorbilidad psiquiátrica y tiempo de vinculación al tratamiento mediante un análisis transversal de los correlatos. Se concluyó la mayoría de los pacientes con TCS quieren participar en su tratamiento y aquellos con perfiles clínicos más leves prefieren un papel activo. Los pacientes que prefieren o perciben un rol compartido o pasivo no mostraron diferencias relevantes.

La segunda parte del estudio es un estudio de cohortes que se centra en evaluar las preferencias sobre la participación en la toma de decisiones, el grado de TDC percibido y de activación de los pacientes; y cómo estos factores influyen en la vinculación al tratamiento, el cumplimiento farmacológico y el consumo de sustancias durante un año de seguimiento en un centro ambulatorio. No se encontraron asociaciones significativas entre las variables decisionales ni el grado de activación con los resultados evaluados. La mayoría de los pacientes con TCS preferían y percibían estar involucrados en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento. Aquellos pacientes que percibían una mayor implicación de la deseada podrían experimentar un exceso de responsabilidad que podría influir negativamente en la continuación del tratamiento y en el consumo de sustancias.

Se puede concluir que los pacientes con consumo de sustancias desean participar en su proceso terapéutico, aunque la mayoría compartiendo la responsabilidad con el profesional. Es importante saber de qué forma y en qué grado desean participar ya que las características de los pacientes se relacionan con diferencias en relacion a sus preferencias de participación llegando incluso a asociarse con peores resultados si las preferencias no coinciden con la realidad.



INTRODUCCIÓN

1. TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

1.1 Definición de sustancia psicoactiva, droga y trastorno por consumo de sustancias

Se define como sustancia psicoactiva aquella sustancia que afecta al funcionamiento del sistema nervioso central (SNC) pudiendo alterar el estado anímico, la percepción, la cognición, el comportamiento y la conciencia de quien la consume (1–3). Pueden ser de origen natural o sintético y se diferencian según su efecto en el SNC (depresoras, estimulantes, etc.) o por su situación socio-legal (de uso médico, legales e ilegales) (3).

La adicción o trastorno por consumo de sustancias (tanto lícitas como ilícitas) es un proceso recurrente de consumos de intensidad variable de sustancias psicoactivas que gradualmente generan una dependencia fisiológica y psíquica. Algunos elementos clave son la aparición de fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia y la pérdida de control en el consumo que generan graves repercusiones físicas, psicológicas, médicas y sociales (3–6). La naturaleza crónica y la elevada frecuencia de recaídas son características adicionales de este trastorno (7,8).

La definición de adicción ha sufrido numerosos cambios a lo largo de la historia, especialmente en los últimos años (9). Por un lado, se ha asociado exclusivamente a la adicción a sustancias dejando fuera hasta hace poco las adicciones comportamentales. Por otro lado, existe un espectro de gravedad dentro del mismo, que ha llevado a la utilización de términos como uso, mal uso, uso excesivo, abuso y dependencia para describirlo mejor (9–11). En esa línea, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) recogía los términos abuso y dependencia, para diferenciar entre cuadros leves o graves (9,11,12). En la actualidad, el término trastorno por consumo de sustancias que propone la quinta

edición del DSM (DSM-5) recoge todo el espectro y gradúa el mismo entre leve, moderado y severo (4,6,13). Así, finalmente el DSM-5 incluye no solo las alteraciones psicofisiológicas que causan las sustancias (tolerancia y abstinencia), sino que también señalan las alteraciones cognitivas del trastorno por consumo de sustancias, como la pérdida del control en el uso de una determinada sustancia (13,14).

Las clasificaciones actuales describen la variedad de sustancias que puede provocar adicción, y sus diferentes reacciones fisiopatológicas, pero éstas comparten mecanismos a nivel cerebral, genético, psicosocial y ambiental. En todos los casos existen numerosos factores de riesgo, incluidos factores genéticos, neurobiológicos, perinatales, psicológicos, sociales y ambientales, que participan en la aparición del trastorno (6,8,15–18).

1.2 Epidemiología de los Trastornos por Consumo de Sustancias

1.2.1 Epidemiología a nivel mundial

Los trastornos por consumo de sustancias suponen un importante problema de salud pública. Si bien los datos epidemiológicos pueden variar dependiente de los criterios diagnósticos, el tipo de estudio, la población (19) los informes señalan que la incidencia de TCS ha aumentado un 33.5% entre 1990 y 2017 (20), registrándose en el informe de la ONU de 2020, unos 284 millones de personas en todo el mundo con consumo de sustancias en los últimos 12 meses (5.6% de las personas entre 15 y 64 años) (21), de los cuales aproximadamente 13,6% cumplirían criterios de trastorno por consumo de sustancias en 2020. Este incremento puede deberse, según los informes al crecimiento

de la población mundial, con una prevalencia de TCS relativamente estable en los últimos 15 años (21).

A pesar de ello, analizar la epidemiología del TCS es difícil debido a las variaciones que se pueden encontrar en función de la región o país donde se realice el estudio, las herramientas de cribado usadas para valorar la incidencia y prevalencia (no hay un Gold Estándar de medición), el tipo de estudio, el ambiente donde se ejecuta un determinado análisis (por ejemplo, población general vs. atención primaria vs. atención especializada), la población analizada, etc. (8,19,22–24).

Entre las diferentes sustancias, el alcohol es la sustancia más usada calculándose que en 2016 aproximadamente 32.5% de la humanidad bebía alcohol, o lo que es lo mismo, 2.4 mil millones de personas (esta cantidad hace referencia a la cantidad de usuarios de alcohol, incluyendo tanto personas que cumplen como las que no cumplen criterio de trastorno por consumo de alcohol) (22). El cannabis es la sustancia ilegal que más usuarios presenta a nivel global y además su consumo se ha incrementado en los últimos años, contando aproximadamente 209 millones de personas de las que aproximadamente el 10% cumpliría criterios de trastorno por consumo de cannabis (21). Por otra parte, la ONU comunica que los usuarios de opioides a nivel mundial son alrededor de 61 millones con una tendencia estable según los últimos informes (21). Sin embargo, si se tiene en cuenta los pacientes que cumplen criterio de trastorno por consumo de opioides, el estudio Global Burden Disease 2016 calculaba que serían unos 26.8 millones (8,22). Con respecto al uso de psicoestimulantes, hay que mencionar que el consumo de cocaína y anfetaminas/metanfetaminas tiene prevalencias desiguales entre regiones. Se calcula que en 2020 había unos 34 millones de usuarios de anfetaminas/metanfetaminas y 21 millones de usuarios de cocaína en todo el mundo (21). En los últimos años, y teniendo en cuenta el efecto de la pandemia, se observó un incremento generalizado en el consumo de anfetaminas y, sin embargo, se frenó la tendencia al alza que había experimentado el consumo de cocaína, lo cual se relacionó con el cierre de la hostelería. Un aspecto a destacar es el incremento del número de personas que consumen drogas, lo cual se observa en todas las sustancias al compararlo con informes de años previos (21).

En el informe mundial sobre droga de la ONU del 2022 se señalaba que en 2019 hubo, 494000 muertes asociadas al trastorno por consumo de sustancias y que ello significaba la pérdida de 21 millones de años por discapacidad o muerte (21,25). Es importante tener en cuenta que entre el 2009 y el 2019 el número de muertes asociado al trastorno por consumo de sustancias aumentó un 17,5% (26). La Organización Mundial de la Salud (OMS) calculaba que en 2016 aproximadamente el 5.3% de las muertes en el planeta se relacionaban con el uso de alcohol (3 millones de muertes) y además era la sustancia responsable del 7.2% de las muertes prematuras (en personas menores de 69 años) (27), siendo la séptima causa de muerte en el 2016 (28).

Sin embargo, de entre todas las sustancias, los opioides siguen representado las sustancias con mayor porcentaje de muertes asociadas al trastorno por consumo de sustancias, especialmente su uso inyectable, llegando a estar involucrado en el 64% de las muertes asociadas al trastorno por consumo de sustancias en 2019 (más de 110000 muertes) (21). Las muertes asociadas a opioides han sido una alarma en los últimos años, dado que en Estados Unidos la mortalidad por el uso de estas sustancias se ha doblado en las últimas dos décadas, relacionándose con el 64% de las muertes relacionadas con drogas en dicho país (21).

1.2.2 Epidemiología a nivel europeo

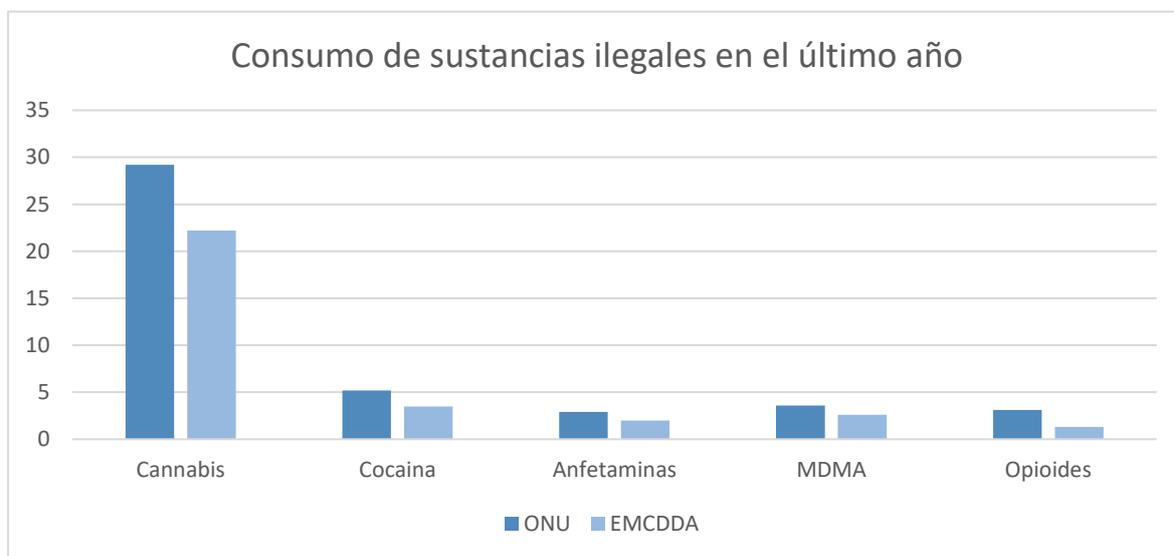
La prevalencia Europa varía según los diferentes informes oficiales. En el informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de 2022 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA) se señala que unos 83,4 millones de europeos ha consumido alguna vez sustancias ilegales (29). Incluyendo el alcohol y las sustancias ilegales, el Global Burden Disease group (GBD) calculaba que en toda Europa (incluyendo Europa occidental, central y oriental) podía haber más de 24

millones de personas que cumplirían criterios de trastorno por consumo de sustancias en 2016 (22).

El alcohol es la sustancia más consumida en Europa. Las prevalencias son distintas entre Europa del este y los países más occidentales, si bien en su conjunto es la región con mayor consumo de alcohol per cápita en todo el mundo (22). El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en Europa, con una tendencia creciente en los últimos años. Le sigue la cocaína la es consumida por un 1.3% la población total de Europa con un incremento en el consumo en los últimos años frenado temporalmente durante el confinamiento (21). Las anfetaminas y los opiáceos serían las menos consumidas. Algunos indicadores señalan que las solicitudes de tratamiento y las incautaciones de heroína presentan una disminución gradual debido a la mayor disponibilidad de tratamientos si bien el uso de opiáceos de prescripción médica y otros opioides sintéticos ha presentado un aumento en el continente europeo (30).

Finalmente, es importante señalar que las muertes inducidas por sustancias en la Unión Europea se encuentran en 16,7 por cada millón de personas. El 74% de los casos las muertes por sobredosis están relacionadas con el uso de opioides (29). Otro punto a tener en cuenta sobre la mortalidad asociada a las diferentes sustancias es que el alcohol ha presentado una disminución progresiva de las muertes asociadas al mismo en toda Europa (28,31).

Figura 1. Estimaciones en millones de personas del consumo de sustancias ilegales en el último año en Europa según el reporte mundial sobre drogas de 2022 de la ONU (21) y el reporte de 2022 del EMCDDA* (29).



* El reporte del EMCDDA recoge datos de la Unión Europea, Noruega y Turquía solamente.

ONU: Organización de las Naciones Unidas; EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones).

1.2.3 Epidemiología en España

El Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) representa la principal fuente de información epidemiológica en España y lo hace a través de los informes del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Esta entidad lleva a cabo un Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) y el *Informe 2022 de Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* (32). La encuesta EDADES se realiza desde 1995 cada dos años en población general en edades comprendidas entre los 15 y 64 años y en el momento de realización de esta tesis incluía hasta el año 2022 (43). El informe incluye además datos sobre el consumo de sustancias en estudiantes de entre 14 y 18 a

través de la encuesta ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias) desde 1994 hasta 2021 (32).

En términos generales, se evidencia que el alcohol es con diferencia la sustancia más usada a nivel nacional. Datos significativos son el 76.4% de españoles con consumo de alcohol en el último año, el 64.5% en los últimos 30 días y el 9% que referían un consumo diario. Un 1,4% cumplía criterios de trastorno por consumo de alcohol, mientras que un uso problemático aparecía en el 5.6% de la población (43).

El cannabis, es la sustancia ilícita más prevalente tanto en población general como en adolescentes (43). El consumo medio era de 2.9U/día en el 2019 y casi siempre se asociaba a tabaco (86.9% de los encuestados) (43). En consumo en el último año en 2022 era de 10,6% lo cual va en sintonía con las cifras del EMCDDA 2020, con prevalencia del 10.5, de las más altas de Europa (33) especialmente en población joven.

La cocaína es el principal psicoestimulante ilícito consumido en España, situándose el uso de esta sustancia en el último año en 2.4% en población general, seguida del éxtasis con un 0.8% (43).

Aunque el uso reportado de heroína es bajo, situándose en 0.1% en el último año en población entre los 15 y 64 años en 2022 (43), con una tendencia estable en los últimos años. Está involucrada (todos los opioides) en la mayor parte de muertes asociadas al uso de drogas (44). Aunque el consumo de analgésicos opiáceos es bajo, ha aumentado progresivamente en los últimos años (43).

Las sustancias con edad de inicio más baja era el alcohol y la que más demanda asistencial provoca es la cocaína (43). En general, en todas las sustancias predominaba el consumo en hombres, excepto en los fármacos hipnosedantes y analgésicos opioides en donde la prevalencia en mujeres era mayor (43). La tendencia al policonsumo era del 40.9% en el 2022 y más frecuente entre hombres (43). El alcohol está presente en el 94.4% de los policonsumos y el cannabis en el 61.4% (43).

1.3 Etiopatogenia del Trastorno por Consumo de Sustancias

El TCS es una patología compleja y de etiología multifactorial. Existen diversos elementos implicados en el desarrollo de la enfermedad, como pueden ser factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos, ambientales y sociales, entre otros (17,18,34,35). Teorías recientes consideran necesario la coincidencia de tres factores para la aparición del trastorno que interactúan entre sí, incluso bidireccionalmente, aunque es difícil predecir el riesgo exacto de desarrollarlo (15,18,36):

- Riesgo biológico (genético, epigenético, arquitectura y circuitos neuronales, etc.).
- Riesgo ambiental (antecedentes perinatales, social, cultural, trauma, etc.).
- Uso de alguna sustancia psicoactiva.

Dentro de los factores biológicos han mostrado tener especial importancia los factores genéticos y epigenéticos, siendo según estudios recientes uno de los trastornos mentales con mayor heredabilidad (37,38). Alteraciones a nivel del circuito de recompensa, especialmente de las vías dopaminérgicas, también parecen ser determinantes en el desarrollo de la enfermedad (5,6,18,39). La interacción de esa predisposición biológica con otros elementos es lo que determina el riesgo y probabilidad de desarrollar el TCS.

Algunos autores han diferenciado tres etapas que se presentan de forma recurrente en el tiempo describen la aparición de la adicción: intoxicación/ binge, abstinencia/ afecto negativo, y finalmente anticipación/ preocupación/ craving (5,6,39).

A nivel familiar

- Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres
- Baja supervisión familiar
- Baja disciplina familiar
- Conflicto familiar
- Historia familiar de conducta antisocial
- Actitudes parentales favorables hacia la conducta antisocial
- Actitudes parentales favorables hacia el consumo de sustancias
- Bajas expectativas para los niños o para el éxito
- Abuso físico

A nivel comunitario

- Problemas económicos y sociales
- Desorganización comunitaria
- Cambios y movilidad de lugar
- Las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo de sustancias
- La disponibilidad y accesibilidad a las drogas
- La baja percepción social de riesgo de cada sustancia

Factores de los compañeros e iguales

- Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas
- Compañeros consumidores
- Conducta antisocial o delincuencia temprana
- Rechazo por parte de los iguales

Factores escolares

- Bajo rendimiento académico
- Bajo apego a la escuela
- Tipo y tamaño de la escuela (grande)
- Conducta antisocial en la escuela

Factores individuales

- Psicológicos y conductuales
- Rasgos de personalidad

Fuente: Becoña 2002 (40)

1.4 Criterios diagnósticos del Trastorno por Consumo de Sustancias

1.4.1 Criterios diagnósticos y clasificación del trastorno por consumo de sustancias

Los criterios diagnósticos del DSM-5 y el ICD-11 (14) CIE 11 son los más utilizados a nivel global (4,15). En 2022, se publica una versión revisada del DSM-5 llamada DSM-5-TR, pero que no presentó cambios en relación al TCS. La aparición del DSM-5 generó importantes cambios en la comprensión y concepción actual de lo que es una adicción (10). Como se comentó en la sección 1.1, el DSM-5 unificó los conceptos de abuso y dependencia de clasificaciones previas, agrupándolo en el actual TCS (ver tabla 2) (10). Este cambio obedeció a la dificultad de clasificar como abuso o dependencia muchos de los patrones de consumo, según los criterios que se cumplían de forma transversal y con el paso del tiempo. El DSM-5 además realizó otros cambios importantes en cuanto al diagnóstico al retirar los llamados *problemas legales* y añadir el craving como criterio diagnóstico (10,14,41). Además, armonizó los criterios de trastorno por consumo de tabaco con el resto de criterios de las otras sustancias y añadió los síndromes de abstinencia a cannabis y cafeína que no aparecían en la versión anterior (10,12). El DSM-5 añadió además, especificadores de gravedad según los criterios que se cumplen, desde el TCS leve (2 criterios) hasta el severo (6 o más criterios) (14).

Por otra parte, el ICD-11 describe en su apartado de *trastornos debidos al consumo de sustancias* todo lo relacionado con lo que sería para el DSM-5-TR los TCS. El ICD-11 sigue clasificando los trastornos en forma de *consumo nocivo y dependencia*, que a nivel teórico correspondería con los antiguos conceptos de *abuso y dependencia* del DSM-IV (12,41). Es importante señalar que los objetivos de clasificación del ICD-11 y del DSM-5-TR son ligeramente diferentes y que por ello hay diferencias en como tratan o conceptualizan un determinado trastorno, siendo el objetivo primordial del ICD-11

tener una utilidad clínica que sea aplicable a diferentes escenarios a nivel mundial. El objetivo del DSM-5-TR, sin embargo, es proporcionar un lenguaje común tanto en la práctica clínica como en investigación (19). Estudios modernos que comparan las dos clasificaciones han encontrado que el ICD-11 se correlaciona enormemente con su antigua versión y con el DSM-IV, mientras que su correlación con el DSM-5 y DSM-5-TR varían desde niveles altos a bajos dadas las diferencias entre el llamado *patrón nocivo de consumo* del ICD-11 y el TCS *leve* de las últimas clasificaciones (42). Una crítica común a los sistemas de clasificación modernos es que no utilizan biomarcadores como criterios diagnósticos (11,43).

Tabla 2. Criterios diagnósticos del DSM-5.*

A. Consumo problemático de una sustancia que provoca un deterioro o malestar clínico significativo y que se manifiesta por al menos 2 ítems de los siguientes 11 hechos, en los últimos 12 meses:

1. Consumo de la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto
 2. Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos
 4. Craving a la sustancia, entendido como ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia
 5. Consumo de la sustancia que lleva al incumplimiento de las obligaciones
 6. Consumo de la sustancia provoca abandono o reducción de actividades
 7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes
 8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que provoca un riesgo físico
-

9. Consumo de la sustancia a pesar tener conciencia de problemas relacionados tanto físicos como psicológicos

10. Tolerancia, definida como una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o como descenso del efecto de las mismas cantidades de sustancia con su consumo continuado

11. Abstinencia, característico de cada sustancia y se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

*Adaptado de referencia (14).

1.4.2 Comorbilidad mental en el trastorno por consumo de sustancias: la patología dual

La patología dual implica la existencia comórbida del TSC, con trastorno mental (1,44). Si bien es frecuente esta coexistencia, habiéndose descrito prevalencias entre 30 y 70%, dependiendo del trastorno mental y la sustancia usada (44). La literatura ha mostrado que existen bases neurobiológicas claras que explicarían esta intercorrelación (45).

Las personas con patología dual presentan una mayor morbimortalidad médica y psiquiátrica, con mayor hospitalización y tasas de recaídas y menor adherencia al tratamiento, contribuyendo al incremento del gasto sanitario (1,46). Se han desarrollado herramientas que permiten diferenciar y los trastornos mentales primarios de la patología dual y dar una respuesta adecuada, pero la red sanitaria aún diferencia entre dispositivos de adicciones y de salud mental dificultando su abordaje (47) y la investigación centrada en la eficacia de los tratamientos en patología dual todavía es escasa (44,46).

1.5 Tratamiento del Trastorno por Consumo de Sustancias

Existen diversos abordajes, gran variedad de dispositivos especializados y diferentes profesionales que trabajan en red de forma integral y multidisciplinar con el objetivo de dar respuesta a la complejidad y particularidad de los pacientes con TCS (44,47–50). Habitualmente se suelen diferenciar dos etapas: desintoxicación y deshabituación. El primero define el proceso para eliminar la sustancia tóxica del organismo del paciente, mientras que la deshabituación aborda el proceso de rehabilitación y reducción de la dependencia psicológica y física de la sustancia adictiva y promover cambios en el estilo de vida del paciente (8).

La evidencia científica disponible (51) y el consenso recomienda el tratamiento combinado de farmacología y psicoterapia para obtener una mayor eficacia (49,50,52). A pesar de ello, la tasa de recaídas y abandonos del tratamiento es alta y esto debe considerarse en el abordaje clínico (7,53,54).

Tabla 3. Principios de Tratamiento para el Trastorno por Consumo de Sustancias.

Principios de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias según la OMS (2020)

Principios de tratamiento de trastorno por consumo de sustancias según el NIDA (2018)

1. El tratamiento debe estar disponible y ser accesible, atractivo y apropiado.

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta la función cerebral y el comportamiento.

2. Debe garantizarse estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento.

2. No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todos.

3. Promover el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias mediante una coordinación eficaz entre el sistema de justicia penal y los servicios sociales y de salud.

3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.

4. El tratamiento debe basarse en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por consumo de drogas.

4. El tratamiento eficaz atiende todas las necesidades de la persona y no solamente el uso de drogas.

5. Responder a las necesidades especiales de atención y tratamiento de los grupos de población

5. Permanecer en el tratamiento por un periodo adecuado es crítico.

6. Garantizar una buena administración clínica de los servicios y programas de tratamiento para los trastornos por consumo de drogas

6. Las terapias conductuales (individuales, familiares y grupales) son las terapias más usadas para el tratamiento de las adicciones.

7. Los servicios, políticas y procedimientos de tratamiento deben respaldar un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos con los servicios complementarios requieren un seguimiento y una evaluación constantes

7. Los tratamientos farmacológicos son un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia.

8. El plan de tratamiento debe ser continuamente evaluado y, de ser necesario, modificado para asegurar que cumple las necesidades del individuo.

9. Muchas personas con adicciones tienen también otro trastorno mental.

10. La desintoxicación médica es solamente la primera etapa del tratamiento y por sí misma tiene poco impacto para cambiar el uso de drogas a largo plazo.

11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser efectivo.

12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado ya que, las recaídas pueden suceder.

13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH, virus de la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas e intervenciones orientadas a la reducción de riesgos de contraer o propagar dichas enfermedades.

NIDA: instituto nacional sobre el abuso de drogas de Estados Unidos; OMS: Organización Mundial de la Salud; de las Naciones Unidas; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Adaptado de referencias: (51,55).

El tratamiento del TCS debe considerar el abordaje de la patología médica y psiquiátrica (patología dual) comórbida siempre que exista, dado su frecuente infradiagnóstico e impacto en el pronóstico de la adicción (1,44,55). Lamentablemente, existen pocos tratamientos únicos que permitan manejar de forma global dicha comorbilidad (1,44,46). En muchos casos se requerirán abordajes de reducción de daños. La reducción de daños es un conjunto de políticas e intervenciones dirigidas a disminuir los riesgos asociados al consumo, incluyendo sobredosis, transmisión de enfermedades, disminución de presencia de comorbilidad o marginación social (8,56). A pesar de las controversias que suscita este abordaje, la evidencia científica ofrece beneficios claros que justifican su aplicación (57). Aunque inicialmente estos programas fueron pensados para personas con dependencia a heroína y otras sustancias parenterales (dada la alta morbilidad y mortalidad asociada), en la actualidad se han extendido a sustancias como el alcohol y tabaco (56).

1.5.1 Tratamiento farmacológico

Existen pocos tratamientos aprobados para el tratamiento de las adicciones de forma específica. Para algunas sustancias como es el caso de la cocaína, las anfetaminas o el cannabis no existen tratamientos específicos. Se dispone de tratamientos aprobados para el manejo de trastorno por consumo de alcohol, opioides y nicotina (48,58,59). Es habitual el uso de fármacos como antiepilépticos, antipsicóticos o antidepresivos fuera de indicación (*off-label*) (44,49,60) para aliviar síntomas como el craving, el insomnio o la ansiedad.

Los psicofármacos usados habitualmente requieren de estrecha supervisión tanto por los efectos secundarios que pueden provocar y como por el riesgo potencial de abuso de algunos de ellos, especialmente en este tipo de pacientes (49,61–63).

1.5.2 Tratamiento psicoterapéutico

Dada la ausencia de psicofármacos específicos, la psicoterapia cobra mayor relevancia en el tratamiento de los TCS, aunque la combinación junto al tratamiento farmacológico es la modalidad que ha mostrado mejores resultados (49,61,62).

Las orientaciones terapéuticas con mayor base científica para el tratamiento del TCS son las terapias de tipo cognitivo conductual (TCC) (61,64). Dentro de estas, las de mayor evidencia de eficacia son: la Entrevista Motivacional, el Manejo de Contingencias, el Mindfulness, la Terapia Dialéctico-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (50,61). En la Tabla 4 se reflejan los objetivos principales de los diferentes abordajes psicoterapéuticos.

Tabla 4. Aspectos más frecuentemente abordados en abordajes psicosociales

● Manejo del craving	● Motivación al cambio
● Prevención de recaídas	● Disminución del consumo y abstinencia
● Psicoeducación en riesgos de patologías asociadas (VIH, VHC, etc).	● Mejoría de la adherencia al seguimiento y tratamiento
● Conciencia de enfermedad	● Entrenamiento de habilidades
● Manejo del miedo y resistencias al tratamiento	● Identificación y resolución de situaciones de riesgo para recaídas y consumo
● Abordaje de la patología dual	● Psicoeducación de las adicciones

Adaptado de: (49,50,62,64).

1.6 Evolución

El TCS presenta un curso crónico con recaídas frecuentes (8,54). La definición de recaída varía en función de la fuente consultada, pero en general se considera como el reinicio del consumo de una sustancia (previamente usada) tras un periodo de abstinencia (65).

La recaída se ve influenciada tanto por factores tanto internos como externos, que muchos autores dividen en diferentes etapas (66). Desde un punto psicológico (especialmente dentro de un enfoque cognitivo-conductual, se puede dividir el proceso en etapas denominadas *recaída emocional*, *recaída mental* y *recaída física* (ver Tabla 5) (66).

Tabla 5. Etapas de las recaídas desde un enfoque psicológico. Adaptado de (66)

<i>Etapas</i>	<i>Definición</i>	<i>Ejemplos</i>
<i>Recaída emocional</i>	Se relaciona con las emociones y comportamientos no del todo conscientes en el que hay una disminución del autocuidado o disminución/ relativización de los riesgos relacionados a la recaída	- Aislamiento y cambios en su socialización (abandono de la misma, centrarse en temas de otras personas pero no los internos, etc.) - Cambios emocionales (represión, disforia, irritabilidad, inestabilidad, ansiedad, etc.) - Cambios en sus hábitos y biorritmos
	Hay conciencia sobre el consumo y la posibilidad de una recaída,	- Presencia de craving

	<p>por lo que hay cambios internos que valoran la posibilidad de mantener la abstinencia y la posibilidad de consumir</p>
<p>Recaída mental (cognitiva)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de recuerdos asociados al consumo (lugares, personas, etc.) - Sesgos cognitivos, incluyendo relativización, negociación o control sobre su comportamiento o consumo - Búsqueda de oportunidades para consumir o planificación
<p>Recaída física</p> <p>Consumo de sustancia como tal, algunos autores señalan diferencias entre <i>caída</i> (inicio de consumo) y <i>recaída</i> (pérdida del control sobre ese inicio de consumo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Muchas recaídas inician tras las etapas anteriores y haber tenido la disponibilidad de la sustancia de una forma inmediata - El inicio del consumo de una sustancia se puede asociar con sesgos cognitivos y falsa sensación de control - Hay presencia de culpa, remordimiento y búsqueda de ocultar la recaída. Especialmente en casos donde hay una red externa que puede presionar

También es importante señalar las altas tasas de abandono que reflejan los seguimientos, contribuyendo a la incidencia de las recaídas. Los factores más relevantes asociados al abandono terapéutico son (7,53):

- *Factores sociodemográficos*: edad, sexo, estado civil, educación, antecedentes legales, etc.
- *Factores relacionados con la sustancia*: tipo de sustancia usada, vía, policonsumo, etc.
- *Factores psicopatológicos*: rasgos de personalidad, comorbilidad mental, estado cognitivo y otros cognitivos, regulación emocional, etc.

- *Factores asociados con el tipo de tratamiento:* tipo de abordaje, alianza terapéutica, duración, dispositivo de tratamiento, motivación, satisfacción, etc.

Además, solo el 16% de las personas afectadas por TCS reciben tratamiento (21,67); por lo que uno de los principales objetivos sigue siendo la vinculación y retención del paciente al tratamiento (68) y reducir las recaídas, incidiendo en la búsqueda de elementos e información que orienten en la solución de este relevante y prevalente problema.

2. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

2.1 Atención Centrada en el Paciente y Trastorno por Consumo de Sustancias

Más allá del esfuerzo progresivo para mejorar el acceso terapéutico ofreciendo recursos sanitarios y opciones de tratamiento de diferente complejidad organizativa (hospitalizaciones, centros de atención ambulatoria, hospitales de día y comunidades terapéuticas) para abordar este problema (69), se ha potenciado la investigación sobre facilitadores y barreras a la adherencia terapéutica. Algunos estudios realizados en pacientes con TCS señalan que los objetivos y resultados de salud que los pacientes consideran relevantes no siempre coinciden con los propuestos por los profesionales, asociándose con peores resultados de salud y adherencia (68,70,71). Esto es especialmente relevante dado que solo el 16% de las personas afectadas por TCS reciben

tratamiento (21,67), y por ello, uno de los principales objetivos sigue siendo la vinculación y retención del paciente al tratamiento (68). Algunos autores han argumentado que una Atención Centrada en el Paciente (ACP), podría ayudar a lograr este objetivo (72). Aunque existen diferentes conceptualizaciones, en general se define como el tipo de cuidado que es coherente con los valores, necesidades, deseos del paciente y que se aplica cuando los profesionales involucran a los pacientes en las discusiones y decisiones sobre su salud (72). Bauman, Fardy, and Harris (2003), sitúan cronológicamente el debut del concepto de ACP, hacia 1950; aunque ha sido en los últimos 25 años cuando se produce un incremento notable en su visibilidad en la literatura médica, con 40.062 publicaciones indexadas en PubMed desde 1951.

McMillan et al (2013), informaron, mediante metanálisis, sobre las estrategias de ACP para mejorar la adherencia y los resultados de salud de pacientes con patología crónica, señalando que la mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales, la creación de una relación de confianza, y el compromiso activo, mejoraba la involucración de los pacientes; siendo la estrategia que mayor potencial para mejorar la vinculación y satisfacción de los pacientes (73).

La ACP ha mostrado numerosos beneficios erigiéndose como un elemento clave para la obtención de resultados positivos. Los aspectos de la ACP con mayor evidencia científica sobre la clínica son (73–76):

- Mejorar la experiencia y manejo que los pacientes hacen de su enfermedad y a aumentar el grado de satisfacción.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Estimular a las personas a mantener un estilo de vida más saludable y activo.
- Alentar a involucrarse en las decisiones sobre su cuidado de modo que puedan obtener servicios y apoyos acordes a sus necesidades.
- Impactar positivamente en parámetros de salud como la reducción de la presión arterial.
- Reducir el uso de los servicios de salud con un menor gasto sanitario global asociado.

- Mejorar la confianza y satisfacción acerca del cuidado brindado en los propios profesionales.

El ACP incluye elementos como la Toma de Decisiones Compartida (TDC), las preferencias de participación o la activación del paciente que evalúan aspectos específicos del proceso. A pesar de los beneficios generales referidos previamente, no se sabe con certeza hasta qué punto la ACP ha sido implementada o probada en la práctica clínica relacionada con el TCS. A nivel internacional, una revisión sistemática reciente trató de identificar cuáles eran los principios nucleares de la ACP que habían sido más aplicados y medidos en poblaciones con TCS, encontrando que estos eran la alianza terapéutica y la toma de decisiones compartida. En relación a los resultados de salud, los más frecuentemente analizados fueron la vinculación al tratamiento y el consumo de sustancias (68). Hasta el momento en que se realiza este estudio, no se ha encontrado investigación en España acerca de la ACP en población con TCS. Dado que algunos de los elementos que definen la ACP son también aspectos importantes en los abordajes terapéuticos en adicciones, es de interés investigar acerca de su exploración empírica e posible implementación.

2.2 Toma de Decisiones Compartida (TDC)

2.2.1 Definiciones y antecedentes

La toma de decisiones compartida (TDC) es un estilo de toma de decisiones basado en un proceso interactivo de comunicación entre el médico y el paciente que implica el intercambio de información, la deliberación de las preferencias de tratamiento y la determinación de la decisión, a través del consenso (77). A pesar de haberse propuesto otras definiciones, en todas aparecen elementos consistentes como la autonomía del

paciente, la comunicación interactiva entre al menos dos personas, la discusión de preferencias y valores, la discusión de opciones y el consenso mutuo (78–81).

Aparece por primera vez en la literatura a finales de la década de 1980 (78,79), y desde entonces ha sido abordado recurrentemente, describiendo las propiedades conceptuales (82) o su implementación empírica (83,84).

La evidencia disponible ha señalado que son las mujeres (82,85,86), los individuos más jóvenes (85,87) y aquellos con un diagnóstico severo (85,88), los que tienden a adoptar un rol más activo e involucrarse en la TDC. Sin embargo, el conocimiento sobre la TDC en ámbitos específicos, como los trastornos de salud mental o los TCS, es aún muy limitado.

Existen evidencia científica de que la TDC contribuye a mejorar algunos resultados de salud de los pacientes posiblemente a través de la mejora de la satisfacción y la adherencia al tratamiento (82,89–91) y menos cambios de servicios no deseados por los pacientes (92); contribuyendo a que un número creciente de facultativos se muestren partidarios de la TDC. Sin embargo, la implantación general de la TDC es baja (81,82,93–95), debido a factores como desconocimiento o actitudes reticentes de los profesionales, al mayor tiempo que implica su implementación (96,97); o a la preocupación porque el paciente pueda tomar decisiones inapropiadas (98). Algunos autores sugieren que la formación de los profesionales y la estandarización del proceso de TDC, contribuiría a mejorar la adopción e implementación de esta práctica (97,99,100). En los casos en que se aplica, previamente se debería evaluar el nivel de participación deseado por el paciente. Estudios previos indican que existen diferencias importantes en las preferencias de participación cuando los profesionales sanitarios indagan explícitamente sobre ello (80).

Por otro lado, los pacientes también pueden tener un nivel de preferencia de participación para sus familias. Aunque habitualmente, la TDC se ejecute sobre la díada médico-paciente, algunos estudios han incluido a otros sanitarios y personas de apoyo al paciente (como familiares y amigos) (94,102-103). La evidencia muestra los pacientes pueden tener preferencias diferentes según la enfermedad y su gravedad y por ello, los

profesionales sanitarios deberían constatar recurrentemente si estas preferencias varían a lo largo del proceso (104). La coincidencia de preferencias con las familias reduce la ansiedad, genera mayor satisfacción con el tratamiento (84) y con la vida tras la enfermedad (82). Por el contrario, los pacientes cuyas preferencias no coinciden están más insatisfechos con su atención (101,105,106).

Existen diferentes propuestas y modelos a la hora de implementar la TDC. Los procesos implicados con mayor prevalencia son:

- **Definición y explicación de la decisión que debe abordarse** (85,107,108),
- **Presentación de las opciones de tratamiento** (107,108),
- **Intercambio de información y preferencias** (107,109–111)(14, 17-19),
- **Discusión de pros y contras** (14, 20),
- **Discusión de riesgos** (78,112), **valores y preferencias del paciente obtenidos con el conocimiento y las recomendaciones del PS** (97,101,107,108,113),
- **Verificación de la comprensión a lo largo del proceso** (108),
- **Logro de una decisión mutua** (78),
- **Fomento de la confianza en la díada paciente-facultativo** (77,96,114).

2.2.2 Modelos de TDC

Hay tres modelos usados mayoritariamente en la implementación de la TDC, el “*Choice Talk, Option Talk, Decision Talk*” (Elección, Opción y Decisión) (95), el Marco de Apoyo a la Decisión de Ottawa (ODSF) (84) y el Modelo Interprofesional de Toma de Decisiones Compartidas (IP-SDM) (100).

El modelo **Choice Talk, Option Talk, Decision Talk** simplifica la TDC en tres etapas (95,115,116). La primera etapa, la Charla de Elección, donde se toma consciencia de que debe realizarse una elección, se identifican las opciones de tratamiento y la justificación de cada opción. Permite identificar y ponderar los valores y preferencias del paciente y explorar la incertidumbre alrededor de cada opción (29). Seguidamente la

Charla de Opciones, verifica el conocimiento del paciente y del médico, se discuten los riesgos y beneficios de cada alternativa, y la provisión de apoyos a la decisión necesarios o disponibles para el paciente. Finalmente, la *Charla de Decisión*, incorpora las preferencias del paciente en la decisión a adoptar. La limitación principal del modelo es el enfoque exclusivo en la díada médico-paciente (95,110,111)

El **marco de apoyo a la toma de decisiones, de Ottawa (ODSF)**, guía el desarrollo de intervenciones para apoyar y preparar a pacientes y profesionales sanitarios, para la TDC (99,117,118). Se centra en las necesidades de decisión de un paciente y enfatiza la calidad de la decisión, abordando el conflicto decisional, el conocimiento del paciente, los valores del paciente, los apoyos disponibles, el tipo de decisión y cualquier característica del paciente que pueda afectar la decisión (82). Este modelo ha sido adaptado para condiciones específicas, como las enfermedades cardiovasculares, pero tampoco incluye los apoyos para el paciente (99).

El **Marco de toma de decisiones compartida interprofesional (IP-SDM)**, es el modelo más citado en la literatura; siendo innovador en su énfasis en la inclusión de personas ajenas a la díada médico-paciente (108,116,117,119), considerando tanto a los cuidadores familiares como a otros posibles apoyos sociales (85,119). El IP-SDM describe el proceso interactivo de toma de decisiones, centrado en el paciente, y describe claramente los principios comunes de la TDC: decisión a tomar, intercambio de información, intercambio de valores / preferencias, viabilidad, elección preferida, elección real e implementación (119).

La naturaleza interactiva de IP-SDM replica la progresión natural de un proceso de toma de decisiones.

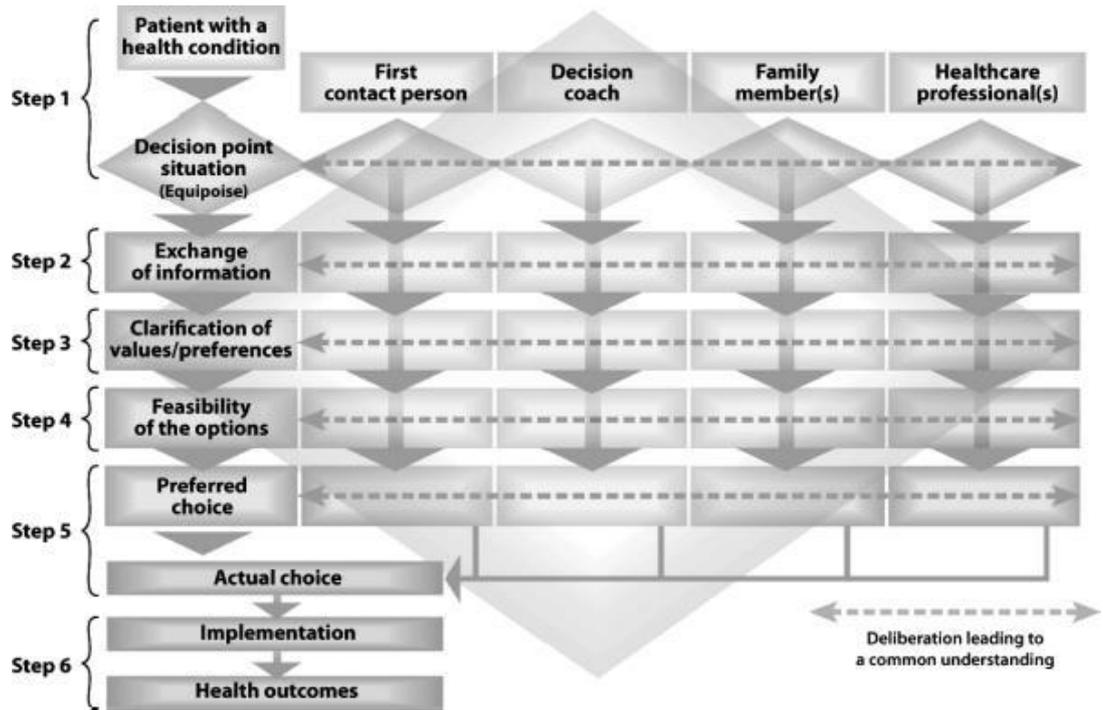


Figura 2 IP-SDM (119). Diagrama del modelo IP-SDM diseñado por Légaré et al. en 2010.

2.3 FACILITADORES DE LA TDC

La literatura sobre la TDC ha encontrado variables que parecen favorecer su implementación de manera exitosa. Los facilitadores del proceso suelen identificarse con menos frecuencia que las barreras. En el caso de muchos facilitadores identificados, no se estudió el mecanismo mediante el cual repercuten en el proceso, lo cual resulta en una comprensión incompleta de la literatura disponible y dificulta la aplicación. Los facilitadores generalmente mencionados en la literatura se indican en la Tabla 6:

Tabla 6: Facilitadores para la implementación de la TDC con mayor evidencia científica.

Facilitadores	Descripción
Edad	Los individuos más jóvenes son más propensos a preferir la TDC (81,82,85–87).
Ética	La ética profesional puede fomentar el uso de la TDC (97,120).
Apoyos	Involucrar a amigos y familia de los pacientes cuando éstos lo desean, puede mejorar la probabilidad de que los pacientes prefieran la TDC (82,96).
Efecto positivo en el paciente	<p>Confianza del PS en el efecto positivo en los resultados de los pacientes (121,122).</p> <p>Mayor satisfacción del paciente con las decisiones (77,83,84,123).</p> <p>Reducción del estrés emocional (77).</p> <p>Reducción del conflicto en la toma de decisiones (83,117).</p> <p>Mayor conocimiento del paciente (77,78,86,90,102–109,113,120).</p>
Efecto positivo sobre el proceso clínico	Es más probable que un PS que confía en los resultados positivos con la TDC, facilite la intervención. (94,123).

Facilitadores	Descripción
Motivación del proveedor	Un PS que está motivado para implementar la TDC tiene más probabilidades de implementarla (124-126).
Confianza entre médico y paciente	Cuando se genera una confianza, aumentan las probabilidades de que ambas partes quieran participar en la TDC. (95,96,113,123).

2.4 Barreras de la Toma de Decisiones Compartida

A pesar de haber recibido mayor atención que el estudio de los aspectos facilitadores, falta información que facilite una comprensión aún mayor de cómo las barreras afectan el proceso de TDC y cómo pueden ser superadas. La Tabla 3 proporciona una lista completa de las barreras para la implementación de la TDC con mayor evidencia científica que se han encontrado en la literatura actual:

Tabla 7: Barreras para la implementación de la TDC con mayor evidencia científica.

Barrera	Descripción
Sesgo cognitivo	La primera opción presentada podría parecer mejor independientemente de cuál sea, limitando la implementación de TDC (127).

Barrera	Descripción
Comorbilidad	Tener múltiples enfermedades puede dificultar la participación del paciente debido a la necesidad de manejar múltiples factores de resultado (96,98).
Preocupación por los malos resultados	Un PS más preocupado por los resultados negativos (como la mala praxis) es menos propenso a promover la TDC (128-130).
Educación	Menor nivel educativo se asocia a menor probabilidad de una implementación exitosa de TDC (126,131).
Dependientes del proveedor de atención médica	<p>Impulso para llevar a cabo el procedimiento de remuneración (96, 132).</p> <p>Creencia acerca del mayor tiempo requerido para su aplicación (78, 91,96,131,133).</p> <p>Considerar que contexto clínico no es apropiado para aplicar la TDC (91, 128,129).</p> <p>Considerar que las características del paciente no son adecuadas para la TDC (91,128,129).</p> <p>Falta de formación en TDC (91,96,127-129).</p>
Barreras lingüísticas	Cuando el PS y el paciente están separados por una barrera del idioma, es menos probable que se use la TDC (130,135).

Barrera	Descripción
Menor nivel socioeconómico	Los pacientes que tienen un nivel socioeconómico más bajo tienen menos probabilidades de experimentar una implementación exitosa de la TDC (81,133).
Edad	Los pacientes mayores son más propensos a desear la toma de decisiones por parte del profesional (126,135).
Incertidumbre sobre el papel del paciente	Dudas acerca de derechos, deberes y consecuencias de participar en el proceso (134).

2.5 Toma de Decisiones Compartida en psiquiatría

La TDC es un modelo de especial relevancia para implementar la atención mental centrada en el paciente, que se extiende dinámicamente, adaptándose a circunstancias cambiantes y que excede a las decisiones sobre tratamiento o rehabilitación. Los aspectos centrales para la TDC en psiquiatría son el respeto y el diálogo abierto, además de que los profesionales de salud mental (PSM) estén comprometidos con la asociación empática (136). El rol del profesional es aportar el conocimiento disponible basado en evidencias, sus experiencias y educar al paciente acerca de su trastorno, para ayudarlo a clarificar sus preferencias y valores. Mediante este proceso, el clínico empodera al paciente y le permite adoptar un rol más activo en el proceso terapéutico (137). Por el otro lado, el paciente presenta un rol de experto en lo que se refiere a sus experiencias previas con la enfermedad, su perspectiva, sus expectativas y metas, así como aquella información relevante para conocer sus necesidades y valores (138,139). Los pacientes deben asumir un papel activo, de mayor responsabilidad y afrontar los retos que conlleva una vida con una enfermedad mental en muchas ocasiones crónica (136,137,140).

James y Quirk señalan que la TDC fortalece la relación terapéutica con cualidades como la confianza, el entendimiento mutuo, la autenticidad y la empatía. Permite a los pacientes expresar sus experiencias y deseos, influir en su cuidado y formas propias de estabilizar su salud mental. Esto da lugar a una mayor autoestima, confianza en uno mismo y autoeficacia (136). Otros autores señalan que participar en la TDC se asocia a mayor reducción de síntomas, mayor satisfacción con la atención, mejor adherencia, un mayor conocimiento y compromiso con la atención médica (141). La TDC también fortalece otras intervenciones en salud mental (79,140). Concretamente en los pacientes con esquizofrenia se logró disminuir las tasas de hospitalización cuando participaron en el proceso de TDC. A todo ello se suma que la TDC en psiquiatría ha mostrado ser un proceso costo-efectivo (136,141).

Al igual que se expuso previamente para otros escenarios clínicos, existe una brecha entre el interés por el modelo teórico de TDC, y su implementación práctica en salud mental (115,116). Si bien algunos estudios muestran que los pacientes y los profesionales prefieren el modelo de TDC, por considerarla la "mejor práctica" en la atención mental, y contribuir a la "modernización" de los servicios de salud mental (140); otros profesionales todavía tienen actitudes ambivalentes hacia esta práctica. Así, mientras que algunos expresan preocupación de que la TDC ponga límites al desempeño profesional clásico; otros consideran que ya la aplican; reconocen no saber cómo implementarla; o refieren que siempre han tomado las mejores decisiones para el paciente (142). Algunos determinan que ciertos pacientes y algunas situaciones clínicas no son ideales para su aplicación (143,144) o que la capacidad cognitiva y el conocimiento de los pacientes es clave para la TDC y que si esto no se da, el paciente puede decidir de forma errónea. (140,143). La consideración de los pacientes psiquiátricos como incompetentes para participar en las decisiones sobre su salud, y asumir responsabilidades, parece basarse en el estigma asociado a este tipo de pacientes, más que a la naturaleza de la propia enfermedad (145,146).

Por otro lado, gran parte de los pacientes de salud mental, que quieren participar en las decisiones sobre su atención, frecuentemente consideran que no reciben oportunidades (79); obteniendo poca información de sus profesionales; y, en particular,

sobre las posibles alternativas terapéuticas. Algunos pacientes temen consecuencias negativas si defienden una postura diferente al PSM, pueden sentirse impotentes, tener miedo a no expresarse con claridad o tener diferentes expectativas sobre los roles de los profesionales y los pacientes. Es clave informar que tienen derecho a participar en su propio cuidado y percibir a los PSM abiertos a una nueva comprensión (141,147).

En los estudios disponibles al respecto se observa que ambas partes identifican necesidades diferentes a la hora de mejorar la toma de decisiones. Los PSM consideran que el respeto está completamente integrado en su práctica, mientras que los pacientes no lo ven evidente (148). Los PSM enfatizan la necesidad de modificar el estilo de toma de decisiones para los pacientes de forma individual y basándose en cada situación específica. Los pacientes destacan la importancia de una mejor relación con los PSM; ser escuchados, generar confianza y recuperar la autonomía a lo largo del tiempo (149). La TDC está asociada con la dignidad humana básica y ambas partes deben ser escuchadas para reducir barreras (148). El enfoque en la promoción de la TDC debe ser guiado por facilitadores, que se describirán en el siguiente apartado.

La TDC en psiquiatría requiere una relación de confianza entre las partes, que se basa en la empatía, el respeto, entendimiento mutuo, el compromiso y la asociación. Un entorno de apoyo y sin prejuicios, que mantenga al paciente como un agente activo y decisivo, es esencial para la TDC. Una actitud respetuosa que “busca y valora” la experiencia de los pacientes, mejora su participación en la TDC. Esto requiere sensibilización y el desarrollo de competencias relacionales, por parte de los profesionales, para fomentar un diálogo abierto y genuino con sus pacientes (79,145), en el que los pacientes no sientan impotencia o teman consecuencias negativas si defienden una postura diferente a la del sanitario. La capacidad limitada de procesar información de manera eficiente y de expresarse con claridad, por parte de pacientes con patologías mentales graves, constituye una barrera mayor para la TDC (141,143,144,147). Dado que la capacidad cognitiva y el conocimiento de los pacientes es clave para la TDC; en algunos pacientes se incrementa el riesgo de decisiones inapropiadas (140,143). Sin embargo, otros autores han encontrado que las personas con psicosis y enfermedades

mentales graves aún pueden participar en las decisiones sobre la atención y el tratamiento (150-152).

Los marcos coercitivos y legislativos incluidos en el contexto de la atención mental pueden ser otro aspecto que puede erosionar la confianza entre los pacientes y los PSM. Las normas que incitan al control y la vigilancia en la atención mental, son una barrera directa para la TDC; si bien son escasamente reconocidas por los PSM (142,153). Facilitar la apertura a una nueva comprensión necesita además un apoyo contextual más amplio, incluido el apoyo a nivel administrativo y organizacional, el cual hasta el momento no está incentivado para facilitar el cambio (142,147).

Tal como se expuso previamente para la aplicación de la TDC en el contexto general, se carece de un método evaluado para aplicar la TDC en Salud Mental. Sin embargo, para avanzar en la TDC, se han probado intervenciones para mejorar la formación y activación del paciente, a la vez que se han elaborado algunas herramientas de ayuda a la decisión. También se han establecido intervenciones multicomponente, que combinan intervenciones tanto para pacientes, como para profesionales (111). Sin embargo, si bien las intervenciones sobre los profesionales mejoraron ligeramente la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, la evidencia de efectividad es escasa y de limitada validez (154). Las intervenciones para mejorar la sensibilización y formación de profesionales (especialistas y de Atención Primaria) y pacientes, complementariamente al desarrollo de herramientas de ayuda a las decisiones compartidas, y el intercambio de información, parecen contribuir a mejorar la TDC (153,154).

2.6 Toma de Decisiones Compartida en TCS y patología dual.

Los TCS son patologías complejas, multifactoriales y de carácter crónico en donde la consciencia del paciente sobre su enfermedad, la motivación y el grado en que

se eliminen barreras al tratamiento, juegan un papel trascendental. La TDC es especialmente relevante en el manejo de enfermedades crónicas y en las decisiones médicas “sensibles a las preferencias”; por tratarse de situaciones clínicas para las que existen diferentes abordajes terapéuticos que pueden afectar a los resultados de salud de los pacientes. En los TCS, consideradas como enfermedades crónicas caracterizadas frecuentemente por periodos de recuperación y recaídas, la TDC podría tener un papel diferencial.

Los pacientes con TCS se han enfrentado a la discriminación social y médico, teniendo un control limitado sobre su atención clínica, mediante una atención paternalista que genera vergüenza y culpa, si bien en las últimas décadas se reconoce la importancia de eliminar la barrera del estigma en estos pacientes (155,156). Esto puede explicar en parte las grandes variaciones observadas en el grado de participación del paciente en su propia atención (157).

No está claro de qué modo y hasta qué punto desean los pacientes ser involucrados en el proceso terapéutico. En una revisión sistemática sobre TDC en pacientes con TCS (155), sólo dos estudios investigaban esta cuestión, reportando el deseo de representar un rol activo en la elección de tratamiento, bien fuera decidiendo ellos mismos la opción de tratamiento o compartiendo la decisión con el clínico (158,159). Otra revisión de la literatura en esta población demostró que, si bien el grado de participación es variable, las personas con Patología Dual desean ser incluidas en las decisiones sobre su atención y, probablemente, han tenido menos oportunidades de participar en la toma de decisiones de las que hubieran preferido. Otros estudios, sin embargo, señalan que preferirían obtener más información que responsabilidad a la hora de decidir (68,160).

En general, la mayoría de estudios consultados destacan la importancia de la alianza y relación terapéutica entre el paciente y el profesional, siendo este el mejor predictor del resultado (154). Ilgen et al., plantearon la hipótesis de que la alianza terapéutica afectaría positivamente los resultados del consumo de alcohol en pacientes con TCS de alcohol. Los hallazgos del estudio indicaron que los pacientes eran capaces

de superar una baja motivación con el apoyo de una relación sólida entre el paciente y el profesional. La alianza inicial predice consistentemente tanto la participación del paciente como el consumo de sustancias después de la atención (156).

De forma similar, varias guías de tratamiento del TCS recomiendan la TDC en el abordaje de dichos trastornos (68,161); asociándolo a la mayor satisfacción con el tratamiento (162); más autocontrol y reducción del consumo de sustancias (163,164); así como a la reducción en la gravedad del TCS y otras patologías psiquiátricas comórbidas potenciales (163); y a una mejora de la tasa de recuperación (157). Si bien la investigación sobre los efectos del abordaje integrado, para abordar la mayor complejidad de las personas con TCS y patología dual, es escasa (165), la literatura actual enfatiza la importancia de aplicar modelos de ACP en el tratamiento y los servicios del TCS.

2.7 Preferencias de los pacientes sobre los tratamientos

2.7.1 Definición

A pesar de que se han propuesto varias definiciones (4); la más explicativa hace referencia a cómo los pacientes evalúan los elementos de la atención médica en función de sus experiencias, valores y actitudes, y como ello puede influir en sus decisiones sobre los cuidados que esperan y preferirían recibir (166). Estos elementos incluyen una perspectiva comparada sobre los beneficios relativos, los posibles daños, y los costes. La perspectiva del paciente puede ser útil para identificar y comprender los resultados que éstos más valoran y orientar las evaluaciones beneficio-riesgo, en su interés. Las decisiones especialmente sensibles a las preferencias tienen que ver con aquellas circunstancias en las que existen múltiples opciones de tratamiento y ninguna de ellas es claramente superior, o cuando la evidencia que apoya una opción sobre otras es considerablemente incierta o variable. Complementariamente, las opiniones de los

pacientes sobre los beneficios más importantes y los riesgos aceptables de las intervenciones sanitarias, pueden variar considerablemente en la población (167).

Algunas de las medidas de resultado de mayor valor para los pacientes pueden, a su vez, ser informadas por ellos mismos; comprendiendo medidas e instrumentos específicos y generales sensibles al cambio autopercebido sobre la enfermedad. Estos instrumentos recopilan datos sobre el estado de los síntomas, la función física, la salud mental, funcionamiento social o el bienestar; y se recopilan mediante cuestionarios (genéricos o específicos), autocumplimentados por los pacientes o sus cuidadores. Los cuestionarios específicos de cada enfermedad suelen ser más sensibles a los cambios en la salud que los genéricos; pudiendo estas últimas, ser aplicables tanto a pacientes afectados por diversas enfermedades, como a la población general (168). Este tipo de medidas e instrumentos se utilizan cada vez más, tanto en ensayos clínicos, como en la práctica clínica cotidiana. Aunque hay similitudes y áreas de solapamiento, es útil distinguir entre las medidas de Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y los métodos de preferencia del paciente, que son una clase distinta de métodos de aplicación creciente. Estas características quedan sintetizadas en la Tabla 8. Si bien los instrumentos genéricos de medida de los resultados autopercebidos de salud más utilizados, como el EQ-5D o el SF-36, son atractivos por su naturaleza general al permitir comparar diferentes poblaciones y tratamientos en una variedad de afecciones, no fueron diseñados para la evaluación de preferencias. Es posible que la CVRS no capture todos los factores que son importantes para los pacientes, los profesionales o los responsables de la formulación de políticas, como son los resultados no relacionados con la salud o las características del proceso. Además, los estudios de preferencias de los pacientes pueden proporcionar información sobre resultados no relacionados con la salud y las cualidades del proceso de atención (168).

Tabla 8: Diferencias entre la CVRS y las preferencias del paciente) (168)

Tipo de medida	CVRS	Preferencias del paciente
Objetivo	Medición del estado de salud del paciente	Valoración de los estados de salud, los resultados o los atributos de los tratamientos

Foco temporal	Tiempo real, antes/después de una intervención	Las preferencias son relativamente duraderas, aunque pueden cambiar con el tiempo
Dominios	Dominios predefinidos (por ejemplo, movilidad; autocuidado; actividades habituales; dolor/malestar; y ansiedad/depresión)	Resultados/atributos seleccionados según los objetivos del estudio

2.7.2 Preferencias terapéuticas de los pacientes psiquiátricos

Dado que existen pruebas de que los pacientes que participan activamente en el manejo de su enfermedad mejoran sus resultados en diferentes facetas del tratamiento (70), un número creciente de países incluyen la perspectiva del paciente en sus políticas de salud mental (169). Una revisión de la Cochrane Collaboration de 2020, sobre las preferencias de los pacientes en salud mental basada en 15 estudios, observó que las personas que estuvieron expuestas a algún tipo de intervención para incluir sus preferencias en la toma de decisiones, percibían mayores niveles de participación y satisfacción con la información recibida; enfatizando que estas intervenciones no implicaban más tiempo, en comparación con la atención habitual. La calidad de la evidencia disponible, era moderada, y, por tanto no se podía concluir que una mayor participación se asociara a mejores resultados de salud (170). Más allá de estas limitaciones, la evidencia disponible sugiere que las preferencias de los pacientes en salud mental es particularmente compleja, señalándose que la magnitud del efecto sobre la adherencia al tratamiento es menor en salud mental, que en otros problemas de salud (171).

Otro argumento a favor de la inclusión de las preferencias de los pacientes en salud mental reside en los aspectos éticos relacionados con el derecho a la autodeterminación de las personas (172). Estudios recientes en personas con esquizofrenia y/o depresión, mostraron su aceptación, tanto en los pacientes como entre los médicos; y ésta se tradujo en mejoras en el conocimiento de los pacientes sobre su

enfermedad así como un mayor nivel de participación percibida en la toma de decisiones (145,173). Otros estudios ponen de manifiesto que las preferencias de tratamiento entre pacientes y profesionales difieren en importancia y frecuencia (174,175). Así, los pacientes parecen preferir los tratamientos psicoterapéuticos, frente a los farmacológicos, con más frecuencia de lo observado en la práctica clínica real (176).

A pesar de la evidencia emergente que justifica el creciente impulso de las políticas sanitarias, y de los aspectos éticos alineados, este modelo de abordaje asistencial se implementa escasamente en los sistemas de salud mental; tal como informa la Encuesta de Salud Mental de Inglaterra, en 2015, señalando que sólo la mitad de los pacientes consideraban haber sido involucrados suficientemente (177). En uno de los pocos estudios realizados en España sobre las preferencias de los pacientes psiquiátricos, se determinó que la concordancia entre la participación deseada y recibida era baja y, por tanto, los PSM debían ser más sensibles a las preferencias de los pacientes (178).

2.8 Preferencias de los pacientes sobre los tratamientos en TCS y Patología Dual

Existen pocos estudios que hayan analizado las preferencias en el tratamiento de los pacientes con TCS, centrándose en poblaciones concretas y evaluando preferencias específicas dentro del proceso terapéutico, no permitiendo sacar conclusiones generales para pacientes con TCS o patología dual.

Algunas de las observaciones que podemos encontrar en la escasa literatura disponible, muestra diferencias en las preferencias, según se trate de pacientes con trastornos por consumo de alcohol o drogas ilícitas. Los pacientes con TCS por alcohol, valoran ser incluidos en el proceso decisional clínico, y prefieren los tratamientos ambulatorios en hospitales de día; sin que se observaran preferencias significativas cuando se planteaba como objetivo la abstinencia total o el consumo controlado (179,180).

Por otro lado, cuando las preferencias de profesionales y pacientes con TCS coinciden, el consumo de la sustancia principal o el patrón de consumo presentado mejoraban, salvo en aquellos con TCS a cocaína (181-183). Los síntomas psiquiátricos mejoraban cuando coincidían las preferencias en todas las sustancias ilegales pero no en el TCS por alcohol (183). Sin embargo, no se observaron diferencias en relación a los objetivos terapéuticos tanto psiquiátricos como sociales aunque coincidieran las preferencias (184-186). También se describen mejorías en la gravedad de la adicción medida con el instrumento ASI, cuando el tipo de servicio ofrecido por el sistema coincidía con lo que los pacientes deseaban, si bien en otro estudio con pacientes con TCS de cocaína no se encontraron diferencias (183,186).

2.9 Activación (Concepto de la Patient Activation Measure)

2.9.1 Definición

La activación del paciente es otro aspecto clave para el empoderamiento del paciente y la aplicación de la ACP; definiéndose como el conocimiento y las habilidades que tiene alguien para asumir la responsabilidad de gestionar su propia salud, así como la probabilidad de hacerlo (187,188). Cuando la activación del paciente es alta, los pacientes muestran confianza, son proactivos en el manejo de su salud, buscan información para tomar decisiones sobre su tratamiento y llevan a cabo comportamientos positivos relacionados con su bienestar. Por el contrario, cuando la activación del paciente es baja, las personas presentan un rol pasivo, no pueden o no quieren asumir la responsabilidad de gestionar su salud y dependen mucho de los profesionales sanitarios para obtener

información y orientación. Se trata, por tanto, de una variable que favorece la TDC y a su vez puede ser resultado de ésta. Los niveles más altos de activación se asocian con una reducción de los ingresos urgentes, de la estancia hospitalaria, y de los costes sanitarios (189).

Si bien el término activación del paciente a menudo se usa indistintamente como compromiso, habilitación del paciente o empoderamiento, otra escuela de pensamiento considera que los términos son conceptos independientes. Para manejar los desafíos de la semántica y los conceptos superpuestos, se proporcionarán definiciones de cada uno de estos términos para el propósito de esta tesis (187).

- La activación consciente es el conocimiento y las habilidades que alguien tiene para asumir la responsabilidad de administrar su propia salud, así como la probabilidad de hacerlo (187).
- El empoderamiento ocurre cuando las personas creen que tienen un papel activo en su propio cuidado y contribuye a la toma de decisiones relacionadas con la salud (190).
- La participación del paciente se define como los pasos que las personas llevan a cabo para hacer el mejor uso de la prestación de atención médica a la que pueden acceder gracias a estar más activados (88).

2.9.1.1 Activación y autocuidado

El concepto de activación procede de la literatura del autocuidado, siendo considerado clave en el abordaje del Modelo de Atención a la Cronicidad (MAC), en Atención Primaria. El autocuidado es un término común en los programas de promoción y educación para la salud, y atención a la cronicidad, que surge en los programas de asma

pediátrica en la década de 1960, enfatizándolo como una tarea de por vida para las personas con enfermedades crónicas (191). Con el objetivo de promover la activación y el autocuidado, Bodenheimer et al. distinguen entre la educación tradicional del paciente, que define problemas y ofrece habilidades técnicas informales, y la educación para el autocuidado, que prepara a los pacientes para identificar sus problemas, enseña habilidades para su resolución, y proporciona estrategias para ayudar a tomar decisiones, definir acciones apropiadas y modificar acciones a medida que se encuentran con cambios en la enfermedad o las circunstancias (192).

La Tabla 9 resume el refinamiento de los atributos de autogestión de Lorig y Holman en cinco habilidades de autogestión generales que se consideran necesarias para que los pacientes efectúen tareas de autocuidado (191).

Tabla 9. Habilidades de autogestión

Habilidad	Descripción
Resolución de problemas	Habilidades básicas de resolución de problemas-definición de problemas, generación de posibles soluciones, implementación y evaluación de resultados
Toma de decisiones	Día a día, en respuesta a los cambios en la condición de la enfermedad; requieren la formación de mensajes clave para promover los tomas de decisiones importantes, adquiridos a través de la educación de la autogestión.
Utilización de recursos	Cómo encontrar y usar recursos: usando la guía telefónica, números de teléfono, Internet, biblioteca, guías de recursos comunitarios; Ponerse en contacto con varios recursos simultáneamente
Formar una asociación entre el paciente y el proveedor	El paciente debe ser capaz de informar con precisión los síntomas de la enfermedad, tomar decisiones informadas con respecto al tratamiento y discutirlos con el proveedor de atención. El papel del proveedor de salud es de maestro, socio y gerente profesional que

Tomar medidas	Implementar soluciones y dominio de habilidades, aprender cómo cambiar un comportamiento, hacer planes de acción específicos del comportamiento a corto plazo y llevarlos a cabo, con confianza en la ejecución del plan de acción
---------------	--

A pesar de la abundante investigación sobre la asociación entre el autocuidado y la mejora de los resultados de efectividad y eficiencia en el manejo de la enfermedad, Weingarten et al., concluyeron, mediante un metaanálisis, que los enfoques educativos para mejorar el autocuidado tuvieron un efecto moderado, en general, sobre los resultados de salud (193).

2.9.1.2 Evaluación de la Activación

Dada la importancia del autocuidado en los pacientes con problemas crónicos de salud, Hibbard et al. desarrollaron medidas del grado de activación, para utilizarla al objeto de aumentar la capacidad del paciente para el autocuidado. Para ello desarrollaron la escala de Medida de Activación del Paciente (PAM por sus siglas en inglés o su versión para salud mental PAM-MH), que ofrece la posibilidad de estratificar a las personas en niveles de activación, para diseñar y orientar las intervenciones adecuadas para ayudarlas a auto gestionarse (187).

Tabla 10: Descripción de los niveles PAM según Hibbard.

Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> - Pasivo, ve al profesional como el agente que decide. - No se responsabiliza de los resultados de salud. - Carece de conocimiento sobre la afección y los cuidados recomendados. - La adherencia es pobre
---------	---

<p>Nivel 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posee algunos conocimientos sobre la afección y el cuidado recomendado pero con grandes lagunas. - Falta de confianza en la autogestión. - Ve los resultados de salud fuera de su control. - Capaz de establecer metas simples a corto plazo.
<p>Nivel 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posee los conocimientos necesarios sobre la enfermedad y cuidados requeridos. - Busca información y recursos. - Establece metas para la autogestión. - Se responsabiliza de los resultados de salud.
<p>Nivel 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se asocia con el profesional en la toma de decisiones. - Conoce la afección y cuidados requeridos. - Busca activamente información y recursos. - Alta confianza en la autogestión. - Realiza conductas para alcanzar objetivos de salud.

Además de ser utilizada para ofrecer apoyo personalizado a los pacientes crónicos y evaluar la eficacia de las intervenciones de autocuidado (189), la PAM se utiliza como una medida de proceso, ya que puede constatar el compromiso creciente de las personas para gestionar sus problemas de salud (194). En las personas con niveles bajos de activación, cambios de comportamiento muy pequeños podrían tener un gran impacto y contribuir a que los pacientes se sientan más preparados para avanzar en la gestión activa de su salud (189). Aunque la PAM es el instrumento de medida dominante para capturar la activación del paciente, existen otras medidas alternativas, tales como la medida de Evaluación del Paciente de la Atención de Enfermedades Crónicas (PACIC) (189); o el Cuestionario de alfabetización en salud, que si bien se desarrolló para examinar el nivel de alfabetización en salud, tiene una subescala relacionada con la gestión activa de la salud (196).

2.9.1.3 Activación del paciente en condiciones específicas

Promover la activación del paciente, para impulsar su participación activa y responsable en su autocuidado, puede ser un componente importante del tratamiento para las personas con trastornos de salud mental. Como se ha expuesto, las personas con altos niveles de activación tienen relaciones de colaboración con sus cuidadores y participan activa y efectivamente en sus cuidados de salud (197).

La investigación realizada en diferentes patologías médicas ha revelado asociaciones favorables entre la activación del paciente y los comportamientos preventivos (198), utilización de recursos sanitarios (reducción de visitas a urgencias y hospitalizaciones) (197,199); mejor autogestión, cumplimiento farmacológico, y mejor funcionamiento y recuperación quirúrgica (200). Otros estudios han encontrado asociaciones positivas entre la activación del paciente y las percepciones del paciente sobre las relaciones de empoderamiento o calidad con las enfermeras/os y médicos (201). Además mayores niveles y/o puntuaciones en la PAM se han relacionado con un uso más apropiado de los recursos sanitarios y menores costes sanitarios (199).

Complementariamente, pacientes con niveles más bajos de activación tienen niveles más bajos de conocimientos relacionados con el autocuidado, menor adherencia a la medicación, más conductas de riesgo para la salud (consumo de tabaco o drogas ilícitas) y un mayor uso de servicios de urgencia y hospitalizaciones (198).

La evidencia de que niveles más altos de activación promueven resultados de salud positivos en pacientes con enfermedades crónicas, sugiere que en pacientes con trastornos de salud mental, también podría provocar efectos positivos en relación a su tratamiento y recuperación.

2.9.2 Activación en Psiquiatría

Existen muy pocos estudios sobre la activación de los pacientes en salud mental. A pesar de esta limitación, los resultados disponibles se orientan en la misma dirección que en las patologías médicas crónicas anteriormente comentadas. No obstante, las personas con problemas de salud mental tienden a estar menos activadas que los pacientes con otras enfermedades crónicas y, por tanto, su potenciación podrían mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados de salud (197). Al igual que en otras patologías crónicas, se ha observado una correlación negativa entre el grado de activación medido con la PAM-MH, y el uso de servicios sanitarios y los costes directos; especialmente entre los hombres (199). Estudios realizados en población general, señalan que los pacientes con enfermedades mentales tienen menos motivaciones para buscar atención médica, mantener hábitos saludables, adherirse al tratamiento; además de involucrarse menos en las decisiones relacionadas con su cuidado (202). Este aspecto podría identificarse como uno de los factores asociados con las mayores tasas de obesidad, tabaquismo, los niveles más bajos de actividad, las mayores tasas de complicaciones cardiovasculares; y, las tasas más altas de mortalidad entre esta población (199,203,204).

Una evaluación de estudios descriptivos en población clínica ha puesto de manifiesto que niveles bajos de activación se asocian fuertemente a niveles altos de depresión y bajos de calidad de vida (205). Complementariamente, otros estudios confirman que los altos niveles de activación se asocian a bajos niveles de depresión y mejores niveles de calidad de vida (198). Además, parece que esta mejoría en los resultados se mantiene a largo plazo; con un mejor manejo de la depresión y tasas de remisión más altas (201). Al parecer, la activación mejora con la mejora del acceso al profesional, y a la red de recursos asistenciales comunitarios (190). En pacientes con trastornos psicóticos, la mayor activación, se ha relacionado con un mejor automanejo de la enfermedad (199). La evaluación de algunas intervenciones para favorecer la activación en psiquiatría, entre las que se encontraban el aumento de la comunicación, el uso del Programa de Salud y Recuperación y el uso de tecnología basada en la web para

aumentar la activación del paciente, han mostrado potencial para mejorar la retención y el acceso a la asistencia en pacientes psiquiátricos (190,200). Lamentablemente, no hemos encontrado literatura que informe sobre los efectos de intervenciones para promover la activación entre los pacientes afectados por TCS o patología dual, si bien recientemente se realizó la validación de la escala para su uso en esta población (206).

3. JUSTIFICACIÓN

Existe un interés creciente por involucrar activamente al paciente con TCS, en su proceso terapéutico (163). Algunos estudios realizados en esta población sugieren que, los objetivos y resultados terapéuticos que los pacientes consideran importantes no siempre coinciden con los propuestos por los profesionales, asociándose a una peor adherencia y resultados de salud (68,70,71). Además, solo el 16% de las personas afectadas por TCS reciben tratamiento (21,67); por lo que uno de los principales objetivos sigue siendo la vinculación y retención del paciente al tratamiento (68). Para ello, se ha trabajado en la identificación de barreras y facilitadores para mejorar el acceso, ofreciendo recursos sanitarios y opciones de tratamiento de diferente complejidad organizativa (hospitalizaciones, centros de atención ambulatoria, hospitales de día y comunidades terapéuticas) (69). Algunos autores han argumentado que una ACP podría ayudar a lograr este objetivo para priorizar las necesidades propias de cada paciente y buscar un mayor equilibrio de poder entre éste y el profesional, a la hora de decidir sobre procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (72).

La TDC, como componente relevante de la ACP, implica un proceso comunicativo bilateral en el que el profesional médico y el paciente intentan llegar a un acuerdo sobre las decisiones a abordar, sustentado en la evidencia científica disponible sobre los beneficios y riesgos potenciales de las diferentes alternativas disponibles, considerando los valores y preferencias del paciente (207). Este modo de proceder es especialmente relevante en el manejo de enfermedades crónicas y decisiones médicas "sensibles a las preferencias", cuando las diferentes opciones de diagnóstico y/o tratamiento, están sujetas a incertidumbre u ofrecen un equilibrio similar entre riesgos y beneficios.

Estudios previos indican que un mayor grado de implicación en el tratamiento de las adicciones se asocia a una mayor satisfacción con el tratamiento (162), y a una reducción de la gravedad del TCS y de las patologías psiquiátricas comórbidas (163). La TDC también se ha relacionado con mejores resultados en el tratamiento de pacientes con TCS, mejorando el autocontrol y reduciendo el consumo de sustancias (163,164). Sin embargo,

no está claro cómo y en qué medida los pacientes quieren participar en este proceso terapéutico. Algunos estudios indican que los pacientes prefieren más información que responsabilidad a la hora de decidir (164). Friedrichs et al. (2016), en una revisión sistemática sobre TDC en pacientes con TCS, encontraron solo dos estudios que informaban sobre el deseo de los pacientes de desempeñar un papel activo en la elección del tratamiento, ya sea eligiendo la opción de tratamiento ellos mismos o compartiendo la decisión con el médico (158,159).

En nuestro país, no existen, hasta la fecha, estudios que analicen la relación entre la ACP, la TDC o aspectos relacionados como el grado de activación en pacientes con TCS; lo cual explica y justifica el interés de los objetivos e hipótesis de este estudio.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Hipótesis principales

H1. En los pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias, un mayor grado de **participación percibida** en las decisiones sobre su tratamiento (evaluada con CPS-rol percibido y SDM-9-Q) se relaciona con una mayor adherencia durante el seguimiento (H1a), mejor cumplimiento farmacológico (H1b) y menor consumo de sustancias durante el seguimiento a un año (H1c).

H2. En los pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias, una mayor **concordancia entre preferencia y percepción de participación** (evaluadas con la CPS), se relaciona con una mayor adherencia durante el seguimiento (H2a), mejor cumplimiento farmacológico (H2b) y menor consumo de sustancias durante el seguimiento a un año (H2c).

H3. En los pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancia, un mayor grado de **activación** (evaluada con la PAM) se relaciona con una mayor adherencia durante el seguimiento (H3a), mejor cumplimiento farmacológico (H3b) y menor consumo de sustancias durante el seguimiento a un año (H3c).

Hipótesis secundarias (análisis transversales en línea base)

H4. Los pacientes más jóvenes y con mayor nivel de estudios presentarán mayores puntuaciones en las variables relacionadas con la toma de decisiones (VRTD: preferencias de participación, participación percibida y activación).

H5. Los pacientes con consumo activo basal mostrarán menores puntuaciones en las VRTD que aquellos que estén abstinentes.

H6. Los pacientes presentarán diferencias en las puntuaciones en las VRTD en función del tipo de sustancia consumida.

H7. Los pacientes con comorbilidad psiquiátrica presentarán menores puntuaciones en las VRTD.

H8. Las puntuaciones en las VRTD variarán en función de los rasgos de personalidad.

H9. Se observará una menor puntuación en las VRTD en pacientes que inician seguimiento comparado con aquellos en los que el vínculo con el terapeuta ya esté establecido.

H10. Un mayor grado de activación se relaciona positivamente con una mayor preferencia y percepción de participación.

H11. Una mayor puntuación en las VRTD se relaciona con mayor calidad de vida relacionada con la salud.



OBJETIVOS

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Evaluar la preferencia de participación en la toma de Decisiones sobre el Tratamiento, la percepción del grado de Participación percibida en la toma de Decisiones sobre el Tratamiento (PDT), la concordancia entre preferencia de participación y PDT, y la activación del paciente, en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias en seguimiento ambulatorio, así como la asociación de dichas variables dependientes con variables sociodemográficas, clínicas, de personalidad y calidad de vida relacionada con la salud, y su capacidad predictiva del grado de adherencia durante el seguimiento, cumplimiento farmacológico y consumo de sustancias durante un año.

Objetivos específicos:

1. Estudiar las diferencias existentes en las variables dependientes en función del tipo de sustancia consumida, edad, nivel de estudios, estado civil u otras variables sociodemográficas.
2. Determinar si hay diferencias entre pacientes con consumo activo y aquellos en abstinencia basalmente en las VRTD.
3. Evaluar si hay diferencias en las VRTD en función del tipo de sustancia y la gravedad de la adicción.
4. Analizar la relación entre las VRTD y la comorbilidad psiquiátrica, contemplando el efecto moderador de esta última sobre la adherencia, cumplimiento farmacológico o consumo.
5. Analizar la relación entre los rasgos de personalidad y las VRTD y el efecto moderador de estos sobre la adherencia, cumplimiento farmacológico y consumo.
6. Estudiar las diferencias en las VRTD, entre los pacientes que inician tratamiento frente a ellos que ya se encontraban en seguimiento

7. Evaluar la asociación del grado de activación del paciente con la PDT; y el posible efecto de la activación en la PDT y las variables dependientes.

8. Evaluar la relación existente entre las VRTD y la calidad de vida relacionada con la salud.

MÉTODO

Se trata de un estudio observacional prospectivo de cohortes, realizado en un dispositivo de consultas externas para el tratamiento de las adicciones del Hospital Vall d'Hebron (Barcelona, España). El estudio fue aprobado por el Comité Ético del hospital y se llevó a cabo siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (208).

1. Configuración

El centro ambulatorio de tratamiento de adicciones Vall d'Hebron atiende a personas con TCS que viven en los barrios norte de Barcelona. El centro ofrece un enfoque de tratamiento integral para las adicciones conductuales y a todas las sustancias, basado en una combinación de psicoterapia individual sustentada en entrevistas motivacionales y un tratamiento psicofarmacológico según las guías internacionales.

2. Proceso de selección y evaluación

El proceso de reclutamiento y evaluación fue realizado por psiquiatras y psicólogos capacitados entre marzo de 2020 y junio de 2022. Para la elección de los pacientes se utilizó un método de muestreo por conveniencia. Todos los pacientes nuevos y los que ya estaban en tratamiento en el centro fueron informados e invitados a participar si cumplían los criterios de inclusión. Los que aceptaron firmaron un consentimiento informado. No hubo compensación económica de ningún tipo por la participación.

Los criterios de inclusión de los pacientes fueron: 1) edad entre 18 y 65 años, 2) que cumplieran criterios TCS según DSM-5; 3) tener capacidad para comprender y rellenar el cuestionario de investigación según el juicio del médico; y 4) firmar del consentimiento informado. Los pacientes fueron excluidos cuando presentaban 1) un estado de intoxicación en el momento de la entrevista, 2) descompensación del trastorno psiquiátrico; y 3) no hablaban español con fluidez.

El proceso de evaluación consistió en al menos dos evaluaciones. Una evaluación basal en el momento de la incorporación del paciente en el estudio; mientras que el resto de evaluaciones se hicieron coincidiendo con las visitas del tratamiento ambulatorio habitual. Esas visitas fueron realizadas por el psiquiatra y/o el psicólogo a cargo del paciente y consistieron en la evaluación de todas las variables con instrumentos validados (ver más abajo).

Nuestro objetivo era reclutar al menos 200 participantes. Basado en la fórmula recomendada ($20 * \text{Número de predictores}$) / Probabilidad del valor de resultado menos frecuente (209), este tamaño ofrecería poder adecuado para modelos univariados con una probabilidad de resultado de 0,10, y para un modelo con tres variables independientes (SDM-9-Q, PAM y una escala del CPS) y una probabilidad de resultado de 0,30.

3. Evaluación de seguimiento:

A los 6 meses, parámetros como el cumplimiento farmacológico y el grado de activación se evaluaron nuevamente utilizando los mismos instrumentos (ver más abajo). Se revisó la historia clínica informatizada para obtener información sobre la asistencia a visitas programadas o desvinculación del centro. La evaluación a los 12 meses se realizó mediante revisión de la historia clínica informatizada, obteniendo la información sobre la persistencia de la vinculación al tratamiento, cumplimiento farmacológico y consumo o abstinencia en caso de seguir vinculados al centro.

3.1 Variables

- Escala de Preferencia de Control - Control Preferences Scale (CPS)

Se trata de una escala autocumplimentada por los pacientes compuesta por dos ítems y cinco opciones de respuesta, que evalúan la preferencia y la percepción del paciente,

respectivamente, sobre su participación en el proceso de toma de decisiones (210). En nuestro estudio se utilizó la versión española de CPS que ha mostrado buena consistencia interna y validez convergente. Las opciones que proporciona van desde un rol completamente activo (el paciente toma la decisión- más control) hasta uno completamente pasivo (el médico decide sin la participación del paciente- menos control); con una opción intermedia representa la decisión compartida. Se trata de la escala más utilizada a la hora de evaluar los roles preferidos por los pacientes en las decisiones sobre su tratamiento. Para fines de análisis, las puntuaciones se concentraron en tres categorías: activa (considerando o no la opinión del médico), compartida y pasiva (considerando o no la opinión del paciente). La coincidencia entre preferencia y percepción se calculó a partir de estas tres categorías, clasificándose en tres niveles: preferencia coincidente, más participación de la deseada y menos participación de la deseada.

- **Cuestionario de Toma de Decisiones Compartidas - Shared Decision Making Questionnaire 9 items (SDM-Q-9)**

La escala autocumplimentada de 9 ítems de un solo factor, que evalúa la promoción del TDC por parte del médico en la consulta basándose en la percepción del paciente. Los ítems se responden en una escala Likert que va de 0 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La puntuación total se transforma en una escala de 0 a 100, donde las puntuaciones más altas indican niveles más altos de participación en el proceso. Ha demostrado tener una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,85 para la escala global, validez y una estructura unidimensional para el constructo subyacente que pretende medir. Suele utilizarse como indicador de calidad en las unidades asistenciales o para medir los resultados de determinadas intervenciones al aplicar la TDC. Se utilizó la versión española validada de la escala (211)

- **Medida de Activación del Paciente, versión para salud mental - Patient Activation Measure (PAM-MH)**

La PAM es un cuestionario autocumplimentado que evalúa el conocimiento, las habilidades, la confianza y la participación autopercebida por los pacientes en el manejo de enfermedades crónicas (197). Consta de 13 ítems a responder en una escala tipo Likert que va desde (1) totalmente en desacuerdo hasta (4) totalmente de acuerdo. La puntuación total se transforma en una escala de 0 a 100 utilizando tablas de calibración, proporcionadas bajo licencia. Las puntuaciones más altas indican un mayor grado de activación. La PAM-MH es un instrumento de medida confiable y válido de la activación del paciente en pacientes con problemas de salud mental. Utilizamos la versión española que ha demostrado ser un instrumento fiable (0,98) y válido para evaluar la activación en pacientes con enfermedad crónica en España y en concreto en pacientes de salud mental (212,213).

- **Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ)**

El cuestionario ZKPQ consta de 99 elementos en un formato de respuesta "verdadero-falso". Evalúa cinco grandes factores de personalidad, diferenciando entre: 1) Neuroticismo-Ansiedad (19 ítems), los ítems describen malestar emocional frecuente, tensión, preocupación, miedo, indecisión, falta de confianza en sí mismo y sensibilidad a la crítica; 2) Actividad (17 ítems), los ítems describen la necesidad de actividad general, la incapacidad de relajarse y no hacer nada cuando surge la oportunidad, y una preferencia por el trabajo duro y desafiante, una vida activa y ocupada y un alto nivel de energía; 3) Sociabilidad (17 ítems), los ítems describen la sociabilidad en las fiestas, la cantidad de amigos que uno tiene y la cantidad de tiempo que pasa con ellos, y una preferencia por estar con otros en lugar de estar solo y participar en actividades solitarias; 4) Los ítems de búsqueda impulsiva de sensaciones (19 ítems) implican la falta de planificación y la tendencia a actuar impulsivamente sin pensar y la búsqueda de emociones, experiencias novedosas y la disposición a asumir riesgos para este tipo de experiencias; 5) Agresión-

Hostilidad (17 ítems), los ítems describen una disposición a expresar agresión verbal; comportamiento grosero, irreflexivo o antisocial; venganza y rencor; tener mal genio e impaciencia hacia los demás. Además, incluye una escala de Infrecuencia (10 ítems), que permite eliminar sujetos con respuestas imprecisas. Esta prueba ha mostrado buenas propiedades psicométricas en muestras españolas, con coeficientes alfa de consistencia interna, altos parámetros de validez consensuada y buena estructura factorial, con coeficientes de congruencia con muestras estadounidenses, que van desde 0,84 a 0,96 (214).

- Cuestionario de salud SF 36

Se utilizó el cuestionario genérico de salud en su versión de 36 elementos (SF-36) para medir la calidad de vida física y psicológica desde la perspectiva del paciente. Es un instrumento autocumplimentado ampliamente administrado en la literatura científica sobre calidad de vida relacionada con la salud y adicciones. El cuestionario proporciona puntuaciones en 8 esferas, y estas se pueden agregar en la dimensión física y la dimensión mental. El instrumento demostró alta fiabilidad para los componentes de salud física y mental con un alfa de Cronbach de 0.86 para cada uno, indicando una buena consistencia interna (215).

- Gravedad de la adicción - European Addiction Severity Index (EuropASI)

Para medir la gravedad de la adicción se utilizó la versión Española del European Addiction Severity Index (EuropASI) validada por Bobes et al., 2017. Se trata de una entrevista semiestructurada y estandarizada para identificar y evaluar aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su TCS. Recoge información sobre la gravedad del consumo, sustancia principal consumida, historial médico, ocupacional, legal, familiar, social y sobre problemas psicológicos. La escala consta de una serie de ítems

objetivos que describen la situación actual del paciente, y finaliza con dos preguntas subjetivas sobre la importancia de los problemas referidos en la entrevista objetiva y del tratamiento para los mismos (216).

Finalmente, para la recolección y sistematización de las variables independientes del estudio se utilizó un cuestionario diseñado ad-hoc para recabar información sobre: edad, género, nivel educativo, nacionalidad, estado civil, situación laboral, consumo de sustancias al inicio, paciente previamente en seguimiento o nuevo y otras variables de consumo de sustancias.

3.2 Variables dependientes

- Vinculación al tratamiento (Retención):

Se definió abandono del seguimiento como la falta de asistencia a cita programada sin justificación previa o durante los 30 días posteriores, que permite medir objetivamente la permanencia o abandono en un período de tiempo determinado. Esta definición ha sido utilizada previamente en otros estudios evaluativos con pacientes con TCS (7,217). Esta información se obtuvo a través de historias clínicas e informes de profesionales, para evaluar la continuación del tratamiento.

La vinculación al tratamiento fue evaluada al primero, sexto y doceavo mes de haber iniciado el estudio por parte del terapeuta principal del paciente. Para el análisis, los pacientes se agruparon entre vinculados y no vinculados al tratamiento en cada una de las mediciones.

- **Cumplimiento farmacológico (Adherencia farmacológica):**

El cumplimiento de las prescripciones farmacológicas se evaluó con la versión española del Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (218). Está compuesto por seis preguntas que evalúan diferentes aspectos relacionados con el cumplimiento farmacológico: olvidos, rutina, efectos adversos y número de omisiones. Se clasifica a un paciente como no cumplidor si responde alguna respuesta en el sentido de no adherencia, o refiere haber omitido más de dos dosis en la última semana, o más de dos días completos sin tomar el medicamento en las últimas tres meses (218,219).

- **Consumo de sustancias:**

Se midió mediante test multipanel de drogas en orina para las sustancias más habituales (opiáceos, cannabis, cocaína, benzodiazepinas y anfetaminas) y mediante test de alcohol en aliento. Los controles de orina se realizaron dos veces por semana durante el seguimiento. Se definió consumo activo o recaída a la presencia de tres pruebas de orina positivas consecutivas para la sustancia principal o la sustancia que más problemas le causó al paciente (según el juicio clínico y sustentado en la información proporcionada por el cuestionario ad-hoc y el EuropASI en las variables médicas, sociales, psicológicas y psiquiátricas). Esta definición ha sido utilizada en estudios previos (54,220). Los pacientes con consumo principal de más de una sustancia ilegal, incluido el alcohol en grandes cantidades, fueron clasificados como policonsumidores.

3.3 Análisis estadísticos

Se calcularon estadísticas descriptivas (medias, desviaciones estándar y porcentajes) para todas las variables. Para analizar los correlatos en línea base de las VI se utilizó regresión logística multinomial en el caso del CPS (preferencia de rol, percepción de rol y correspondencia entre preferencia y percepción) y regresión lineal para el SDM-9-Q y PAM. Se usaron modelos multinivel, incluyendo al médico como

efecto aleatorio para controlar los efectos de agrupamiento. En todos los casos se realizaron análisis univariados para cada variable independiente, y aquellas con resultados significativos ($p < 0,05$) se incluyeron en un modelo multivariado. En el modelo para la PAM, la SDM-9-Q y la CPS también se incluyeron como variables independientes, y se incluyeron en el modelo multivariado si obtuvieron valores de p inferiores a 0,10 en los análisis univariados.

En el análisis prospectivo, las asociaciones de las variables independientes y las covariables incluidas con los resultados se analizaron por separado para los períodos de 0 a 6 y de 6 a 12 meses. En primer lugar, se realizaron análisis univariados para cada predictor; se utilizaron modelos de regresión logística multinivel, incluyendo al proveedor de salud como un efecto aleatorio para ajustarnos a la agrupación de pacientes. Luego se comparó este modelo con el modelo logístico mediante la prueba de razón de verosimilitud, y se utilizó este último si el resultado de la prueba no era significativo. Aquellas variables con valores de p inferiores a 0,10 en los análisis univariados se introdujeron juntas en un modelo multivariado (modelo 1). La multicolinealidad se evaluó mediante el factor de inflación de la varianza (VIF) y se excluyeron aquellas variables con $VIF > 4$ (modelo 2). Para los modelos multivariados, se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Para cada modelo, se exploraron posibles errores de especificación con el comando `linktest` de Stata. Esta prueba reconstruye el modelo utilizando el valor predicho y el valor predicho al cuadrado como predictores. Un resultado no significativo del primer término o un valor significativo del segundo indica posibles errores de especificación.

Presentamos cuatro índices de bondad de ajuste: el pseudo- R^2 , la prueba de Hosmer-Lemeshow, el Criterio de información de Akaike (CIA) y el Criterio de información bayesiano (CIB). El rendimiento predictivo de los modelos se evaluó calculando la sensibilidad, la especificidad, los casos correctamente clasificados y el área bajo la curva de características operativas del receptor (ROC) (ABC). Finalmente, refinamos aún más los modelos excluyendo predictores no significativos hasta que se minimizaron el CIA y el CIB (modelo 3).

Los datos perdidos no fueron imputados. Sólo en el caso del consumo de sustancias, se llevaron a cabo análisis adicionales asumiendo que ninguno de los participantes perdidos mostraba abstinencia (peor escenario).



RESULTADOS

Y

DISCUSIÓN



RESULTADOS

Desde marzo de 2020 hasta junio de 2022, 10 profesionales de salud mental reclutaron a 214 pacientes (mediana = 16, rango 10-62). Las características sociodemográficas de la muestra reclutada se detallan en la Tabla 11. La edad promedio fue de 44 años, dos tercios eran hombres y el 56,8% solo tenían estudios primarios o no tenían estudios formales. El 71% eran consumidores activos de sustancias al inicio del estudio y el 37,4% eran pacientes nuevos. El 49% de los participantes estaban en tratamiento por trastorno por consumo de alcohol, el 28,5% por cocaína y el 7,9% por opioides, mientras que el resto de drogas presentaban valores inferiores al 5%. Dado que la definición de policonsumo varía según la clasificación, se tuvo en cuenta la gravedad del consumo agudo. En este contexto, pacientes con consumo principal de más de una sustancia ilegal, incluido el alcohol en grandes cantidades, fueron clasificados como tales (Observatorio Europeo de Drogas y Drogadicción, 2002). Aproximadamente la mitad de la muestra presentaba un trastorno mental del Eje I y un 30,7% tenía un diagnóstico de trastorno de personalidad.

Tabla 11. Características de la muestra (n=214)

Sociodemográficos	N (%)
Edad, media (DE)	43.98 (11.6)
Mujer	72 (33.6%)
Educación (n=213)	
Sin estudios	25 (11.7%)
Primarios	96 (45.1%)
Secundarios	65 (30.5%)
Universitarios	27 (12.7%)
Estado civil (n=210)	
Soltero	84 (40.0%)
Casado/pareja	86 (40.6%)
Separado/divorciado	39 (18.6%)

Viudo	1 (0.5%)
Situación laboral (n=209)	
Empleado	64 (30.6%)
Desempleado	74 (35.4%)
Baja laboral	23 (11.0%)
Pensionista	40 (19.1%)
Otros	8 (3.8%)
Clínicos	
Paciente nuevo	80 (37.4%)
Consumo de sustancias basal	153 (71.5%)
En tratamiento por:	
Alcohol	105 (49.1%)
Cocaína	61 (28.5%)
Opioides	17 (7.9%)
Cannabis	9 (4.2%)
Benzodiacepinas	6 (2.8%)
Anfetaminas	4 (1.9%)
Analgésicos	1 (0.5%)
Policonsumo	11 (5.1%)
Dependencia presente o pasada	
Alcohol	124 (57.9%)
Cocaína	98 (45.8%)
Opioides	28 (13.1%)
Cannabis (n=212)	54 (25.5%)
Benzodiacepinas	18 (8.4%)
Policonsumo (n=212)	44 (20.1%)
Comorbilidades psiquiátricas	
Trastorno Depresivo (n=211)	68 (32.2%)
Trastorno Bipolar (n=210)	8 (3.8%)
Ansiedad (n=210)	33 (15.7%)
Trastorno adaptativo (n=210)	13 (6.2%)
Trastorno psicótico (n=213)	9 (4.2%)
Trastorno alimentario(n=212)	4 (1.9%)
Trastorno de personalidad (n=205)	63 (30.7%)

7.1 Rol preferido

La mayoría de los pacientes mostró preferencia por un rol compartido (46,9%) o pasivo (38,7%). En el análisis univariado, la preferencia por un rol activo, frente a uno compartido, se asoció significativamente con un nivel de educación superior (RRR = 2.58, IC 95%: 1.12, 5.94) (confirmando parcialmente H4), sustancia principal distinta del alcohol (RRR = 0,39, IC 95%: 0,17, 0,89) (confirmando H6), no tener un trastorno del estado de ánimo (RRR = 0,37, IC 95%: 0,14, 0,98) o trastorno depresivo (RRR = 0,33, IC 95%: 0,12, 0,95) (confirmando H7), una puntuación más baja en neuroticismo (RRR = 0,90, IC 95%: 0,83, 0,97) (confirmando H8) y una mejor calidad de vida relacionada con la salud física (RRR = 1,08, IC 95%: 1,02, 1,13) (confirmando H11). No hubo diferencias significativas entre preferencia por un rol compartido o pasivo en relación a las variables estudiadas.

En el modelo multivariado (sin incluir el trastorno del estado de ánimo para evitar la colinealidad con el trastorno depresivo), sólo se mantuvieron las diferencias significativas en la preferencia por un rol activo en función del nivel de educación y la calidad de vida (tabla 12) confirmando respectivamente las hipótesis H4 (parcialmente) y H11.

7.2 Rol percibido

La mitad de los pacientes (50,1%) percibieron que desempeñaban un papel pasivo en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, mientras que un enfoque compartido fue percibido por el 38,1%. La percepción de haber tenido un rol activo, frente a uno compartido, se relacionó con no padecer un trastorno depresivo (RRR = 0,27, IC del 95 %: 0,07, 0,95) o trastorno del estado de ánimo (RRR = 0,22, IC del 95 %: 0,07, 0,78) confirmando H7, y presentar una puntuación más baja en neuroticismo (RRR = 0,89, IC 95%: 0,82, 0,97) confirmando H8. En el modelo multivariado que incluye las dos últimas variables, ambas permanecieron significativas (tabla 12).

A nivel univariado, los pacientes que percibían un rol pasivo también tenían puntuaciones significativamente más bajas en neuroticismo que los pacientes que percibían un rol compartido (RRR = 0,94, IC 95%: 0,89, 0,99), pero en el modelo multivariado el resultado no alcanzó significación (p = 0,063).

7.3 Coincidencia de roles

Dos tercios (66,5%) de los pacientes mostraron concordancia entre el rol preferido y percibido en la práctica clínica, mientras que el 23% percibía menor oportunidad de participación de la deseada, y el 10,5% referían recibir más control o responsabilidad de la deseada.

En el análisis univariado, percibir más implicación de la deseada, frente a pacientes con preferencias coincidentes, se asoció con peores puntuaciones en la subescala de la ASI "Problemas de drogas" (RRR = 1.17, IC 95%: 1.01, 1.36), una mayor probabilidad de presentar policonsumo (RRR = 2,72, IC 95%: 1,06, 7,00), y mayor impulsividad (RRR = 1,12, IC 95%: 1,00, 1,24). Coeficientes que comparaban las preferencias coincidentes con aquellas en las que la percepción de participación era menor de la deseada no mostraron asociaciones significativas. En el modelo multivariado, ninguno de los las variables permanecieron significativas.

Tabla 12. Resultados de regresión logística multinomial múltiple en el CPS, incluidas variables con asociaciones univariadas significativas (descritas en el texto principal).

	RRR (IC95%) valor-p	RRR (IC95%) valor-p
Rol preferido (n = 201)^a	Activo	Pasivo

Estudios secundarios/universitarios	3.16 (1.28, 7.79) 0.012	1.53 (0.81, 2.89) 0.189
Alcohol	0.45 (0.18, 1.13) 0.088	0.84 (0.44, 1.58) 0.582
Trastornos Depresivos	0.50 (0.16, 1.55) 0.230	0.86 (0.44, 1.69) 0.668
Neuroticismo/ansiedad	0.93 (0.85, 1.02) 0.118	1.07 (1.00, 1.14) 0.050
SF-36 Físico	1.06 (1.00, 1.11) 0.035	1.03 (0.99, 1.06) 0.117
Rol percibido (n = 207)^a	Activo	Pasivo
Trastornos del estado de ánimo	0.23 (0.06, 0.84) 0.026	1.00 (0.54, 1.83) 0.996
Neuroticismo/ansiedad	0.90 (0.83, 0.99) 0.024	0.95 (0.89, 1.00) 0.063
Coincidencia de rol (n = 204)^b	Más del deseado	Menos del deseado
ASI Adicción	1.12 (0.95, 1.32) 0.177	0.97 (0.88, 1.08) 0.614
Policonsumo	2.04 (0.73, 5.69) 0.175	0.68 (0.25, 1.87) 0.453
Impulsividad	1.10 (0.99, 1.23) 0.084	1.01 (0.94, 1.09) 0.712
^a La referencia es "Compartida". ^b La referencia es "preferencia coincidente". ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; IC: intervalo de confianza; CPS: Control Preferences Scale; RRR: Ratio de Riesgo Relativo.		

7.4 Percepción de toma de decisiones compartida.

La puntuación media en el SDM-9-Q fue de 69,0 (DE = 21,6). En el análisis univariado, correlatos significativos de mayor TDC percibida fue no ser un paciente nuevo (B = -6.25, IC 95%: -11.2, -1.28) confirmando la H9, mayor gravedad en el consumo de alcohol según puntuaciones ASI (B = 1,14, IC 95%: 0,61, 1,68), puntuaciones más bajas en la subescala de la ASI "problemas legales" (B = -1.37, 95% IC: -2.51, -0.23), no presentar policonsumo (B = -6,81 IC 95% -10,5, -3,07), y presentar un consumo principal de sustancias diferente a opioides (OR= -7,62, IC 95%: -12,8, -2,46) o sedantes (OR= -7,90 IC 95%: -12,2, -3.58) confirmando las dos últimas la H6. En el análisis multivariado, sin embargo, sólo ser un paciente nuevo mantuvo la significación estadística con una mayor TDC percibida (B = -6,69, IC del 95 %: -10,9, -2,49). (Anexo Tabla A1)

7.5 Activación

La puntuación media en la MAP-MH fue de 56,8 (DE = 14,4), lo que indica niveles moderados de activación. En el análisis univariado, las puntuaciones más altas en actividad, uno de los componentes de la dimensión de extraversión de la escala ZKPQ, se asociaron significativamente con puntuaciones más altas en la PAM (B= 0,66, IC 95%: 0,11, 1,20) confirmando la H8. La preferencia por un rol activo, en comparación con uno compartido, también se relacionó con un mayor grado de activación (B = 5,33, IC 95%: 1,86, 8,79). El rol percibido, medido por la CPS, no obtuvo un resultado significativo, pero las puntuaciones en el SDM-Q-9 se relacionaron significativamente con la activación (B = 0,14, IC 95%: 0,04, 0,24). Ambos resultados confirmarían la H10. Con respecto a la coincidencia en la preferencia de roles, los pacientes que percibían más involucración de la deseada obtuvieron puntuaciones de activación más bajas que aquellos con coincidencia de roles, pero la diferencia fue significativa solo al 90% de nivel de confianza. En el análisis multivariado, solo la CPS y el SDM-9-Q mantuvieron significación (Anexo Tabla A1).

Tabla 13. Variables decisionales y activación

CPS	
Rol preferido (n=209)	
Activo	30 (14.4%)
Compartido	98 (46.9%)
Pasivo	81 (38.7%)
Rol percibido (n=210)	
Activo	24 (11.4%)
Compartido	80 (38.1%)
Pasivo	106 (50.1%)
Coincidencia de roles (n=209)	
Menos del deseado	48 (23.0%)
Coincide	139 (66.5%)
Más del deseado	22 (10.5%)
TDC-9 (n=211), media (de)	69.0 (21.6)
PAM (basal) (n=190), media (de)	56.8 (14.4)
PAM (6 meses) (n=104), media (de)	58.6 (16.5)

7.6 Seguimiento longitudinal

Las preferencias sobre el tratamiento se evaluaron longitudinalmente, a lo largo del estudio, analizándose la percepción del grado de TDC por parte de los pacientes, y su activación. También se evaluó si esos factores influyeron en la vinculación al tratamiento, la abstinencia a sustancias y cumplimiento farmacológico durante un año de seguimiento ambulatorio.

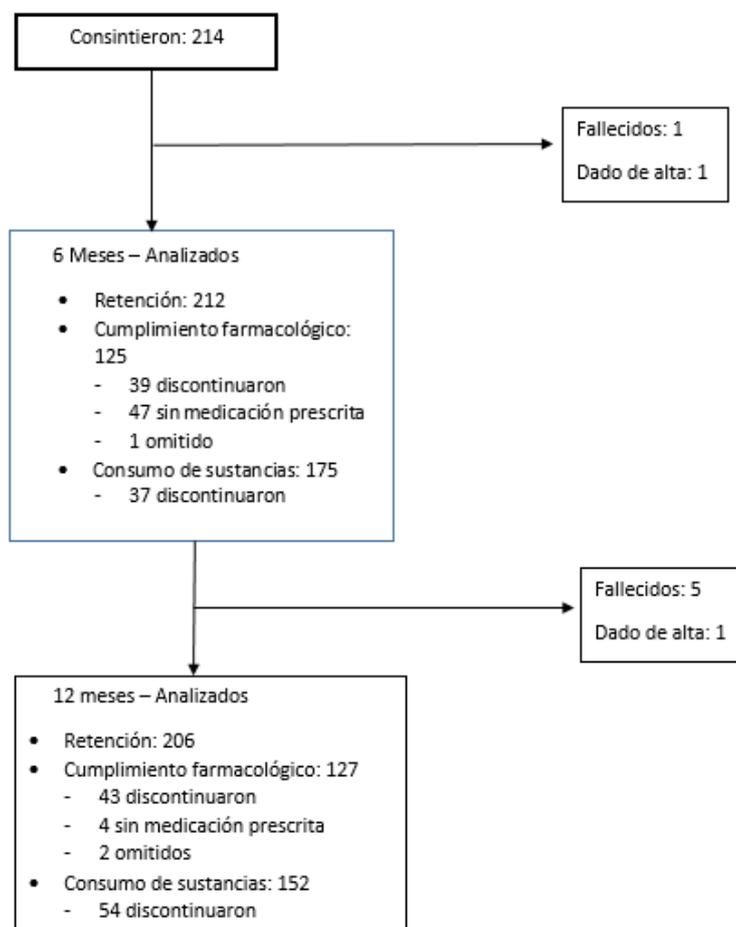
A los 6 meses un paciente había fallecido y otro fue dado de alta. Entre 6 y 12 meses, cinco pacientes murieron y uno fue dado de alta. Estos ocho pacientes fueron excluidos de los análisis correspondientes.

La tasa de vinculación al tratamiento a los 6 meses fue del 81,6% (173/212); habiendo recibido prescripción farmacológica 126 pacientes. Entre los 6-12 meses, el 69,4% de los pacientes (143/206) cumplieron con las citas. Los datos que explican las escasas pérdidas de datos entre los pacientes vinculados terapéuticamente y aquellos otros que discontinuaron el plan terapéutico, quedan expuestos en la figura 3. Para completar esta información fue preciso recurrir a fuentes de información externas.

Al inicio del estudio, los valores perdidos oscilaron entre 0 y 4,7 % en todas las variables, excepto en la MAP (11,2 %) (Anexo, tabla A2). Ninguna de las variables incluidas se asoció significativamente con no tener puntuaciones en la PAM (Anexo, tabla A3).

La consistencia interna (alfa de Cronbach) de las escalas psicométricas utilizadas fue 0,90 (SDM-9-Q), 0,84 (PAM), 0,96 (SMAQ), 0,87 (ZKPQ-Neuroticismo), 0,61 (ZKPQ-Agresión/hostilidad), 0,72 (ZKPQ -Actividad), 0,79 (ZKPQ-Impulsividad), 0,79 (ZKPQ-Sociabilidad), 0,79 (SF-36 físico) y 0,82 (SF-36 mental).

Figura 3. Diagrama de flujo del estudio.



- **Predictores de los resultados clínicos.**

En todos los análisis univariados, el modelo multinivel con el psiquiatra como efecto aleatorio no difirió significativamente del modelo logístico simple, y la prueba de razón de verosimilitud arrojó la mayoría de los valores de χ^2 cercanos a cero. Por lo tanto, utilizamos el modelo logístico, más parsimonioso. En el anexo, las tablas A4-A7 muestran los modelos univariados y los resultados iniciales de los modelos multivariados (modelo 1).

- **Vinculación al tratamiento (Retención)**

Las variables relacionadas con la decisión (CPS, concordancia preferido/percebido, SDM-9-Q) y la activación del paciente (PAM) no predijeron significativamente la retención a los 6 meses (tabla 3). En el modelo final, estar abstinentes al inicio de la evaluación (OR = 0,13, IC95%: 0,04, 0,46), una puntuación más alta en la subescala ASI-Consumo de drogas (OR = 0,86, IC95%: 0,75, 0,98) y puntuaciones de sociabilidad más bajas (OR = 0,89; IC 95%: 0,81; 0,99), se relacionaron significativamente con la vinculación al tratamiento (tabla 14). El pseudo-R2 fue de 0,18, el modelo clasificó correctamente al 84,16% de los pacientes y el ABC fue de 0,78.

La retención durante 6-12 meses se predijo significativamente en el modelo multivariado final al no ser un paciente nuevo (OR = 0,49, IC95%: 0,25, 0,95) y tener un trastorno del estado de ánimo (OR = 2,12, IC95%: 0,25, 0,95). IC: 1,02, 4,41) (tabla 4). Los participantes que percibieron más participación de la deseada tenían menos probabilidades de mantener la vinculación en comparación con aquellos con preferencias coincidentes (OR = 0,39; IC95%: 0,15; 1,98; p = 0,046), pero la diferencia no alcanzó significación en el modelo multivariado (OR = 0,38; IC95%: 0,14, 1,06; p = 0,061). La exclusión de cualquiera de los predictores no significativos no mejoró el ajuste del modelo, evaluado por el CIA. El pseudo-R2 fue de 0,11, el modelo clasificó correctamente al 74,62% de los pacientes y el ABC fue de 0,72.

Por tanto, las hipótesis H1a y H3a son rechazadas. La hipótesis H2a se confirma parcialmente a los 12 meses en el modelo univariado.

Tabla 14. Modelos de regresión univariada en vinculación al tratamiento.

CPS	0-6 meses			6-12 meses		
	N	OR (IC95%)	P	N	OR (IC95%)	P
Rol preferido(ref: compartido)	207			202		

Activo		0.99 (0.33, 2.97)	0.982		0.60 (0.25, 1.46)	0.262
Pasivo		0.73 (0.34, 1.56)	0.450		0.94 (0.48, 1.81)	0.843
Rol percibido(ref: compartido)	208			203		
Activo		1.06 (0.32, 3.59)	0.925		0.65 (0.25, 1.71)	0.384
Pasivo		0.89 (0.42, 1.90)	0.764		1.05 (0.55, 2.02)	0.877
Coincidencia de roles (ref: coinciden)	207			202		
Menos de lo deseado		0.84 (0.36, 1.98)	0.611		0.66 (0.32, 1.35)	0.251
Más de lo deseado		0.53 (0.19, 1.51)	0.236		0.39 (0.15, 0.98)	0.046
SDM-9-Q	209	1.00 (0.99, 1.02)	0.717	203	1.01 (0.99, 1.02)	0.286
PAM	189	1.01 (0.98, 1.04)	0.499	183	1.00 (0.98, 1.02)	0.926
Valores de p significativos se muestran en negrita.						
IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.						

Tabla 15. Modelo multivariado final en vinculación al tratamiento.

	0-6 meses (n = 202)				6-12 meses (n = 197)		
	Modelo 2 ^a		Modelo 3 ^b		Predictores basales	Modelo 2 ^c	
Predictores basales	OR (IC95%)	p	OR (95% IC)	p		OR (IC95%)	p
Casado/pareja	2.32 (0.96, 5.57)	0.061	2.31 (0.96, 5.56)	0.061	Consumo de Sustancias	0.53 (0.23, 1.25)	0.148
Consumo de Sustancias	0.13 (0.04, 0.50)	0.003	0.13 (0.04, 0.46)	0.002	Paciente nuevo	0.49 (0.25, 0.95)	0.035
Paciente nuevo	0.88 (0.38, 2.02)	0.764	-	-	Opioides	2.73 (0.72, 10.31)	0.139
ASI-CD	0.86 (0.75, 0.98)	0.026	0.86 (0.75, 0.98)	0.023	Trastorno del ánimo	2.12 (1.02, 4.41)	0.043
Alcohol	1.95 (0.82, 4.63)	0.130	1.99 (0.84, 4.68)	0.116	Coincidencia de roles (ref: coinciden)		
Trastorno del ánimo	1.86 (0.74, 4.66)	0.184	1.87 (0.75, 4.68)	0.181	Menos de lo deseado	0.56 (0.25, 1.22)	0.143

Sociabilidad	0.89 (0.80, 0.99)	0.034	0.89 (0.81, 0.99)	0.035	Más de lo deseado	0.38 (0.14, 1.06)	0.063
Linktest: valores de p de p para PS y PS²	0.001; 0.249		0.001; 0.249		Linktest: valores de p para PS y PS²	<0.001; 0.170	
Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	7.89 (0.444)		9.74 (0.284)		Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	7.27 (0.401)	
CIA/CIB	175.76 / 202.23		173.85 / 197.01		CIA/CIB	230.34 / 253.33	
Pseudo-R²	0.18		0.18		Pseudo-R²	0.11	
Sensibilidad	98.17%		98.17%		Sensibilidad	94.89%	
Especificidad	26.32%		23.68%		Especificidad	28.33%	
Correctamente clasificados	84.65%		84.16%		Correctamente clasificados	74.62%	
ABC	0.78		0.78		ABC	0.72	
<p>^a Edad excluida por colinealidad (VIF > 4). ^b Los predictores no significativos se excluyeron hasta que se minimizaron los valores de CIA y CIB. ^c Edad y componente físico del SF-36 excluidos por colinealidad (VIF > 4). La exclusión de cualquier predictor no mejoró la AIC. ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; ASI-CD: Consumo de drogas; CIA: criterio de información de Akaike; ABC: Área Bajo la Curva; BIC: criterio de información bayesiano; IC: Intervalo de Confianza; O: Odds ratio; PD: puntuación prevista; VIF: Factor de inflación de varianza. Los valores de p significativos se muestran en negrita.</p>							

- Cumplimiento farmacológico (Adherencia a la medicación)

La tasa de pacientes adherentes al tratamiento a los 6 meses fue del 84% (105/125). La CPS, la SDM-9-Q y la PAM no predijeron significativamente la adherencia a la medicación (tabla 16). En el modelo multivariado, los predictores significativos fueron: no ser un paciente nuevo (OR = 0,26, IC del 95 %: 0,08, 0,92), tener un trastorno mental del Eje I (OR = 5,03, IC del 95 %: 1,27, 19,87) y no tener un trastorno de personalidad (OR = 0,22, IC 95%: 0,06, 0,79) (tabla 17). Después de excluir los predictores no significativos (modelo 3), el ajuste del modelo mejoró y el consumo de sustancias al inicio del estudio (OR = 0,19; IC95%: 0,04, 0,98) y la subescala ASI-Empleo y apoyo (OR = 0,78; IC 95%: 0,62, 0,98) se volvió significativo. El pseudo-R² fue de 0,26, el modelo clasificó correctamente al 88,79% de los pacientes y el ABC fue de 0,82.

Entre 6-12 meses, el 73,2% de los pacientes (93/127) tenían adherencia a la medicación. Las variables significativas en el modelo 2 fueron no ser un paciente nuevo

(OR = 0,29, IC95%: 0,10, 0,82), tener un trastorno depresivo (OR = 3,58, IC95%: 1,13, 11,29) y no tener un trastorno de personalidad (OR = 0,26; IC95 %: 0,09, 0,75) (tabla 6). En el modelo 3, la subescala ASI-Estado médico también obtuvo un resultado significativo (OR = 0,81, IC95%: 0,70, 0,95). El pseudo-R2 fue de 0,19, el modelo clasificó correctamente al 75,00% de los pacientes y el ABC fue de 0,79.

A partir de estos resultados, las hipótesis H1b, H2b y H3b son rechazadas.

Tabla 16. Modelos de regresión univariada en adherencia a la medicación.

CPS	0-6 meses			6-12 meses		
	N	OR (IC95%)	P	N	OR (IC95%)	P
Rol preferido(ref: compartido)	124			127		
Activo		0.60 (0.17, 2.07)	0.419		0.58 (0.10, 3.25)	0.539
Pasivo		1.80 (0.56, 5.79)	0.324		0.86 (0.33, 2.29)	0.769
Rol percibido(ref: compartido)	124			127		
Activo		0.77 (0.17, 3.45)	0.734		0.57 (0.10, 3.32)	0.535
Pasivo		2.24 (0.77, 6.54)	0.140		1.19 (0.43, 3.31)	0.736
Coincidencia de roles (ref: coinciden)	124			127		
Menos de lo deseado		1.28 (0.39, 4.25)	0.685		0.94 (0.37, 2.42)	0.904
Más de lo deseado		1.58 (0.18, 13.63)	0.679		0.39 (0.11, 1.42)	0.155
SDM-9-Q	124	0.98 (0.96, 1.01)	0.242	126	1.00 (0.99, 1.01)	0.738
PAM	115	0.98 (0.95, 1.02)	0.395	117	0.98 (0.95, 1.02)	0.414
Los valores p significativos se muestran en negrita.						
CI: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.						

Tabla 17. Modelo multivariado final en adherencia

0-6 meses ^a (n = 116)					6-12 meses (n = 119)				
	Modelo 2 ^a		Modelo 3 ^b			Modelo 2		Modelo 3 ^b	
Predictores basales	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p	Predictores basales	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Consumo de sustancias	0.19 (0.04, 1.04)	0.056	0.19 (0.04, 0.98)	0.048	Consumo de sustancias	0.86 (0.25, 2.91)	0.803	-	-
Paciente nuevo	0.26 (0.08, 0.92)	0.037	0.25 (0.07, 0.87)	0.029	Paciente nuevo	0.29 (0.10, 0.82)	0.020	0.25 (0.10, 0.66)	0.005
ASI-ES	0.82 (0.64, 1.05)	0.109	0.78 (0.62, 0.98)	0.031	ASI-MS	0.86 (0.72, 1.01)	0.072	0.81 (0.70, 0.95)	0.010
ASI-CA	0.88 (0.70, 1.10)	0.263	-	-	ASI-ES	0.89 (0.75, 1.06)	0.200	-	-
ASI-FS	0.93 (0.74, 1.17)	0.548	-	-	ASI-CA	0.95 (0.79, 1.13)	0.547	-	-
Trastorno Eje-I	5.03 (1.27, 19.87)	0.021	4.61 (1.19, 17.79)	0.027	Trastornos Depresivos	3.58 (1.13, 11.29)	0.030	3.43 (1.13, 10.43)	0.030
Trastorno de Personalidad	0.22 (0.06, 0.79)	0.020	0.24 (0.07, 0.83)	0.025	Trastorno de Personalidad	0.26 (0.09, 0.75)	0.013	0.21 (0.08, 0.57)	0.002
					SF-36 Mental	1.02 (0.98, 1.06)	0.350	-	-
Linktest: valores de p para PS y PS ²	0.003; 0.285		0.004; 0.246		Linktest: valores de p para PS y PS ²	0.002; 0.799		0.019; 0.278	
Hosmer-Lemeshow χ^2 (p)	5.56 (0.696)		12.83 (0.118)		Hosmer-Lemeshow χ^2 (p)	7.53 (0.480)		5.97 (0.543)	
CIA/CIB	91.16 / 113.19		88.73 / 105.25		CIA/CIB	126.22 / 151.23		123.25 / 137.19	
Pseudo-R ²	0.27		0.26		Pseudo-R ²	0.22		0.19	
Sensibilidad	96.91%		98.97%		Sensibilidad	91.95%		90.91%	
Especificidad	31.58%		36.84%		Especificidad	40.63%		31.25%	
Correctamente clasificado	86.21%		88.79%		Correctamente clasificado	78.15%		75.00%	
ABC	0.84		0.82		ABC	0.81		0.79	

^a Edad excluida por colinealidad (VIF > 4).

^b Los predictores no significativos se excluyeron hasta que se minimizaron los valores de CIA y CIB.

CIA: criterio de información de Akaike; ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; ASI-ME: Estado médico; ASI-ES: Empleo y apoyo; ASI-CA: Consumo de Alcohol; ASI-FM: Situación familiar; ABC: Área bajo la Curva; CIB: criterio de información bayesiano; IC: Intervalo de Confianza; O: Odds ratio; PD: puntuación prevista; VIF: Factor de inflación de varianza.

Los valores de p significativos se muestran en negrita.

- Consumo de sustancias

Entre el inicio y los 6 meses, el 40% de los participantes (70/175) habían presentado consumo de sustancias. En los modelos univariados, los participantes que percibieron más implicación de la deseada, en comparación con aquellos con preferencias coincidentes, tuvieron significativamente más probabilidades de presentar consumo de sustancias (OR = 2,63, IC95%: 1,04, 6,63) (tabla 18). Sin embargo, en el modelo multivariado el resultado pasó a ser no significativo, aunque su exclusión empeoró claramente el ajuste del modelo, evaluado por el CIA y el CIB (tabla 19). Los predictores significativos fueron el consumo de sustancias al inicio del estudio (OR = 7,08; IC95 %: 2,71; 18,51) y una puntuación más alta en la subescala de empleo/apoyo del ASI (OR = 1,19; IC95 %: 1,03; 1,37). En el modelo 3, ser un paciente nuevo, se asoció significativamente con una mayor probabilidad de consumo de sustancias (OR = 2,18, IC95%: 1,03, 4,61). El pseudo-R2 fue de 0,21, el modelo clasificó correctamente al 71,10% de los pacientes y el ABC fue de 0,77. En el peor de los escenarios, los predictores significativos fueron los mismos (anexo, cuadro A6).

Entre 6 y 12 meses, la tasa de consumo de sustancias fue del 28,9% (44/152). Los pacientes que percibieron más participación de la deseada también tenían significativamente más probabilidades de presentar consumo de sustancias, pero el valor de p se situó ligeramente por encima del nivel de significancia ($p = 0,051$). En los modelos multivariados el resultado no fue significativo, pero nuevamente su exclusión empeoró el ajuste del modelo. Los predictores significativos fueron el consumo de sustancias al inicio del estudio (OR = 4,23, IC95 %: 1,41, 12,69) y la subescala ASI-Estado familiar (OR = 1,18, IC95 %: 1,00, 1,36). En el modelo 3, la subescala de ASI-Legal se volvió significativa (OR = 1,24, IC95%: 1,03, 1,48). El pseudo-R2 fue de 0,13, el modelo clasificó correctamente al 73,79% de los pacientes y el ABC fue de 0,76.

En el peor escenario, sólo el consumo de sustancias al inicio del estudio fue significativo (anexo, tabla A6).

Por tanto, las hipótesis H1c y H3c son rechazadas. La hipótesis H2c se confirma parcialmente a los 6 meses en el modelo univariado.

Tabla 18. Modelos de regresión univariada en consumo de sustancias.

CPS	0-6 meses			6-12 meses		
	N	OR (IC95%)	P	N	OR (IC95%)	P
Rol preferido(ref: compartido)	171			150		
Activo		1.34 (0.63, 2.85)	0.443		1.74 (0.47, 6.40)	0.407
Pasivo		0.54 (0.14, 2.02)	0.443		1.16 (0.48, 2.82)	0.741
Rol percibido(ref: compartido)	172			151		
Activo		2.22 (0.56, 8.88)	0.259		1.80 (0.39, 8.38)	0.454
Pasivo		0.73 (0.43, 1.23)	0.259		0.90 (0.51, 1.60)	0.717
Coincidencia de roles (ref: coinciden)	171			150		
Menos de lo deseado		1.76 (0.85, 3.64)	0.129		1.42 (0.79, 2.58)	0.244
Más de lo deseado		2.63 (1.04, 6.63)	0.041		2.35 (1.00, 5.53)	0.051
SDM-9-Q	174	0.99 (0.98, 1.01)	0.267	151	0.99 (0.98, 1.00)	0.071
PAM	161	1.00 (0.99, 1.01)	0.937	140	1.01 (1.00, 1.02)	0.161
Los valores de p significativos se muestran en negrita.						
IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.						

Tabla 19. Modelo multivariado final en consumo de sustancias

0-6 meses (n = 168)					6-12 meses (n = 143)				
Predictores basales	Modelo 2 ^a		Modelo 3 ^b		Predictores basales	Modelo 2 ^c		Modelo 3 ^b	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p		OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Consumo de sustancias	7.08 (2.71, 18.51)	<0.001	7.18 (2.81, 18.32)	<0.001	Job status	0.65 (0.28, 1.53)	0.323	-	-
Paciente nuevo	2.03 (0.95, 4.33)	0.068	2.18 (1.03, 4.61)	0.042	Consumo de sustancias	4.23 (1.41, 12.69)	0.010	4.14 (1.52, 11.28)	0.005
ASI-MS	1.08 (0.94, 1.25)	0.294	-	-	ASI-LS	1.19 (0.97, 1.45)	0.088	1.24 (1.03, 1.48)	0.022
ASI-ES	1.19 (1.03, 1.37)	0.021	1.23 (1.09, 1.39)	0.001	ASI-FS	1.18 (1.00, 1.36)	0.042	1.17 (1.01, 1.35)	0.037
ASI-AU	1.06 (0.93, 1.21)	0.367	-	-	Opioides	1.50 (0.42, 1.33)	0.530	-	-
ASI-FS	1.04 (0.88, 1.21)	0.669	-	-	Policonsumo	0.96 (0.34, 2.75)	0.942	-	-
ASI-PS	0.96 (0.81, 1.14)	0.662	-	-	Trastorno de Personalidad	1.30 (0.52, 3.22)	0.572	1.25 (0.53, 2.97)	0.613
Coincidencia de roles (ref: coinciden)					Coincidencia de roles (ref: coinciden)				
Menos de lo deseado	1.51 (0.61, 3.71)	0.372	1.58 (0.65, 3.85)	0.314	Menos de lo deseado	1.65 (0.62, 4.39)	0.319	-	-
Más de lo deseado	1.87 (0.55, 3.67)	0.319	1.90 (0.56, 6.42)	0.301	Más de lo deseado	1.86 (0.47, 7.46)	0.378	-	-
Linktest: valores de p para PS y PS²	<0.001; 0.802		<0.001; 0.412		Linktest: valores de p para PS y PS²	0.011; 0.258		0.142; 0.056	
Hosmer-Lemeshow, χ^2 (p)	8.58 (0.379)		14.38 (0.072)		Hosmer-Lemeshow χ^2 (p)	9.18 (0.327)		6.11 (0.634)	
CIA/CIB	196.84 / 228.08		191.66 / 210.44		CIA/CIB	165.60 / 195.23		161.51 / 176.40	
Pseudo-R²	0.21		0.21		Pseudo-R²	0.15		0.13	
Sensibilidad	60.61%		60.00%		Sensibilidad	31.71%		26.19%	
Especificidad	80.39%		78.64%		Especificidad	94.12%		93.2%	
Correctamente e clasificados	72.62%		71.10%		Correctamente clasificados	76.22%		73.79%	
ABC	0.80		0.77		ABC	0.77		0.76	

^a Rasgo de actividad y componente mental SF-36 excluidos debido a colinealidad (VIF > 4).

^b Los predictores no significativos se excluyeron hasta que se minimizaron los valores de CIA y CIB.

^cEdad, ASI-Empleo y apoyo, ASI-Estado psiquiátrico y SDM-9-Q, excluidos por colinealidad (VIF > 4).

CIA: Criterio de Información de Akaike; ASI: Índice de Gravedad de la Adicción; ASI-ME: Estado médico; ASI-ES: Empleo y apoyo; ASI-AU: Consumo de alcohol; ASI-LS: personería jurídica; ASI-FM: Situación familiar; ASI-PS: estado psiquiátrico; ABC: Área Bajo la Curva; CIB: criterio de información bayesiano; IC: Intervalo de Confianza; O: Odds ratio; PD: puntuación prevista; SDM-9-Q: Cuestionario de toma de decisiones compartida; VIF: Factor de inflación de varianza.

Los valores de p significativos se muestran en negrita.

8. DISCUSIÓN

8.1 Preferencias de participación

En esta muestra, el 47% de los pacientes prefería un rol compartido en la toma de decisiones, mientras que el 39% prefería un rol pasivo. No se encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos en ninguno de los correlatos evaluados. Por el contrario, el 14% de los pacientes que prefirieron un rol activo presentó diferencias significativas respecto al grupo “compartido”, correspondiendo a un perfil de paciente de aparente menor complejidad caracterizado por una mayor educación, menor probabilidad de depresión, menor consumo de alcohol, menor neuroticismo y mejor CVRS. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la gravedad de la adicción, evaluada por el ASI (221). Estos resultados podrían interpretarse como una consecuencia de la merma de algunas habilidades o la falta de confianza que sienten los pacientes con trastornos afectivos y de ansiedad, lo cual podría generarles temor a asumir demasiadas responsabilidades o a tomar una decisión equivocada y por ello preferir un rol pasivo o compartido en el mejor de los casos. Esta hipótesis también podría justificar los resultados obtenidos entre aquellos pacientes con rasgos de personalidad más impulsivos, con mayor gravedad en el consumo o con policonsumo que declaran recibir más participación de la que les gustaría. Estos hallazgos son similares a los encontrados en condiciones médicas crónicas como hipertensión, traumas menores o enfermedades mentales como esquizofrenia o depresión en las que los pacientes querían participar pero en colaboración con el médico (157,222). Este es un aspecto de interés que debería confirmarse en futuros estudios ya que aunque los pacientes no parecen sentirse preparados para asumir un rol activo y la responsabilidad que conlleva, muchos no quieren dejar de estar implicados en el proceso de algún modo.

Las investigaciones previas en pacientes con TCS se han centrado principalmente en las preferencias de tratamiento por parte de los pacientes (157), y los estudios sobre

preferencias de participación son muy escasos y de alcance limitado (158,159). Un estudio reciente en pacientes con TCS por alcohol efectuado en Alemania, mostró una tasa bastante más baja de preferencia de rol pasivo (10 %) (223), mientras que en nuestro estudio los pacientes con dependencia actual o pasada al alcohol mostraron la misma tasa que los de la muestra total. La distribución de preferencias reportada en nuestro estudio es similar a la observada en muestras psiquiátricas mixtas españolas (221,224,225), por lo que esta diferencia con el estudio alemán podría explicarse, al menos parcialmente, por las diferencias culturales existentes entre países e incluso entre regiones del mismo país y que también se han descrito en otras condiciones médicas (226). Nuestro estudio no encuentra diferencias significativas al examinar la asociación entre las preferencias de participación y los resultados analizados. Neuner et al. (2007) encontraron una asociación significativa entre el consumo de tabaco y alcohol autoreportado y una menor preferencia por involucrarse en la toma de decisiones; si bien este fue un análisis exclusivamente transversal y limitado a pacientes con trauma tratados por lesiones agudas, no diagnosticados de TCS. En muestras psiquiátricas mixtas, Mahone et al. (2008), no observaron asociación significativa entre un rol preferido en la TDC y el cumplimiento farmacológico autorreportado; mientras que De las Cuevas et al. (2014) encontraron que los pacientes que preferían un rol pasivo mostraban un mejor cumplimiento que aquellos que preferían un rol activo. Es necesario seguir profundizando en la influencia de las preferencias de participación sobre los procesos y resultados del tratamiento, mediante estudios multicéntricos que reflejen diferentes contextos terapéuticos.

Como se ha comentado anteriormente, la investigación sobre las preferencias de los pacientes con TCS se ha centrado en las preferencias de tratamiento o dispositivo terapéutico. En algunos estudios, cuando estas preferencias estaban satisfechas, se tendía a observar, al menos, tendencias de consumo menos intensas o menor consumo de sustancias en días previos a la evaluación (181,182,227). En otro estudio, se obtuvieron mejoras en las puntuaciones del ASI cuando el tipo de servicio ofrecido por el proveedor coincidía con lo que querían los pacientes; y mayor vinculación cuando los servicios médicos ofrecidos coincidían con lo deseado en pacientes con TCS por cocaína (183). No obstante, estos resultados no pudieron ser confirmados por otros estudios posteriores debido a la metodología heterogénea y resultados divergentes (184,186,228); sugiriendo

que la coincidencia de preferencias es un enfoque deseable que debería ser evaluado más a fondo.

8.2 Percepción de participación

La distribución de los resultados sobre percepción de participación (CPS) fue similar a la de las preferencias, con un porcentaje algo mayor de percepción de rol pasivo (50.1%) y algo menor de rol activo (11.4%) y compartido (38.1%). Los resultados sobre correlatos de la percepción del rol, también evaluado con la CPS, fueron en la misma dirección que la preferencia pero solo para la presencia de un trastorno del estado de ánimo y el nivel de neuroticismo. Estos pacientes tendieron a percibir un enfoque compartido en lugar de uno activo.

No se obtuvieron relaciones significativas de la participación percibida y las medidas de resultado. En muestras psiquiátricas mixtas, Mahone et al. (2008) y De las Cuevas et al. (2014) tampoco observaron una asociación significativa entre percepción de participación y cumplimiento farmacológico. Por tanto, la percepción en sí del rol jugado a la hora de tomar las decisiones terapéuticas no parece influenciar los resultados.

En cuanto a la percepción de la TDC en consulta, los resultados muestran una puntuación media de 69,0 (DE = 21,6) para el SDM-9-Q, semejante a lo publicado por estudios previamente realizados en pacientes con otras patologías médicas. En una revisión sistemática reciente del uso global del SDM-9-Q, las percepciones de participación promedio oscilaron entre 42 y 75 (229). Los pacientes nuevos muestran una peor percepción de TDC, lo cual es esperable por haber tenido menos tiempo para interactuar y establecer un vínculo con el profesional, por lo que sería recomendable un mayor énfasis en explicitar el proceso de TDC desde los inicios del tratamiento. En el análisis univariado, los pacientes con consumo más severo de alcohol referían sentirse más implicados en el proceso del TDC, mientras que los pacientes con TCS a opioides, sedantes o policonsumo percibían un menor grado de participación en su tratamiento en comparación con los adictos a otras sustancias. El perfil de paciente que percibió una

mayor participación en nuestro estudio, se caracterizó por ser consumidor principalmente de alcohol, vinculado a la unidad desde tiempo atrás y sin antecedentes legales. El resto de variables analizadas no mostraron diferencias significativas en la percepción de participación. Este perfil podría corresponder a pacientes menos graves y complejos. En Europa, el consumo de alcohol es legal y forma parte de la cultura de los países. Es común que en algunos casos este tipo de pacientes sean separados del resto y tratados en centros específicos de alcoholismo. Por ello, los informes y estudios suelen diferenciar el TCS por alcohol de otras adicciones. Sería preciso impulsar investigación futura de mayor amplitud, incluyendo estos subtipos poblacionales para indagar sobre la necesidad potencial de llevar a cabo abordajes diferentes (230).

No se obtuvieron relaciones significativas entre la percepción de TDC y las variables de resultado, aunque en el caso del consumo de sustancias a los 12 meses la relación univariada (inversa) fue significativa al 90% de confianza. Una revisión sistemática reciente evaluó la asociación entre los indicadores de ACP y los resultados del tratamiento de sustancias (231), mostrando asociaciones positivas con mejores resultados (consumo de sustancias y servicios, bienestar psicológico), pero solo cinco estudios incluyeron un indicador centrado en el paciente distinto de la satisfacción. A pesar de ello, aparecieron también resultados mixtos y contradictorios especialmente en relación a los resultados de bienestar psicológico.

Los estudios en los que se evaluara alguna intervención han sido muy escasos y poco consistentes, con resultados heterogéneos (231). Un ensayo aleatorizado mostró que una intervención de 5 sesiones para implementar la TDC en pacientes con TCS mejoró significativamente el consumo de las sustancias principales, la gravedad de la adicción, la calidad de vida y los problemas psiquiátricos a los 3 meses de seguimiento (163). Más recientemente, un estudio piloto no controlado también mostró una reducción del consumo de drogas y el craving en usuarios de opioides bajo un programa de ACP, con una alta tasa de vinculación al dispositivo a los 3 meses en el que se ofrecían diferentes tipos de tratamientos farmacológicos y psicosociales (asesoramiento sanitario, psicoterapia, grupos de recuperación entre pares o apoyo entre pares a través de un programa de reducción de daños) (232). Previamente, sin embargo, un ensayo

aleatorizado, no encontró ningún beneficio para pacientes en tratamiento con metadona (233). Neumann et al. desarrollaron una intervención para pacientes con accidentes traumatológicos y riesgo de consumo de alcohol en la que aplicaron una herramienta informática de apoyo en la toma de decisiones, asociándose con una reducción significativa en el consumo de alcohol a los 6 meses, pero no a los 12 meses de seguimiento (234). Barrio et al. crearon una aplicación para los teléfonos de los pacientes que se desarrolló en base a los principios de la TDC, incluyendo objetivos acordados mutuamente, registros y flujo de información con el profesional, obteniendo reducciones significativas en el consumo de alcohol y una mayor capacidad para lograr los objetivos terapéuticos propios de los pacientes (235).

Es preciso tener en consideración, que, en el ámbito más amplio, y algo más explorado científicamente, de las patologías somáticas, la TDC se ha asociado más frecuentemente con la mejora de los aspectos afectivos y del conocimiento de la propia enfermedad que con resultados como la adherencia, la adquisición de hábitos saludables, la calidad de vida o la mejora de las medidas biológicas de la salud, como la presión arterial (236–238).

8.3 Concordancia de rol

Aproximadamente un tercio de los participantes percibieron más o por el contrario, menos participación de la deseada, indicando que todavía hay margen de mejora en el emparejamiento de las preferencias de los pacientes y la promoción de la implicación de los profesionales en esta muestra. No obstante, la concordancia observada es mayor que la reportada en muestras psiquiátricas españolas, situada en torno al 50% (178,224). Esta variable es la única que ha mostrado asociaciones significativas o cercanas a la significación con las variables de resultado. Concretamente, los pacientes que percibían más implicación de la deseada presentaban una mayor probabilidad de desvincularse del tratamiento y de consumo de sustancias. Sin embargo, este resultado se basa solo en 22 pacientes del subgrupo mencionado (16 a los 6 meses y 14 a los 12 meses) y los valores de p en los modelos multivariados han sido significativos solo al 90% de

confianza, por lo que debe interpretarse como una mera hipótesis a confirmar en futuros estudios. De las Cuevas et al. (2014) encontraron una mejor adherencia a la medicación autoinformada en pacientes psiquiátricos con preferencias coincidentes en comparación con aquellos en los que no había coincidencia, pero no compararon por separado a los pacientes con más y menos participación de la deseada. En determinadas patologías se puede ver afectada la autoestima o la percepción del paciente sobre sus propias capacidades para tomar decisiones. Esta circunstancia se ha asociado con un menor deseo de asumir responsabilidades y una consecuente preferencia por un rol más pasivo en la consulta (222). Se ha señalado cómo los pacientes con TCS tienden a tener una autoestima más baja y se ven a sí mismos como sujetos más sumisos en comparación con otras muestras de pacientes sin TCS, lo que podría explicar la relación observada entre percibir más responsabilidad de la deseada y el posterior empeoramiento de los resultados clínicos (164,239).

8.4 Activación

En relación con la activación, se obtuvo un mayor grado de activación en la PAM en aquellos pacientes con puntuaciones más altas en actividad según el cuestionario ZKPQ, es decir, en aquellos que son más activos en general, lo cual es esperable. Esta categoría del ZKPQ incluye individuos con una mayor necesidad de actividad general, dificultad para relajarse y no hacer nada cuando se presenta la oportunidad, o personas con preferencia por el trabajo duro y que supone un desafío, una vida activa, ocupada y altos niveles de energía. Otro resultado esperable es la correlación positiva entre los pacientes que eran más activos según la PAM y los que preferían tener un rol activo según la CPS y además tendían a percibir que lo ejecutaban (Pearson $r = 0,22$, $p = 0,003$). Podría interpretarse que los pacientes más activados son aquellos con rasgos de personalidad que predisponen a este tipo de actitud frente a la enfermedad y, por tanto, prefieren participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud. A pesar de no poder establecer relaciones causales, la asociación obtenida debe ser estudiada en un futuro para determinar posibles campos de actuación con el paciente.

No se encontró una asociación significativa entre nivel de activación y variables de resultado. Otros estudios han observado que una mayor activación en los pacientes se relacionó con un mayor compromiso con los hábitos de prevención, autocuidado y una mejor CVRS (240,241). Complementariamente, estudios en pacientes con enfermedades crónicas fuera del ámbito de la salud mental, han observado que una menor activación se relacionaba con síntomas depresivos y peor CVRS (198). La activación es un aspecto importante para el autocuidado y manejo de enfermedades crónicas (242), sin embargo, requiere de una educación y orientación previa. Estos requerimientos podrían contribuir a explicar los hallazgos de nuestro estudio al señalar la importancia de realizar intervenciones previas para potenciar la activación de los pacientes (243). Es importante recordar que existen multitud de factores que pueden influir sobre la abstinencia, la vinculación al tratamiento y el cumplimiento farmacológico siendo la ACP/TDC un elemento implicado más.

8.5 Consideraciones generales

Nuestro estudio refuerza la observación de estudios previos que muestran que muchos pacientes desean participar en las decisiones sobre la gestión de su problema de salud y dentro de estos una mayoría de ellos prefiere un enfoque compartido (157,244). Según nuestros resultados, estos pacientes que desean un enfoque compartido tienden a mostrar peor salud mental y dependencia de alcohol. Sin embargo, también existe un considerable número de pacientes que prefiere un rol pasivo en el proceso terapéutico. En cualquier caso, el principal resultado significativo del estudio señala que no es la preferencia ni percepción en sí mismas, sino su concordancia la que se relaciona con las variables objetivo, por lo que puede ser contraproducente delegar mayor responsabilidad en la toma de decisiones de la deseada, más allá de que los derechos de autonomía e información del paciente han de ser siempre respetados. Los pacientes con mayor gravedad en el consumo, policonsumo y alta impulsividad podrían ser más proclives a percibir esta discrepancia no deseada, aunque las relaciones son débiles por lo que esta precaución debe ser general.

Además, el estudio proporciona algunas claves para guiar la selección de pacientes de cara a la implantación de ACP, en general, y de la TDC, en particular. Dadas las circunstancias que caracterizan, en la actualidad, la asistencia sanitaria a las personas afectadas por TCS, consistentes en limitaciones de tiempo y familiarización profesional; los pacientes a priorizar para promover la aplicación de TDC podrían ser aquellos con un perfil de tipo depresivo/neurótico, problemas con el alcohol y menor nivel educativo que refieren preferir un rol compartido y podrían a priori mostrar mayor respuesta.

Por otro lado, si bien la literatura general disponible sobre ACP y TDC, informa de la mejora de resultados en los pacientes que se involucran más en la gestión de su problema de salud (89,90); la escasez de datos, las limitaciones metodológicas en los pocos estudios disponibles, y las diferencias en las poblaciones objetos de los estudios (tipo de dependencia, comorbilidad, edad, distribución por sexo); podría estar contribuyendo a los hallazgos contradictorios y poco consistentes actualmente disponibles para la población objeto de nuestro estudio.

Finalmente, es relevante señalar que las adicciones son trastornos en los que inicialmente puede haber escasa conciencia de enfermedad o tendencia al autoengaño para no abandonar por completo el consumo o conducta adictiva. Dada esta particularidad, un exceso de responsabilidad o sensación de control por parte del paciente en las fases iniciales podría ser contraproducente y asociarse con peores resultados. No es infrecuente que el profesional tenga que ser firme en alguna de las recomendaciones iniciales para contrarrestar la falta de motivación inicial para el cambio. Es importante tener en cuenta que tanto la TDC como las preferencias del paciente pueden aplicarse en una multitud de elementos del tratamiento y sería importante aclarar en cuáles realmente brindan los beneficios deseados.

LIMITACIONES

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, se estableció el tamaño de la muestra para obtener el poder estadístico adecuado para los análisis univariados y para los modelos multivariados con las tres variables independientes. Por lo tanto, los modelos multivariados finales para la vinculación al tratamiento a los 6 meses y la adherencia a la mediación podrían tener poco poder estadístico. Esto también impide el análisis de las interacciones entre las variables del estudio y posibles moderadores como el tipo de adicción o la presencia de un trastorno mental, ya que estos análisis de interacciones requieren tamaños muestrales muy grandes. Además, un tamaño de muestra mayor habría permitido dividirla aleatoriamente en dos submuestras, utilizando la segunda como muestra de validación. Los pacientes fueron evaluados en el mismo centro donde reciben tratamiento y no por un evaluador externo, lo que podría introducir hasta cierto punto un sesgo de deseabilidad. Un porcentaje relevante de pacientes no pudo participar por su estado psicopatológico, la barrera del idioma o la falta de motivación para ser incluidos y eso podría alterar los resultados obtenidos. En futuros estudios se podría tratar de fomentar una mayor participación. Otra limitación es que sólo se evaluó el cumplimiento farmacológico y no las intervenciones psicológicas también llevadas a cabo en el centro. Sería interesante poder evaluar estas intervenciones y sus diferentes variantes en futuros estudios. Aunque se han incluido numerosas covariables, no se evaluaron factores específicos como el tipo de medicación, la modalidad de tratamiento u otros aspectos relacionados con el encuentro clínico. El proceso de Toma de Decisiones Compartida se evaluó sólo desde la perspectiva de los pacientes y no por observadores externos objetivos (por ejemplo, mediante grabaciones de las consultas). Finalmente, los resultados sobre cumplimiento farmacológico y consumo de sustancias se restringen a aquellos que completaron el estudio, ya que la mayoría de los pacientes que no cumplieron con las citas no fueron incluidos en los análisis. Aunque la falta de adherencia o vinculación al tratamiento es un aspecto real de la práctica clínica, los resultados obtenidos deben interpretarse con cautela. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta un conocimiento valioso sobre un tema aún poco investigado, con un diseño prospectivo durante un año de seguimiento. Se trata del primer estudio que evalúa la TDC en población clínica con

TCS en España y es uno de los pocos a nivel internacional. También es el primero en evaluar el grado de activación en pacientes con TCS. Finalmente, el estudio se ha realizado en un centro asistencial donde los pacientes reciben voluntariamente tratamiento, lo cual permite obtener resultados que reflejan la realidad clínica para ese tipo de muestra.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La mayor parte de los pacientes con consumo de sustancias desean participar en su proceso terapéutico, aunque la mayoría compartiendo la responsabilidad con el profesional.
- En los pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancia, un mayor grado de participación percibida y una mayor concordancia entre preferencia y percepción de participación en las decisiones sobre su tratamiento no se relacionaron con una mayor vinculación al tratamiento, mejor cumplimiento farmacológico o menor consumo de sustancias durante el seguimiento a un año.
- Respecto a la coincidencia entre participación preferida y percibida, los pacientes que perciben una mayor implicación de la deseada parecen experimentar un exceso de responsabilidad y control y se asoció con peor vinculación al tratamiento y mayor consumo de sustancias. Percibir menos participación de la deseada no se asoció significativamente a las variables de resultado.
- Percibir una mayor implicación de la deseada se relacionó con mayor gravedad en el consumo, policonsumo y mayor impulsividad.
- Aquellos pacientes con trastornos comórbidos que mermen su capacidad de decisión prefieren asumir menos responsabilidad

(trastornos depresivos, neuróticos, impulsividad o policonsumo) o perciben menor participación (policonsumo, opiáceos, sedantes).

- Pacientes con mayor nivel de estudios se caracterizan por una preferencia de participación más activa en su proceso terapéutico.
- No se obtuvieron diferencias significativas en relación a las Variables Relacionadas con la Toma de Decisiones entre pacientes con consumos activos o abstinentes en el momento de la evaluación basal.
- Se observan diferencias en relación a las Variables Relacionadas con la Toma de Decisiones en función del tipo de sustancia, encontrando una mayor percepción de participación en Trastorno por Consumo de Sustancias menos dañinas y legales (alcohol) que entre aquellos con consumos de sustancias más dañinas (opiáceos, policonsumo), si bien se requiere de mayor estudio.
- Pacientes con menos rasgos neuróticos o depresivos tienden a preferir participar activamente en el proceso clínico. Por otro lado, aquellos con rasgos de personalidad más acentuados de actividad tienden a asociarse con mayor grado de activación.
- Los pacientes vinculados al dispositivo durante más tiempo (vinculación basal), tienden a percibir mayor participación en el proceso de toma de decisiones compartida que aquellos que iniciaban el tratamiento. Además, muestran mayor vinculación al centro y cumplimiento farmacológico en el tiempo.

- No se obtuvieron diferencias significativas en cuanto al grado de activación y las variables dependientes (consumo de sustancias a lo largo del seguimiento, cumplimiento farmacológico, vinculación al centro).
- Un mayor grado de activación en los pacientes se relaciona con una personalidad más activa en general, con la preferencia por un rol activo y con una mayor percepción de participación en el proceso decisional.
- Pacientes con mayor calidad de vida física preferían tener un papel activo en la toma de decisiones. También se obtuvieron puntuaciones más altas de calidad de vida en los pacientes más activos, aunque las diferencias no fueron significativas.
- Estas conclusiones señalan la importancia de adaptar el grado de participación y responsabilidad al perfil de paciente.

REFERENCIAS

1. Roncero C, Casas M. Patología dual: Fundamentos clínicos y terapéuticos. Roncero C, Casas M, editors. Barcelona: Marge Books; 2016. 1–272 p.
2. WHO-World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241544686>
3. World Health Organization. Management of Substance Dependence Team. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas: resumen [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42865>
4. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Fifth edit. American Psychiatric Association, editor. Arlington, VA; 2013.
5. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Jan 28 [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816013/>
6. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*. Agosto de 2016;3(8):760-73.
7. Daigre C, Rodríguez L, Roncero C, Palma-Álvarez RF, Perea-Ortueta M, Sorribes-Puertas M, et al. Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity: A six-month follow-up study in an outpatient unit. *Addict Behav*. junio de 2021;117:106832.
8. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 9 de enero de 2020;6(1):3.
9. Nathan PE, Conrad M, Skinstad AH. History of the Concept of Addiction. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12:29-51.
10. Bhad R, Lal R, Balhara YPS. Disorders Related to Use of Psychoactive Substances in DSM-5: Changes and Challenges. *Indian J Psychol Med*. 2015;37(4):470-2.

11. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*. agosto de 2013;170(8):834-51.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1994. xxvii, 886 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed).
13. Zou Z, Wang H, d'Oleire Uquillas F, Wang X, Ding J, Chen H. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv Exp Med Biol*. 2017;1010:21-41.
14. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. IV edition. American Psychiatric Association, editor. Washington DC; 1994.
15. Maldonado R, Calvé P, García-Blanco A, Domingo-Rodríguez L, Senabre E, Martín-García E. Vulnerability to addiction. *Neuropharmacology*. 15 de marzo de 2021;186:108466.
16. Orsolini L. Unable to Describe My Feelings and Emotions Without an Addiction: The Interdependency Between Alexithymia and Addictions. *Front Psychiatry*. 2020;11:543346.
17. Solmi M, Civardi S, Corti R, Anil J, Demurtas J, Lange S, et al. Risk and protective factors for alcohol and tobacco related disorders: An umbrella review of observational studies. *Neurosci Biobehav Rev*. febrero de 2021;121:20-8.
18. Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev*. 1 de octubre de 2019;99(4):2115-40.
19. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry*. enero de 2016;73(1):39-47.
20. Pan Z, Zhang J, Cheng H, Bu Q, Li N, Deng Y, et al. Trends of the incidence of drug use disorders from 1990 to 2017: an analysis based on the Global Burden of Disease 2017 data. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 4 de agosto de 2020;29:e148.
21. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [citado 25 de julio de 2023]. World Drug Report 2022. Disponible en: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html)

22. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 22 de septiembre de 2018;392(10152):1015-35.
23. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Hum Genet.* junio de 2012;131(6):779-89.
24. Vigo D, Jones L, Thornicroft G, Atun R. Burden of Mental, Neurological, Substance Use Disorders and Self-Harm in North America: A Comparative Epidemiology of Canada, Mexico, and the United States. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* febrero de 2020;65(2):87-98.
25. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addict Abingdon Engl.* octubre de 2018;113(10):1905-26.
26. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources | GHDx [Internet]. [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
27. Shield K, Manthey J, Rylett M, Probst C, Wettlaufer A, Parry CDH, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health.* enero de 2020;5(1):e51-61.
28. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Lond Engl.* 16 de septiembre de 2017;390(10100):1151-210.
29. European drug report 2022: trends and developments. [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022 jun [citado 25 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.drugsandalcohol.ie/36441/>
30. Alho H, Dematteis M, Lembo D, Maremmanni I, Roncero C, Somaini L. Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *Int J Drug Policy.* febrero de 2020;76:102616.
31. Pruckner N, Hinterbuchinger B, Fellingner M, König D, Waldhoer T, Lesch OM, et al. Alcohol-Related Mortality in the WHO European Region: Sex-Specific Trends and Predictions. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 1 de diciembre de 2019;54(6):593-8.

32. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2022. 293 p. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8078
33. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022), Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
34. Groenman AP, Janssen TWP, Oosterlaan J. Childhood Psychiatric Disorders as Risk Factor for Subsequent Substance Abuse: A Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. julio de 2017;56(7):556-69.
35. Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behav*. julio de 2012;37(7):747-75.
36. Pierce RC, Fant B, Swinford-Jackson SE, Heller EA, Berrettini WH, Wimmer ME. Environmental, genetic and epigenetic contributions to cocaine addiction. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. junio de 2018;43(7):1471-80.
37. Verhulst B, Neale MC, Kendler KS. The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychol Med*. abril de 2015;45(5):1061-72.
38. Verweij KJH, Zietsch BP, Lynskey MT, Medland SE, Neale MC, Martin NG, et al. Genetic and environmental influences on cannabis use initiation and problematic use: a meta-analysis of twin studies. *Addict Abingdon Engl*. marzo de 2010;105(3):417-30.
39. Zehra A, Burns J, Liu CK, Manza P, Wiers CE, Volkow ND, et al. Cannabis Addiction and the Brain: a Review. *J Neuroimmune Pharmacol Off J Soc NeuroImmune Pharmacol*. diciembre de 2018;13(4):438-52.
40. Becoña, E., 2002. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Plan Nacional sobre drogas. Madrid. [citado 12 de septiembre de 2023]; disponible en: https://www.academia.edu/25454881/elisardo_beco%20c3%91a_iglesias_bases_cient%20c3%8dficas_de_la_preveni%20c3%93n_de_las_drogodependencias
41. Saunders JB. Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Curr Opin Psychiatry*. julio de 2017;30(4):227-37.

42. Degenhardt L, Bharat C, Bruno R, Glantz MD, Sampson NA, Lago L, et al. Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addict* Abingdon Engl. marzo de 2019;114(3):534-52.
43. Bough KJ, Pollock JD. Defining Substance Use Disorders: The Need for Peripheral Biomarkers. *Trends Mol Med*. febrero de 2018;24(2):109-20.
44. Murthy P, Mahadevan J, Chand PK. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders. *Curr Opin Psychiatry*. julio de 2019;32(4):293-9.
45. Balhara YPS, Kuppili PP, Gupta R. Neurobiology of Comorbid Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders: Current State of Evidence. *J Addict Nurs*. 2017;28(1):11-26.
46. Lalanne L, Lutz PE, Trojak B, Lang JP, Kieffer BL, Bacon E. Medications between psychiatric and addictive disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 4 de febrero de 2016;65:215-23.
47. Fantuzzi C, Mezzina R. Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *Int J Soc Psychiatry*. mayo de 2020;66(3):300-10.
48. Quednow BB, Herdener M. Human pharmacology for addiction medicine: From evidence to clinical recommendations. *Prog Brain Res*. 2016;224:227-50.
49. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 1 de junio de 2020;3(6):e208279.
50. Rice D, Corace K, Wolfe D, Esmaeilisaraji L, Michaud A, Grima A, et al. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: A systematic review with network meta-analyses. *PloS One*. 2020;15(12):e0244401.
51. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) - Healthy People 2030 | health.gov [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://health.gov/healthypeople/tools-action/browse-evidence-based-resources/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>

52. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 de septiembre de 2011;(9):CD005031.
53. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev.* diciembre de 2013;33(8):1010-24.
54. Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, et al. Risk factors for relapse in drug-dependent patients after hospital detoxification. *Adicciones.* 1 de enero de 2012;24:115-22.
55. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2020. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>
56. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev.* noviembre de 2006;25(6):611-24.
57. Hawk M, Coulter RWS, Egan JE, Fisk S, Reuel Friedman M, Tula M, et al. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduct J.* 24 de octubre de 2017;14(1):70.
58. Klein JW. Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Med Clin North Am.* julio de 2016;100(4):891-910.
59. Shen WW. Anticraving therapy for alcohol use disorder: A clinical review. *Neuropsychopharmacol Rep.* septiembre de 2018;38(3):105-16.
60. Barral C, Ros-Cucurull E, Roncero C. Prescripción " off-label " en patología dual off-label prescription in dual diagnosis. *Rev Patol Dual.* 2014; 1(3): 10.
61. Dugosh K, Abraham A, Seymour B, McLoyd K, Chalk M, Festinger D. A Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *J Addict Med.* 2016;10(2):93-103.

62. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol.* diciembre de 2019;87(12):1093-105.
63. Cabana-Domínguez J, Roncero C, Pineda-Cirera L, Palma-Álvarez RF, Ros-Cucurull E, Grau-López L, et al. Association of the PLCB1 gene with drug dependence. *Sci Rep.* 2017; 7(1): 10110. DOI 10.1038/s41598-017-10207-2.
64. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* septiembre de 2010;33(3):511-25.
65. Reyes-Huerta HE, Vacio Á, Pedroza F, Salazar M, Martínez K. The Recovery from Alcohol Consumption: Analysis of the Construct of Relapse. *Int J Psychol Res.* 2018;11(1):70-82.
66. Melemis SM. Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *Yale J Biol Med.* 3 de septiembre de 2015;88(3):325-32.
67. Pirie, T., & National Treatment Indicators Working Group. (2015). National Treatment Indicators Report: 2012–2013 Data. Ottawa, Ontario: Canadian Centre on Substance Abuse [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279957627_National_Treatment_Indicators_Report_2012-2013_Data
68. Marchand K, Beaumont S, Westfall J, MacDonald S, Harrison S, Marsh DC, et al. Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 11 de septiembre de 2019;14(1):37.
69. Muthulingam D, Bia J, Madden LM, Farnum SO, Barry DT, Altice FL. Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. *J Subst Abuse Treat.* mayo de 2019;100:18-28.
70. Alves P, Sales C, Ashworth M. Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug Alcohol Depend.* 1 de octubre de 2017;179:299-308.

71. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav.* 1997;22(2):247-55.
72. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* octubre de 2000;51(7):1087-110.
73. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-Centered Approaches to Health Care. *Med Care Res Rev.* 26 de diciembre de 2013;70(6):567-96.
74. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding Patient Involvement in Care. *Ann Intern Med.* 1 de abril de 1985;102(4):520.
75. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* septiembre de 2002;48(1):51-61.
76. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* septiembre de 2000;49(9):796-804.
77. Quaschnig K, Körner M, Wirtz M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Educ Couns.* mayo de 2013;91(2):167-75.
78. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1982. marzo de 1997;44(5):681-92.
79. Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back. *BMJ.* 18 de septiembre de 1999;319(7212):719-20.
80. Perez Jolles M, Richmond J, Thomas KC. Minority patient preferences, barriers, and facilitators for shared decision-making with health care providers in the USA: A systematic review. *Patient Educ Couns.* julio de 2019;102(7):1251-62.
81. Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implement Sci IS.* 9 de marzo de 2018;13(1):40.

82. Kane HL, Halpern MT, Squiers LB, Treiman KA, McCormack LA. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA Cancer J Clin.* 2014;64(6):377-88.
83. Liebherz S, Tlach L, Härter M, Dirmaier J. Information and decision-making needs among people with affective disorders - results of an online survey. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:627-38.
84. Tlach L, Wüsten C, Daubmann A, Liebherz S, Härter M, Dirmaier J. Information and decision-making needs among people with mental disorders: a systematic review of the literature. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* diciembre de 2015;18(6):1856-72.
85. Frost DW, Cook DJ, Heyland DK, Fowler RA. Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: a systematic review. *Crit Care Med.* mayo de 2011;39(5):1174-89.
86. Morán-Sánchez I, Gómez-Vallés P, Bernal-López MÁ, Pérez-Cárceles MD. Shared decision-making in outpatients with mental disorders: Patients' preferences and associated factors. *J Eval Clin Pract.* diciembre de 2019;25(6):1200-9.
87. Tinetti ME, Basch E. Patients' responsibility to participate in decision making and research. *JAMA.* 12 de junio de 2013;309(22):2331-2.
88. Jordan P, Quadrelli S, Heres M, Belli L, Ruhl N, Colt H. Examining patients' preferences for participation in clinical decision-making: the experience in a Latin American chronic obstructive pulmonary disease and cancer outpatient population. *Intern Med J.* marzo de 2014;44(3):281-7.
89. Bot AGJ, Bossen JKJ, Herndon JH, Ruchelsman DE, Ring D, Vranceanu AM. Informed shared decision-making and patient satisfaction. *Psychosomatics.* 2014;55(6):586-94. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* 2006;26(4):373-90.
90. Nannenga MR, Montori VM, Weymiller AJ, Smith SA, Christianson TJH, Bryant SC, et al. A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. The Statin Choice randomized trial. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* marzo de 2009;12(1):38-44.

91. Dogba MJ, Menear M, Stacey D, Brière N, Légaré F. The Evolution of an Interprofessional Shared Decision-Making Research Program: Reflective Case Study of an Emerging Paradigm. *Int J Integr Care*. 19 de julio de 2016;16(3):4.
90. Dogba MJ, Menear M, Stacey D, Brière N, Légaré F. The Evolution of an Interprofessional Shared Decision-Making Research Program: Reflective Case Study of an Emerging Paradigm. *Int J Integr Care*. 19 de julio de 2016;16(3):4.
91. Milky G, Thomas J. Shared decision making, satisfaction with care and medication adherence among patients with diabetes. *Patient Educ Couns*. marzo de 2020;103(3):661-9.
92. Hughes TM, Merath K, Chen Q, Sun S, Palmer E, Idrees JJ, et al. Association of shared decision-making on patient-reported health outcomes and healthcare utilization. *Am J Surg*. julio de 2018;216(1):7-12.
93. Dimopoulos-Bick T, Osten R, Shipway C, Trevena L, Hoffmann T. Shared decision making implementation: a case study analysis to increase uptake in New South Wales. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. octubre de 2019;43(5):492-9.
94. Härter M, Moumjid N, Cornuz J, Elwyn G, van der Weijden T. Shared decision making in 2017: International accomplishments in policy, research and implementation. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. junio de 2017;123-124:1-5.
95. The medical consultation – systemic-solution-oriented and person-centred | Kissling | *European Journal for Person Centered Healthcare* [Internet]. [citado 14 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.ejpch.org/ejpch/article/view/1784/0>
96. Nannenga MR, Montori VM, Weymiller AJ, Smith SA, Christianson TJH, Bryant SC, et al. A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. The Statin Choice randomized trial. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. marzo de 2009;12(1):38-44.
97. Garrard F, Ridd M, Narayan H, Montgomery AA. Decisions, choice and shared decision making in antenatal clinics: An observational study. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2015;98(9):1106-11.
98. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. junio de 2005;20(6):531-5.

99. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 1982. junio de 2001;52(12):1865-78.
100. Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, Demartines N. Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World J Surg.* septiembre de 2013;37(9):2162-71.
101. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* junio de 1999;49(443):477-82.
102. Damman OC, Jani A, de Jong BA, Becker A, Metz MJ, de Bruijne MC, et al. The use of PROMs and shared decision-making in medical encounters with patients: An opportunity to deliver value-based health care to patients. *J Eval Clin Pract.* abril de 2020;26(2):524-40.
103. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 6 de noviembre de 2017;359:j4891.
104. Waddell A, Lennox A, Spassova G, Bragge P. Barriers and facilitators to shared decision-making in hospitals from policy to practice: a systematic review. *Implement Sci.* 31 de julio de 2021;16(1):74.
105. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* marzo de 2014;94(3):291-309.
106. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* diciembre de 2008;73(3):526-35.
107. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* octubre de 2012;27(10):1361-7.
108. Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. *Patient Educ Couns.* agosto de 2010;80(2):164-72.

109. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014;9(4):e94670.
110. King JS, Eckman MH, Moulton BW. The potential of shared decision making to reduce health disparities. *J Law Med Ethics J Am Soc Law Med Ethics*. marzo de 2011;39 Suppl 1:30-3.
111. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff Proj Hope*. febrero de 2013;32(2):276-84.
112. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns*. septiembre de 2011;84(3):379-85.
113. Levinson M. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *Med J Aust*. 3 de noviembre de 2014;201(9):513.
114. Shepherd A, Shorthouse O, Gask L. Consultant psychiatrists' experiences of and attitudes towards shared decision making in antipsychotic prescribing, a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 1 de mayo de 2014;14:127.
115. Manyonga, H., Howarth, G.R., Dinwoodie, M., Nisselle, P., & Whitehouse, S. (2014). From informed consent to shared decision-making. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 104 8, 561-2
116. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *J Interprof Care*. enero de 2011;25(1):18-25.
117. Amariles P, Sabater-Hernández D, García-Jiménez E, Rodríguez-Chamorro MÁ, Prats-Más R, Marín-Magán F, et al. Effectiveness of Dader Method for pharmaceutical care on control of blood pressure and total cholesterol in outpatients with cardiovascular disease or cardiovascular risk: EMDADER-CV randomized controlled trial. *J Manag Care Pharm JMCP*. mayo de 2012;18(4):311-23.
118. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Tremblay S. Impact of the Ottawa Decision Support Framework on the agreement and the difference between patients' and physicians' decisional conflict. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. 2006;26(4):373-90.

119. Dierckx K, Deveugele M, Roosen P, Devisch I. Implementation of shared decision making in physical therapy: observed level of involvement and patient preference. *Phys Ther.* octubre de 2013;93(10):1321-30.
120. Stacey D, Brière N, Robitaille H, Fraser K, Desroches S, Légaré F. A systematic process for creating and appraising clinical vignettes to illustrate interprofessional shared decision making. *J Interprof Care.* septiembre de 2014;28(5):453-9.
121. Poprzeczny AJ, Stocking K, Showell M, Duffy JMN. Patient Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Obstetrics and Gynecology: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* febrero de 2020;135(2):444-51.
122. Say R, Robson S, Thomson R. Helping pregnant women make better decisions: a systematic review of the benefits of patient decision aids in obstetrics. *BMJ Open.* 2011;1(2):e000261.
123. Vestergaard E, Nørgaard B. Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. *J Interprof Care.* marzo de 2018;32(2):185-95.
124. Boland L, Graham ID, Légaré F, Lewis K, Jull J, Shephard A, et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implement Sci IS.* 18 de enero de 2019;14(1):7.
125. Clayman ML, Gulbrandsen P, Morris MA. A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Educ Couns.* marzo de 2017;100(3):600-4.
126. Kim YM, Kols A, Martin A, Silva D, Rinehart W, Prammawat S, et al. Promoting informed choice: evaluating a decision-making tool for family planning clients and providers in Mexico. *Int Fam Plan Perspect.* diciembre de 2005;31(4):162-71.
127. Maes-Carballo M, Martín-Díaz M, Mignini L, Khan KS, Trigueros R, Bueno-Cavanillas A. Evaluation of the Use of Shared Decision Making in Breast Cancer: International Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 22 de febrero de 2021;18(4):2128.
128. Barnato AE, Mohan D, Lane RK, Huang YM, Angus DC, Farris C, et al. Advance care planning norms may contribute to hospital variation in end-of-life ICU use: a simulation study. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak.* mayo de 2014;34(4):473-84.

129. Gaw CE, Hamilton KW, Gerber JS, Szymczak JE. Physician Perceptions Regarding Antimicrobial Use in End-of-Life Care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* abril de 2018;39(4):383-90.
130. Laroche MR, Rodriguez KL, Arnold RM, Barnato AE. Hospital staff attributions of the causes of physician variation in end-of-life treatment intensity. *Palliat Med.* julio de 2009;23(5):460-70.
131. Elit L, Charles C, Gold I, Gafni A, Farrell S, Tedford S, et al. Women's perceptions about treatment decision making for ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* febrero de 2003;88(2):89-95.
132. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 de enero de 2014;(1):CD001431.
133. Müller-Engelmann M, Keller H, Donner-Banzhoff N, Krones T. Shared decision making in medicine: the influence of situational treatment factors. *Patient Educ Couns.* febrero de 2011;82(2):240-6.
134. Gillick MR. Re-engineering shared decision-making. *J Med Ethics.* septiembre de 2015;41(9):785-8.
135. Wilkinson DJC, Truog RD. The luck of the draw: physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care. *Intensive Care Med.* junio de 2013;39(6):1128-32.
136. James, K., & Quirk, A. (2017). The rationale for shared decision making in mental health care: a systematic review of academic discourse. *Mental Health Review Journal*, 22, 152-165.
137. Adams JR, Drake RE. Shared Decision-Making and Evidence-Based Practice. *Community Ment Health J.* 21 de febrero de 2006;42(1):87-105.
138. Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophr Bull.* julio de 2009;35(4):696-703.
139. Deegan PE. The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it. *Psychiatr Rehabil J.* 2007;31(1):62-9.

140. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 18 de abril de 2017;357:j1744.
141. Alguera-Lara V, Dowsey MM, Ride J, Kinder S, Castle D. Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr*. diciembre de 2017;25(6):578-82.
142. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ*. 18 de abril de 2017;357:j1744.
143. Ahmed N, Barlow S, Reynolds L, Drey N, Begum F, Tuudah E, et al. Mental health professionals' perceived barriers and enablers to shared decision-making in risk assessment and risk management: a qualitative systematic review. *BMC Psychiatry*. 25 de noviembre de 2021;21(1):594.
144. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. «Same same or different?» A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. enero de 2019;102(1):3-11.
145. Calcedo-Barba A, Fructuoso A, Martínez-Raga J, Paz S, Sánchez de Carmona M, Vicens E. A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*. 30 de junio de 2020;20(1):339.
146. Curley A, Watson C, Kelly BD. Capacity to consent to treatment in psychiatry inpatients - a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. septiembre de 2022;26(3):303-15.
147. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. abril de 2016;19(2):448-58.
148. Tibaldi G, Salvador-Carulla L, García-Gutierrez JC. From treatment adherence to advanced shared decision making: new professional strategies and attitudes in mental health care. *Curr Clin Pharmacol*. mayo de 2011;6(2):91-9.
149. Buedo P, Luna F. Shared decision making in mental health: a novel approach. *Med Etica Rev Int Bioet Deontol Etica Medica*. octubre de 2021;32(4):1111-33.

150. Kitamura F, Tomoda A, Tsukada K, Tanaka M, Kawakami I, Mishima S, et al. Method for assessment of competency to consent in the mentally ill. Rationale, development, and comparison with the medically ill. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21(3):223-44.
151. Serrano-Pérez, P. G., & Nistal-Franco, I. (2018). La capacidad de decisión de los pacientes psiquiátricos: ¿una opción o un derecho? *Majorensis*, 14, 26-32. Disponible en: <https://www.majorensis.info/single-post/2018/07/14/la-capacidad-de-decision-de-los-pacientes-psiquiatricos-una-opcion-o-un-derecho>
152. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. octubre de 2007;191:291-7.
153. Coulter A, Collins A, Edwards A, Entwistle V, Finnikin S, Joseph-Williams N, et al. Implementing shared decision-making in UK: Progress 2017-2022. *Z Evidenz Fortbild Qual Im Gesundheitswesen*. junio de 2022;171:139-43.
154. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, Lyddiatt A, Politi MC, Thomson R, Elwyn G, Donner-Banzhoff N. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 7. Art. No.: CD006732. DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub4. Accessed 04 December 2023.
155. Friedrichs A, Spies M, Härter M, Buchholz A. Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. Fischer G, editor. *PLOS ONE*. 5 de enero de 2016;11(1):e0145817.
156. Ilgen M, Tiet Q, Finney J, Moos RH. Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes. *J Stud Alcohol*. mayo de 2006;67(3):465-72.
157. Friedrichs A, Spies M, Härter M, Buchholz A. Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PloS One*. 2016;11(1):e0145817.
158. Sobell MB, Sobell LC, Bogardis J, Leo GI, Skinner W. Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behav Ther*. 1 de diciembre de 1992;23(1):43-52.
159. Neuner B, Dizner-Golab A, Gentilello L, Habrat B, Mayzner-Zawadzka E, Górecki A, et al. Trauma Patients' Desire for Autonomy in Medical Decision Making is

Impaired by Smoking and Hazardous Alcohol Consumption – a Bi-national Study. *J Int Med Res.* 25 de septiembre de 2007;35(5):609-14.

160. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ Can Med Assoc J.* 1994;151(4):423.
161. Mann K. Einleitung. En: *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016 [citado 4 de septiembre de 2019]. p. 1-6. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-662-47086-2_1
162. Brener L, Resnick I, Ellard J, Treloar C, Bryant J. Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug Alcohol Depend.* noviembre de 2009;105(1-2):172-5.
163. Joosten EAG, de Jong CAJ, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CPF. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom.* 2009;78(4):245-53.
164. Joosten EAG, De Jong CAJ, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CPF. Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse.* 23 de mayo de 2011;46(8):1037-8.
165. Burnam MA, Watkins KE. Substance abuse with mental disorders: specialized public systems and integrated care. *Health Aff Proj Hope.* 2006;25(3):648-58.
166. Montori VM, Brito JP, Murad MH. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA.* 18 de diciembre de 2013;310(23):2503-4.
167. Elwyn G, Frosch D, Rollnick S. Dual equipoise shared decision making: definitions for decision and behaviour support interventions. *Implement Sci IS.* 18 de noviembre de 2009;4:75.
168. Schwartzmann L. Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc Enferm.* diciembre de 2003;9(2):09-21.
169. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. World Health Organization; 2015 [citado 30 de mayo de 2023]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2015.6. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>

170. Aoki Y, Yaju Y, Utsumi T, Sanyaolu L, Storm M, Takaesu Y, Watanabe K, Watanabe N, Duncan E, Edwards AGK. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 11. Art. No.: CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub3.
171. Swift JK, Mullins RH, Penix EA, Roth KL, Trusty WT. The importance of listening to patient preferences when making mental health care decisions. *World Psychiatry*. octubre de 2021;20(3):316-7.
172. Aasland OG, Husum TL, Førde R, Pedersen R. Between authoritarian and dialogical approaches: Attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *Int J Law Psychiatry*. 2018;57:106-12.
173. Wärdig R, Olofsson F, Eldh AC. Conceptualizing patient participation in psychiatry: A survey describing the voice of patients in outpatient care. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. agosto de 2021;24(4):1443-9.
174. Lasalvia A, Ruggeri M. Assessing the outcome of community-based psychiatric care: building a feedback loop from «real world» health services research into clinical practice. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2007;(437):6-15.
175. Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care QHC*. septiembre de 2001;10 Suppl 1(Suppl 1):i39-43.
176. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *J Clin Psychiatry*. junio de 2013;74(6):595-602.
177. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services*. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2012. PMID: 26065056.
178. De las Cuevas C, Peñate W, de Rivera L. Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient Educ Couns*. agosto de 2014;96(2):222-8.
179. Enggasser JL, Hermos JA, Rubin A, Lachowicz M, Rybin D, Brief DJ, et al. Drinking goal choice and outcomes in a Web-based alcohol intervention: results from VetChange. *Addict Behav*. marzo de 2015;42:63-8.

180. McCrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen NK, Ladd BO. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. septiembre de 2011;25(3):521-9.
181. Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H. Matching substance abuse aftercare treatments to client characteristics. *Addict Behav*. 2002;27(4):585-604.
182. Friedmann PD, Hendrickson JC, Gerstein DR, Zhang Z. The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addict Abingdon Engl*. agosto de 2004;99(8):962-72.
183. Hser YI, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. Matching clients' needs with drug treatment services. *J Subst Abuse Treat*. junio de 1999;16(4):299-305.
184. Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Merikle EP, Tran GQ, Platt JJ. Day treatment for cocaine dependence: incremental utility over outpatient counseling and voucher incentives. *Addict Behav*. marzo de 2003;28(2):387-98.
185. McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Boardman CR, Mulvaney FD, O'Brien CP. Random versus nonrandom assignment in the evaluation of treatment for cocaine abusers. *J Consult Clin Psychol*. agosto de 1998;66(4):697-701.
186. Sterling RC, Gottheil E, Glassman SD, Weinstein SP, Serota RD. Patient treatment choice and compliance. Data from a substance abuse treatment program. *Am J Addict*. 1997;6(2):168-76.
187. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res*. agosto de 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
188. Newland P, Lorenz R, Oliver BJ. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2021;26(1):103-114. doi:10.1177/1359105320947790.
189. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res*. diciembre de 2005;40(6 Pt 1):1918-30.
190. Alegría M, Sribney W, Perez D, Laderman M, Keefe K. The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients. *J Gen Intern Med*. noviembre de 2009;24 Suppl 3(Suppl 3):534-41.

191. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. agosto de 2003;26(1):1-7.
192. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 20 de noviembre de 2002;288(19):2469-75.
193. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 26 de octubre de 2002;325(7370):925.
194. Ryvicker M, Feldman PH, Chiu YL, Gerber LM. The role of patient activation in improving blood pressure outcomes in Black patients receiving home care. *Med Care Res Rev MCR*. diciembre de 2013;70(6):636-52.
195. Arditi C, Iglesias K, Peytremann-Bridevaux I. The use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) instrument in diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care*. 1 de diciembre de 2018;30(10):743-50.
196. Hawkins M, Elsworth GR, Hoban E, Osborne RH. Questionnaire validation practice within a theoretical framework: a systematic descriptive literature review of health literacy assessments. *BMJ Open*. 1 de junio de 2020;10(6):e035974.
197. Green CA, Perrin NA, Polen MR, Leo MC, Hibbard JH, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Adm Policy Ment Health*. julio de 2010;37(4):327-33.
198. Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagioti M, Sidaway M, Reeves D, et al. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Serv Res*. 18 de octubre de 2016;16(1):582.
199. Forma F, Clerie J, Davis T, Clovie K, Ruetsch C. The Association between Patient Activation and Outcomes among Severely Mentally Ill Patients. *J Behav Health Serv Res*. julio de 2021;48(3):382-99.
200. James J. Patient Engagement | Health Affairs. 14 de febrero de 2013. DOI:10.1377/hpb20130214.898775/

201. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med.* mayo de 2012;27(5):520-6.
202. Chang S, Seow E, Koh SHD, Verma SK, Mok YM, Abdin E, et al. Treatment preferences and help-seeking behaviors for sleep problems among psychiatric outpatients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018;51:112-7.
203. Fine A, Nasiri K, Fotinos K, Anand L, Furtado M, Armata RS, et al. Examining predictors of help-seeking behaviours in patients with mood and anxiety symptoms. *Psychiatry Res.* julio de 2018;265:190-7.
204. Hibbard JH, Cunningham PJ. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? *Res Brief.* octubre de 2008;(8):1-9.
205. Magnezi R, Glasser S, Shalev H, Sheiber A, Reuveni H. Patient activation, depression and quality of life. *Patient Educ Couns.* marzo de 2014;94(3):432-7.
206. Melby K, Nygård M, Brobakken MF, Gråwe RW, Güzey IC, Reitan SK, et al. Test-Retest Reliability of the Patient Activation Measure-13 in Adults with Substance Use Disorders and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 29 de enero de 2021;18(3):1185.
207. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1982. septiembre de 1999;49(5):651-61.
208. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 27 de noviembre de 2013;310(20):2191-4.
209. Austin PC, Steyerberg EW. Events per variable (EPV) and the relative performance of different strategies for estimating the out-of-sample validity of logistic regression models. *Stat Methods Med Res.* abril de 2017;26(2):796-808.
210. Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm.* 1997;29(3):21-43.
211. De las Cuevas C, Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl I, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy.* diciembre de 2015;18(6):2143-53.

212. Moljord IEO, Lara-Cabrera ML, Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Eriksen L, Linaker OM. Psychometric properties of the Patient Activation Measure-13 among out-patients waiting for mental health treatment: A validation study in Norway. *Patient Educ Couns.* noviembre de 2015;98(11):1410-7.
213. Moreno-Chico C, González-de Paz L, Monforte-Royo C, Arrighi E, Navarro-Rubio MD, Gallart Fernández-Puebla A. Adaptation to European Spanish and psychometric properties of the Patient Activation Measure 13 in patients with chronic diseases. *Fam Pract.* 1 de septiembre de 2017;34(5):627-34.
214. Gomà-I-Freixanet M, Valero S, Muro A, Albiol S. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: psychometric properties in a sample of the general population. *Psychol Rep.* diciembre de 2008;103(3):845-56.
215. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83.
216. Bobes J, Bascarán MT, Bobes-Bascarán MT, Carballo JL, Mesa EMD, Flórez G, et al. Valoración de la gravedad de la adicción.
217. Palma-Álvarez RF, Ros-Cucurull E, Daigre C, Perea-Ortueta M, Martínez-Luna N, Serrano-Pérez P, et al. Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addict Behav.* febrero de 2021;113:106681.
218. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS Lond Engl.* 8 de marzo de 2002;16(4):605-13.
219. Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrol Madr.* 2011;31(6):690-6.
220. Roncero C, Palma-Álvarez RF, Díaz-Morán S, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Ros-Cucurull E, et al. Cocaine relapse and health-related quality of life: a 23 weeks study. *Actas Esp Psiquiatr.* marzo de 2019;47(2):37-44.
221. Mundal I, Lara-Cabrera ML, Betancort M, De Las Cuevas C. Exploring patterns in psychiatric outpatients' preferences for involvement in decision-making: a latent class analysis approach. *BMC Psychiatry.* 6 de marzo de 2021;21(1):133.

222. Hamann J, Neuner B, Kasper J, Vodermaier A, Loh A, Deinzer A, et al. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. diciembre de 2007;10(4):358-63.
223. Friedrichs A, Silkens A, Reimer J, Kraus L, Scherbaum N, Piontek D, et al. Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addict Behav*. septiembre de 2018;84:248-54.
224. De Las Cuevas C, Mundal I, Betancort M, Lara-Cabrera ML. Assessment of shared decision-making in community mental health care: Validation of the CollaboRATE. *Int J Clin Health Psychol IJCHP*. 2020;20(3):262-70.
225. De Las Cuevas C, Peñate W. Validity of the Control Preferences Scale in patients with emotional disorders. *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:2351-6.
226. Yennurajalingam S, Rodrigues LF, Shamieh OM, Tricou C, Filbet M, Naing K, et al. Decisional control preferences among patients with advanced cancer: An international multicenter cross-sectional survey. *Palliat Med*. abril de 2018;32(4):870-80.
227. Luty J. Treatment preferences of opiate-dependent patients. *Psychiatr Bull*. febrero de 2004;28(2):47-50.
228. Adamson SJ, Sellman DJ, Dore GM. Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev*. mayo de 2005;24(3):209-16.
229. Doherr H, Christalle E, Kriston L, Härter M, Scholl I. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies-A systematic review. *PloS One*. 2017;12(3):e0173904.
230. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p.
231. Davis EL, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Buckingham M, Degan T, et al. The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Subst Abuse*. 2020;41(2):216-31.
232. Lynch AC, Weber AN, Hedden S, Sabbagh S, Arndt S, Acion L. Three-month outcomes from a patient-centered program to treat opioid use disorder in Iowa, USA.

Subst Abuse Treat Prev Policy [Internet]. 1 de diciembre de 2021 ;16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33435993/>

233. Schwartz RP, Kelly SM, Mitchell SG, Gryczynski J, O'Grady KE, Gandhi D, et al. Patient-centered methadone treatment: a randomized clinical trial. *Addiction*. marzo de 2017;112(3):454-64.
234. Neumann T, Neuner B, Weiss-Gerlach E, Tønnesen H, Gentilello LM, Wernecke KD, et al. The effect of computerized tailored brief advice on at-risk drinking in subcritically injured trauma patients. *J Trauma*. octubre de 2006;61(4):805-14.
235. Barrio P, Ortega L, López H, Gual A. Self-management and Shared Decision-Making in Alcohol Dependence via a Mobile App: a Pilot Study. *Int J Behav Med*. 24 de octubre de 2017;24(5):722-7.
236. Aubree Shay L, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak*. 20 de enero de 2015;35(1):114-31.
237. Saheb Kashaf M, McGill ET, Berger ZD. Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 1 de diciembre de 2017;100(12):2159-71.
238. Yun DW, Choi JS. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 1 de mayo de 2019;93:74-83.
239. Alavi HR. The Role of Self-esteem in Tendency towards Drugs, Theft and Prostitution. *Addict Health*. 2011;3(3-4):119-24.
240. Hibbard JH, Greene J, Shi Y, Mittler J, Scanlon D. Taking the long view: how well do patient activation scores predict outcomes four years later? *Med Care Res Rev MCRR*. junio de 2015;72(3):324-37.
241. Summary of the Evidence on the Performance of the Patient Activation Measure – BMJ Improvement Hub [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: https://improve.bmj.com/improve_post/summary-of-the-evidence-on-the-performance-of-the-patient-activation-measure/
242. Rodriguez HP, Poon BY, Wang E, Shortell SM. Linking Practice Adoption of Patient Engagement Strategies and Relational Coordination to Patient-Reported Outcomes in Accountable Care Organizations. *Milbank Q*. 1 de septiembre de 2019;97(3):692-735.

243. Newland P, Lorenz R, Oliver BJ. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *J Health Psychol.* 1 de enero de 2021;26(1):103-14.
244. Joosten E, de Weert G, Sensky T, van der Staak C, de Jong C. Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient Preference Adherence.* 2 de febrero de 2008;2:277-85.

12. ANEXO

Tabla A1. . Resultados de regresiones lineales multinivel en PAM y SDM-9-Q.

	PAM				SDM-9-Q					
		Univariado		Multivariado (n = 184)			Univariado		Multivariado (n=201)	
Sociodemográfico	N	Beta	P	Beta	P	N	Beta	P	Beta	P
Edad	190	0.08 (-0.25, 0.41)	0.634			211	0.03 (-0.16, 0.22)	0.753		
Mujer	190	-0.48 (-6.73, 5.76)	0.879			211	-3.65 (-8.81, 1.51)	0.166		
Estudios secundarios/universitarios	189	-0.32 (-3.06, 2.42)	0.820			210	-3.69 (-11.0, 3.65)	0.324		
Casado/pareja	190	2.00 (-2.98, 6.98)	0.432			210	-3.60 (-7.36, 0.16)	0.061		
Estado laboral: activo	190	-0.31 (-4.65, 4.02)	0.887			211	-0.79 (-6.50, 8.08)	0.832		
Clínicas										
Consumo activo basal	190	-0.03 (-6.34, 6.29)	0.994			211	-0.87 (-4.80, 3.05)	0.633		
Paciente nuevo	190	-0.22 (-5.40, 4.96)	0.934			211	-6.25 (-11.2, -1.28)	0.014	-6.69 (-10.9, -2.49)	0.002

ASI Estado médico	188	-0.36 (-1.17, 0.45)	0.382			209	-0.52 (-1.58, 0.54)	0.333		
ASI Estado laboral/apoyo	188	-0.19 (-0.81, 0.44)	0.555			209	-0.05 (-1.07, 0.97)	0.919		
ASI Consumo Alcohol	187	0.69 (-0.05, 1.44)	0.069			208	1.14 (0.61, 1.68)	<0.001	1.03 (-0.01, 2.07)	0.053
ASI Consumo Drogas	187	-0.12 (-0.68, 0.45)	0.682			208	-0.61 (-1.68, 0.45)	0.257		
ASI Estado legal	187	0.12 (-0.28, 0.52)	0.560			208	-1.37 (-2.51, -0.23)	0.019	-0.96 (-2.12, 0.19)	0.103
ASI Estado Familiar	188	-0.07 (-0.48, 0.34)	0.737			209	-0.59 (-1.59, 0.41)	0.246		
ASI Estado psiquiátrico	188	-0.13 (-0.57, 0.31)	0.561			209	0.24 (-0.76, 1.25)	0.637		
Dependencia actual o pasada										
Alcohol	190	2.32 (-2.31, 6.94)	0.326			211	-0.60 (-5.84, 4.65)	0.823		
Cocaína	190	0.62 (-3.47, 4.70)	0.768			211	-1.24 (-7.14, 4.65)	0.679		
Cannabis	188	-2.08 (-5.58, 1.42)	0.243			209	-2.03 (-8.17, 4.11)	0.518		
Opioides	190	-4.86 (-10.5, 0.78)	0.091			211	-7.62 (-12.8, -2.46)	0.004	-3.24 (-9.85, 3.36)	0.336
Sedantes	190	-4.84 (-10.3, 0.63)	0.083			211	-7.90 (-12.2, -3.58)	<0.001	-2.21 (-11.6, 7.21)	0.646
Policonsumo	188	-2.33 (-6.47, 1.81)	0.270			209	-6.81 (-10.5, -3.07)	<0.001	-3.94 (-8.93, 1.06)	0.122
Trastornos Psiquiátricos										
Trastornos afectivos	184	0.90 (-3.04, 4.83)	0.655			205	-2.88 (-8.59, 2.83)	0.323		
Trastorno depresivo	187	-0.03 (-3.92, 3.86)	0.989			208	-2.13 (-7.52, 3.26)	0.439		
Trastorno ansiedad	186	-2.73 (-9.07, 3.61)	0.399			207	3.71 (-3.25, 10.7)	0.296		
Trastorno personalidad	181	2.73 (-0.15, 5.60)	0.063			202	3.14 (-2.26, 8.54)	0.255		
Rasgos de Personalidad										
Impulsividad	190	0.34 (-0.48, 1.16)	0.414			211	-0.74 (-1.49, 0.01)	0.053		
Neuroticismo/ansiedad	190	-0.20 (-0.58, 0.17)	0.286			211	-0.41 (-0.95, 0.12)	0.132		

Agresividad/hostilidad	190	-0.03 (-0.64, 0.58)	0.920			211	-0.06 (-1.02, 0.89)	0.894		
Actividad	190	0.66 (0.11, 1.20)	0.019	0.50 (-0.24, 1.24)	0.188	211	0.03 (-0.46, 0.52)	0.903		
Sociabilidad	190	0.23 (-0.25, 0.72)	0.344			211	-0.02 (-0.69, 0.66)	0.959		
Calidad de Vida relacionada con la Salud										
SF-36 dimensión física	186	0.14 (-0.09, 0.36)	0.227			207	0.12 (-0.15, 0.40)	0.382		
SF-36 dimensión mental	186	0.07 (-0.13, 0.28)	0.492			207	0.15 (-0.23, 0.52)	0.444		
CPS										
Rol preferido (ref: compartido)	185					206				
Activo		5.33 (1.86, 8.79)	0.003	4.77 (1.48, 8.07)	0.005		3.42 (-5.24, 12.1)	0.439		
Pasivo		3.07 (-0.80, 6.94)	0.120	3.05 (-1.45, 7.55)	0.184		-0.68 (-6.30, 4.94)	0.812		
Rol percibido (ref: compartido)	186					207				
Activo		1.84 (-2.73, 6.42)	0.429				-0.09 (-6.02, 6.20)	0.978		
Pasivo		2.16 (-1.78, 6.17)	0.279				-1.18 (-6.59, 4.23)	0.669		
Coincidencia de roles (ref: coinciden)	185					206				
Menos de lo deseado		-2.98 (-7.54, 7.59)	0.201	-2.16 (-7.15, 2.83)	0.396		-3.95 (-8.33, 0.43)	0.077	-3.62 (-9.55, 2.31)	0.231
Más de lo deseado		-3.50 (-13.8, 0.75)	0.079	-4.75 (-12.4, 2.88)	0.222		-9.13 (-22.8, 4.50)	0.189	-6.67 (-21.0, 7.68)	0.362
SDM-Q-9	189	0.14 (0.04, 0.24)	0.004	0.14 (0.06, 0.22)	0.001					
NOTA: los valores son coeficientes beta no estandarizados (intervalo de confianza del 95%) de modelos multinivel, incluido el médico como efecto aleatorio. CPS: Control Preferences Scale; SDM: Shared Decision Making Questionnaire; PAM: Patient Activation Measure										

Tabla A2. Valores perdidos en evaluación basal

Variables	Perdidos, n (%)
Edad; Sexo; Estado Laboral; Consumo Substancias; Paciente nuevo; Dependencia Pasada /Actual; Rasgos de Personalidad	0 (0%)
Educación; Estado civil	1 (0.46%)
ASI-Estado Medico; ASI-Estado laboral/apoyo; ASI-Estado familiar; ASI-Estado psiquiátrico	2 (0.93%)
ASI Consumo Alcohol; ASI Consumo Drogas; ASI Estado legal; Trastorno depresivo ; SDM-9-Q	3 (1.40%)
Trastorno ansiedad; SF-36; CPS rol percibido	4 (1.87%)
Rol preferido en CPS; Coincidencia de roles	5 (2.34%)
Trastornos afectivos	6 (2.80%)
Cualquier diagnóstico del Eje I	7 (3.27%)
Trastorno personalidad	9 (4.21%)
Cualquier trastorno psiquiátrico	10 (4.67%)
Patient Activation Measure (PAM)	24 (11.2%)
ASI: Índice Gravedad de la Adicción; CPS: Control Preferences Scale; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.	

Tabla A3. Predictores de valores perdidos en la PAM.

	Univariado	
	OR (95% IC)	p
Sociodemográficos		
Edad	0.98 (0.93, 1.03)	0.450
Mujer	0.55 (0.30, 1.02)	0.058
Estudios secundarios/universitarios	0.21 (0.04, 1.04)	0.056
Casado/pareja	0.59 (0.21, 1.61)	0.301
Estado laboral: activo	1.19 (0.61, 2.31)	0.606
Clínicos		
Consumo activo basal	0.99 (0.24, 4.06)	0.985
Paciente nuevo	0.65 (0.18, 2.37)	0.514
ASI-Estado médico	0.94 (0.84, 1.06)	0.347
ASI-Estado laboral/apoyo	0.94 (0.86, 1.02)	0.134
ASI-Consumo Alcohol	0.88 (0.76, 1.02)	0.084
ASI-Consumo Drogas	0.98 (0.85, 1.14)	0.840
ASI-Estado legal	0.95 (0.80, 1.14)	0.613
ASI-Estado familiar	0.95 (0.80, 1.12)	0.505
ASI-Estado psiquiátrico	1.00 (0.89, 1.13)	0.947
Dependencia actual o pasada		
Alcohol	1.46 (0.53, 4.01)	0.463
Cocaína	1.18 (0.66, 2.11)	0.579
Cannabis	1.79 (0.64, 5.06)	0.270
Opioides	0.74 (0.21, 2.59)	0.638
Sedantes	2.27 (0.29, 17.5)	0.433
Policonsumo	1.94 (0.53, 7.04)	0.316
Trastornos Psiquiátricos		
Trastornos afectivos	1.74 (0.58, 5.19)	0.324
Trastorno depresivo	1.48 (0.52, 4.15)	0.460
Trastorno ansiedad	4.74 (0.62, 36.2)	0.164
Cualquier diagnóstico de Eje I	1.39 (0.63, 3.06)	0.421
Trastorno personalidad	1.04 (0.36, 2.97)	0.947
Cualquier trastorno psiquiátrico	1.31 (0.58, 2.94)	0.515

Rasgos de Personalidad		
Impulsividad	1.09 (0.99, 1.19)	0.074
Neuroticismo/ansiedad	1.08 (0.98, 1.20)	0.119
Agresividad/hostilidad	1.01 (0.85, 1.19)	0.933
Actividad	0.94 (0.85, 1.05)	0.290
Sociabilidad	0.95 (0.84, 1.06)	0.333
Calidad de Vida relacionada con la Salud		
SF-36 dimensión física(basal)	0.98 (0.95, 1.02)	0.419
SF-36 dimensión Mental (basal)	0.99 (0.96, 1.03)	0.700
CPS		
Rol preferido (ref: compartido)		
Activo	1.20 (0.39, 3.72)	0.751
Pasivo	1.11 (0.44, 1.81)	0.826
Rol percibido (ref: compartido)		
Activo	0.57 (0.11, 3.00)	0.511
Pasivo	0.50 (0.18, 1.41)	0.191
Coincidencia de roles (ref: coincide)		
Menos de lo deseado	0.42 (0.13, 1.32)	0.136
Más de lo deseado	0.61 (0.16, 2.25)	0.455
SDM-Q-9	1.01 (0.99, 1.02)	0.314

Tabla A4. Modelos de regresión logística para la vinculación al tratamiento de pacientes.

Variables Basales	0-6 meses					6-12 meses				
	N	Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=202)		N	Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=193)	
Sociodemograficas		OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P		OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
Edad	212	1.07 (1.03, 1.10)	0.001	1.02 (0.98, 1.06)	0.378	206	1.03 (1.00, 1.06)	0.031	1.01 (0.98, 1.04)	0.420
Mujer	212	1.35 (0.63, 2.90)	0.770			206	1.04 (0.56, 1.95)	0.896		
Estudios secundarios/universitarios	211	0.67 (0.33, 1.34)	0.257			205	0.69 (0.38, 1.26)	0.227		
Casado/pareja	211	2.64 (1.18, 5.89)	0.018	2.12 (0.86, 5.19)	0.102	205	1.12 (0.61, 2.06)	0.711		
Estado laboral: activo	212	1.02 (0.51, 2.08)	0.946			206	0.96 (0.53, 1.76)	0.904		
Clínicas										
Consumo de sustancias	212	0.17 (0.05, 0.57)	0.004	0.14 (0.04, 0.54)	0.004	206	0.31 (0.14, 0.70)	0.003	0.57 (0.23, 1.39)	0.216
Paciente nuevo	212	0.49 (0.24, 0.99)	0.048	0.94 (0.40, 2.20)	0.888	206	0.38 (0.21, 0.70)	<0.001	0.49 (0.24, 0.98)	0.044
ASI Estado médico	210	1.04 (0.92, 1.19)	0.515			204	0.92 (0.83, 1.02)	0.123		
ASI Estado laboral/apoyo	210	1.06 (0.95, 1.19)	0.314			204	0.99 (0.90, 1.09)	0.799		
ASI Consumo Alcohol	209	1.04 (0.93, 1.17)	0.495			204	0.96 (0.87, 1.06)	0.435		
ASI Consumo Drogas	209	0.86 (0.77, 0.96)	0.007	0.87 (0.76, 1.00)	0.057	204	0.97 (0.88, 1.05)	0.435		
ASI Estado legal	209	1.04 (0.88, 1.24)	0.621			203	1.14 (0.97, 1.34)	0.111		
ASI Estado familiar	210	0.99 (0.88, 1.12)	0.890			204	0.96 (0.87, 1.07)	0.457		

ASI Estado psiquiátrico	210	1.08 (0.95, 1.23)	0.228			204	1.05 (0.94, 1.17)	0.428		
Dependencia a sustancias actual/pasada										
Alcohol	212	2.59 (1.27, 5.30)	0.009	1.83 (0.76, 4.38)	0.178	206	1.56 (0.86, 2.83)	0.146		
Cocaína	212	0.67 (0.33, 1.35)	0.263			206	0.89 (0.49, 1.61)	0.704		
Cannabis	210	0.96 (0.43, 2.14)	0.925			204	1.21 (0.60, 2.44)	0.598		
Opioides	212	7.03 (0.93, 53.38)	0.059			206	4.24 (1.23, 14.60)	0.022	2.46 (0.64, 9.47)	0.191
Benzodiazepinas	212	1.88 (0.42, 8.56)	0.411			206	2.34 (0.65, 8.40)	0.191		
Policonsumo	210	1.21 (0.49, 2.98)	0.672			204	1.45 (0.66, 3.18)	0.352		
Trastornos Psiquiátricos										
Trastornos afectivos	206	2.03 (0.90, 4.57)	0.068	1.75 (0.69, 4.43)	0.237	201	2.31 (1.17, 4.60)	0.016	2.01 (0.93, 4.37)	0.077
Trastorno depresivo	209	1.77 (0.79, 3.98)	0.166			203	2.51 (1.23, 5.14)	0.012		
Trastorno ansiedad	208	1.01 (0.38, 2.64)	0.989			202	1.16 (0.50, 2.67)	0.731		
Cualquier Trastorno del Eje I	205	1.65 (0.80, 3.40)	0.173			200	1.53 (0.84, 2.81)	0.168		
Trastorno personalidad	203	1.10 (0.51, 2.38)	0.813			197	0.96 (0.50, 1.87)	0.911		
Cualquier Trastorno Psiquiátrico	202	1.23 (0.59, 2.56)	0.581			197	1.35 (0.72, 2.52)	0.348		
Rasgos Personalidad										
Impulsividad	212	0.95 (0.87, 1.03)	0.184			206	0.99 (0.93, 1.06)	0.748		
Neuroticismo/ansiedad	212	0.99 (0.93, 1.06)	0.902			206	1.01 (0.96, 1.07)	0.645		
Agresividad/hostilidad	212	0.97 (0.88, 1.07)	0.585			206	1.05 (0.96, 1.14)	0.282		
Actividad	212	0.94 (0.85, 1.03)	0.198			206	0.97 (0.89, 1.06)	0.421		
Sociabilidad	212	0.91 (0.83, 0.99)	0.049	0.90 (0.81, 1.00)	0.041	206	0.97 (0.89, 1.05)	0.389		
Calidad de Vida relacionada con la Salud										
SF-36 Física	208	0.98 (0.94, 1.02)	0.414			206	0.97 (0.94, 1.00)	0.054	0.98 (0.95, 1.02)	0.277
SF-36 Mental	208	0.99 (0.97, 1.02)	0.420			202	1.00 (0.98, 1.03)	0.807		
CPS										
Rol preferido (ref: compartido)	207					202				
Activo		0.99 (0.33, 2.97)	0.982				0.60 (0.25, 1.46)	0.262		
Pasivo		0.73 (0.34, 1.56)	0.450				0.94 (0.48, 1.81)	0.843		
Rol percibido (ref: compartido)	208					203				
Activo		1.06 (0.32, 3.59)	0.925				0.65 (0.25, 1.71)	0.384		
Pasivo		0.89 (0.42, 1.90)	0.764				1.05 (0.55, 2.02)	0.877		
Coincidencia de roles	207					202				

(ref: coinciden)							
Menos de lo deseado	0.84 (0.36, 1.98)	0.611		0.66 (0.32, 1.35)	0.251	0.51 (0.23, 1.14)	0.103
Más de lo deseado	0.53 (0.19, 1.51)	0.236		0.39 (0.15, 0.98)	0.046	0.36 (0.13, 1.02)	0.055
SDM-Q-9	209	1.00 (0.99, 1.02)	0.717	203	1.01 (0.99, 1.02)	0.286	
PAM	189	1.01 (0.98, 1.04)	0.499	183	1.00 (0.98, 1.02)	0.926	
Valores - p < 0.10 en itálica; valores – p < 0.05 en negrita.							
ASI: Índice Gravedad de la Adicción; IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.							

Tabla A5. Modelos de regresión logística para la adherencia a la medicación.

Variables Basales	0-6 meses					6-12 meses				
		Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=116)			Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=119)	
Sociodemográficas	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
Edad	125	1.05 (1.00, 1.10)	0.046	1.03 (0.97, 1.10)	0.363	127	1.01 (0.98, 1.05)	0.450		
Mujer	125	0.59 (0.22, 1.55)	0.280			127	0.96 (0.42, 2.19)	0.926		
Estudios secundarios/universitarios	124	1.10 (0.41, 2.92)	0.848			127	0.96 (0.43, 2.11)	0.911		
Casado/pareja	124	1.10 (0.41, 2.92)	0.848			126	0.64 (0.29, 1.42)	0.274		
Estado laboral:activo	125	1.50 (0.56, 4.07)	0.421			127	1.03 (0.46, 2.29)	0.939		
Clínicas										
Consumo de sustancias	125	0.14 (0.03, 0.62)	0.010	0.19 (0.03, 1.04)	0.055	127	0.38 (0.15, 0.95)	0.039	0.86 (0.25, 2.91)	0.803
Paciente nuevo	125	0.33 (0.12, 0.87)	0.025	0.29 (0.08, 1.03)	0.055	127	0.38 (0.17, 0.86)	0.020	0.29 (0.10, 0.82)	0.020
ASI Estado médico	124	0.94 (0.80, 1.10)	0.443			126	0.87 (0.76, 1.00)	0.051	0.86 (0.72, 1.01)	0.072
ASI Estado laboral/apoyo	124	0.83 (0.70, 0.98)	0.030	0.81 (0.63, 1.04)	0.100	126	0.87 (0.76, 0.99)	0.036	0.89 (0.75, 1.06)	0.200
ASI Consumo Alcohol	124	0.81 (0.68, 0.98)	0.029	0.85 (0.68, 1.08)	0.188	126	0.84 (0.72, 0.98)	0.022	0.95 (0.79, 1.13)	0.547
ASI Consumo Drogas	124	0.99 (0.85, 1.15)	0.873			126	1.06 (0.93, 1.19)	0.384		
ASI Estado legal	124	0.95 (0.76, 1.19)	0.638			126	1.09 (0.87, 1.36)	0.472		
ASI Estado familiar	124	0.86 (0.72, 1.03)	0.096	0.92 (0.73, 1.16)	0.480	126	0.89 (0.77, 1.03)	0.166		
ASI Estado psiquiátrico	124	0.88 (0.72, 1.07)	0.211			126	0.94 (0.80, 1.10)	0.434		
Dependencia a										

sustancias actual/pasada										
Alcohol	125	0.84 (0.31, 2.28)	0.733			127	0.63 (0.28, 1.45)	0.280		
Cocaína	125	0.69 (0.27, 1.81)	0.455			127	1.08 (0.49, 2.39)	0.853		
Cannabis	124	2.85 (0.62, 13.13)	0.180			126	1.82 (0.63, 5.28)	0.268		
Opioides	125	3.93 (0.49, 31.28)	0.196			127	2.15 (0.58, 7.89)	0.250		
Benzodiazepinas	125	2.45 (0.30, 20.00)	0.402			127	4.89 (0.61, 39.12)	0.135		
Policonsumo	124	0.67 (0.22, 2.07)	0.487			126	0.87 (0.33, 2.34)	0.789		
Trastornos Psiquiátricos										
Trastornos afectivos	121	1.96 (0.66, 5.86)	0.228			123	2.08 (0.85, 5.13)	0.110		
Trastorno depresivo	123	2.34 (0.73, 7.51)	0.153			124	2.44 (0.91, 6.53)	0.075	3.58 (1.13, 11.29)	0.030
Trastorno ansiedad	122	1.13 (0.30, 4.30)	0.854			124	0.83 (0.31, 2.25)	0.720		
Cualquier Trastorno del Eje I	120	2.92 (1.03, 8.31)	0.044	4.98 (1.22, 20.36)	0.025	123	1.83 (0.82, 4.08)	0.139		
Trastorno personalidad	121	0.36 (0.14, 0.97)	0.044	0.25 (0.07, 0.94)	0.040	123	0.32 (0.14, 0.74)	0.008	0.26 (0.09, 0.75)	0.013
Cualquier trast. Psiqui.	120	1.05 (0.39, 2.91)	0.920			122	1.16 (0.51, 2.63)	0.727		
Rasgos personalidad										
Impulsividad	125	0.96 (0.86, 1.07)	0.460			127	1.01 (0.93, 1.11)	0.745		
Neuroticismo/ansiedad	125	0.97 (0.89, 1.07)	0.592			127	0.99 (0.92, 1.07)	0.760		
Agresividad/hostilidad	125	0.98 (0.86, 1.12)	0.781			127	1.10 (0.98, 1.22)	0.101		
Actividad	125	0.99 (0.86, 1.14)	0.896			127	1.03 (0.92, 1.15)	0.619		
Sociabilidad	125	1.03 (0.90, 1.17)	0.555			127	1.08 (0.96, 1.20)	0.188		
HRQOL										
SF-36 Físico	123	0.98 (0.94, 1.03)	0.433			126	0.99 (0.95, 1.02)	0.444		
SF-36 Mental	123	1.02 (0.98, 1.06)	0.258			126	1.03 (1.00, 1.06)	0.077	1.02 (0.98, 1.06)	0.350
CPS										
Rol preferido (ref: compartido)	124					127				
Activo		0.60 (0.17, 2.07)	0.419				0.58 (0.18, 1.87)	0.363		
Pasivo		1.80 (0.56, 5.79)	0.324				0.86 (0.37, 2.04)	0.738		
Rol percibido (ref: compartido)	124					127				
Activo		0.77 (0.17, 3.45)	0.734				0.57 (0.14, 2.37)	0.442		
Pasivo		2.24 (0.77, 6.54)	0.140				1.19 (0.51, 2.76)	0.682		
Coincidencia de roles (ref: coincide)	124					127				
Menos de lo deseado		1.28 (0.39, 4.25)	0.685				0.94 (0.37, 2.42)	0.904		
Más de lo deseado		1.58 (0.18, 13.63)	0.679				0.39 (0.11, 1.34)	0.155		

						1.42)		
SDM-Q-9	124	0.98 (0.96, 1.01)	0.242		126	1.00 (0.99, 1.01)	0.738	
PAM	115	0.98 (0.95, 1.02)	0.395		117	0.98 (0.95, 1.02)	0.414	

Valores - p < 0.10 en itálica; valores – p < 0.05 en negrita.
ASI: Índice Gravedad de la Adicción; IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

Tabla A6. Modelos de regresión logística para el consumo de sustancias.

Variables Basales	0-6 meses					6-12 meses				
	N	Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=166)		N	Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=143)	
Sociodemográficas	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
Edad	175	0.98 (0.95, 1.01)	0.236			152	0.97 (0.95, 0.99)	0.012	0.99 (0.95, 1.03)	0.713
Mujer	175	0.81 (0.47, 1.40)	0.450			152	0.93 (0.52, 1.69)	0.822		
Estudios secundarios/universit.	174	1.29 (0.74, 2.27)	0.368			151	1.29 (0.54, 3.06)	0.563		
Casado/pareja	174	0.95 (0.59, 1.50)	0.813			151	0.72 (0.33, 1.58)	0.417		
Estado laboral:activo	175	0.69 (0.39, 1.19)	0.180			152	0.42 (0.21, 0.85)	0.015	0.70 (0.28, 1.70)	0.428
Clínicas										
Consumo de Sustancias	175	6.78 (2.70, 17.02)	<0.001	6.84 (2.55, 18.36)	<0.001	152	2.85 (1.16, 7.04)	0.023	4.26 (1.35, 13.4)	0.013
Paciente nuevo	175	2.43 (1.50, 3.93)	<0.001	1.99 (0.93, 4.30)	0.078	152	1.23 (0.56, 2.71)	0.609		
ASI Estado médico	173	1.11 (0.98, 1.26)	0.088	1.06 (0.92, 1.23)	0.399	150	1.09 (0.94, 1.27)	0.263		
ASI Empleo/apoyo	173	1.18 (1.07, 1.29)	0.001	1.19 (1.03, 1.37)	0.020	150	1.16 (1.05, 1.27)	0.003	1.06 (0.90, 1.25)	0.485
ASI Consumo Alcohol	172	1.16 (1.08, 1.24)	<0.001	1.06 (0.93, 1.21)	0.407	150	1.04 (0.99, 1.10)	0.145		
ASI Consumo Drogas	172	0.99 (0.89, 1.10)	0.827			150	1.11 (0.98, 1.25)	0.111		
ASI Estado legal	173	0.91 (0.82, 1.02)	0.107			150	1.22 (1.03, 1.45)	0.021	1.16 (0.97, 1.39)	0.117
ASI Estado familiar	173	1.16 (1.03, 1.29)	0.011	1.05 (0.90, 1.24)	0.521	150	1.24 (1.09, 1.40)	0.001	1.14 (0.93, 1.39)	0.103
ASI Estado psiquiátrico	173	1.11 (0.99, 1.26)	0.080	0.94 (0.79, 1.13)	0.525	150	1.14 (1.00, 1.30)	0.057	0.95 (0.79, 1.14)	0.595
Dependencia a sustancias actual/pasada	176									
Alcohol	175	1.20 (0.50, 2.85)	0.680			152	0.80 (0.34, 1.90)	0.620		
Cocaína	175	0.76 (0.41, 1.42)	0.393			152	1.42 (0.93, 2.17)	0.103		

Cannabis	174	1.12 (0.76, 1.64)	0.567			151	1.71 (0.79, 3.67)	0.171		
Opioides	175	1.24 (0.58, 2.64)	0.575			152	2.07 (0.90, 4.75)	0.087	1.48 (0.40, 5.47)	0.557
Benzodiazepinas	175	0.66 (0.16, 2.77)	0.567			152	0.58 (0.18, 1.91)	0.374		
Policonsumo	174	1.45 (0.76, 2.76)	0.254			151	2.03 (1.26, 3.28)	0.004	0.93 (0.32, 2.71)	0.896
Trastornos Psiquiátricos										
Trastornos afectivos	170	0.75 (0.32, 1.72)	0.499			148	0.97 (0.52, 1.81)	0.924		
Depresivos	172	0.77 (0.32, 1.84)	0.558			149	1.01 (0.59, 1.73)	0.975		
Trastorno ansiedad	172	1.11 (0.60, 2.07)	0.737			149	0.71 (0.37, 1.38)	0.314		
Cualquier Trastorno del Eje I	170	0.78 (0.34, 1.81)	0.562			148	0.86 (0.47, 1.56)	0.613		
Trastorno personalidad	167	1.27 (0.63, 2.53)	0.505			147	2.06 (1.42, 2.99)	<0.001	1.19 (0.46, 3.12)	0.719
Cualquier trastorno psiquiátrico	168	0.84 (0.46, 1.51)	0.553			148	1.49 (0.70, 3.16)	0.298		
Rasgos Personalidad										
Impulsividad	175	1.03 (0.97, 1.09)	0.345			152	1.04 (0.94, 1.16)	0.445		
Neuroticismo/ansiedad	175	1.02 (0.98, 1.06)	0.318			152	1.02 (0.97, 1.07)	0.463		
Agresividad/hostilidad	175	0.95 (0.87, 1.05)	0.318			152	0.98 (0.88, 1.08)	0.647		
Actividad	175	0.94 (0.88, 0.99)	0.043	0.92 (0.83, 1.03)	0.154	152	0.98 (0.89, 1.08)	0.725		
Sociabilidad	175	0.96 (0.89, 1.04)	0.330			152	0.95 (0.87, 1.03)	0.226		
Calidad de Vida relacionada con la Salud										
SF-36 Físico	173	0.98 (0.95, 1.01)	0.232			150	1.01 (0.98, 1.04)	0.464		
SF-36 Mental	173	0.97 (0.96, 0.99)	0.006	0.99 (0.96, 1.02)	0.575	150	0.99 (0.95, 1.03)	0.517		
CPS										
Rol preferido (ref: compartido)	171					150				
Activo		1.34 (0.63, 2.85)	0.443				1.74 (0.47, 6.40)	0.407		
Pasivo		0.54 (0.14, 2.02)	0.443				1.16 (0.48, 2.82)	0.741		
Rol percibido (ref: compartido)	172					151				
Activo		2.22 (0.56, 8.88)	0.259				1.80 (0.39, 8.38)	0.454		
Pasivo		0.73 (0.43, 1.23)	0.259				0.90 (0.51, 1.60)	0.717		
Coincidencia de roles (ref: coincide)	171					150				
Menos de lo deseado		1.76 (0.85, 3.64)	0.129	1.43 (0.57, 3.57)	0.443		1.42 (0.79, 2.58)	0.244	1.57 (0.58, 4.29)	0.376
Más de lo deseado		2.63 (1.04, 6.63)	0.041	1.66 (0.48, 5.73)	0.420		2.35 (1.00, 5.53)	0.051	1.77 (0.43, 7.25)	0.430
SDM-Q-9	174	0.99 (0.98, 1.01)	0.267			151	0.99 (0.98, 1.00)	0.071	1.00 (0.98, 1.02)	0.770
PAM	161	1.00 (0.99, 1.01)	0.937			140	1.01 (1.00, 1.02)	0.161		

Valores - p < 0.10 en itálica; valores – p < 0.05 en negrita.
 ASI: Índice Gravedad de la Adicción; IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure;
 SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

Tabla A7. Predictores del consumo de sustancias asumiendo que todos los pacientes que discontinuaron no estaban abstinentes.

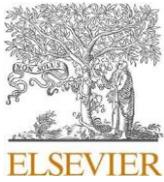
Variables Basales	0-6 meses					6-12 meses				
		Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=209)			Univariado		Multivariado Modelo 1 (n=204)	
Sociodemográficas	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P	N	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
Edad	212	0.97 (0.94, 0.99)	0.006	0.98 (0.95, 1.01)	0.188	206	0.97 (0.95, 0.99)	0.015	0.98 (0.95, 1.01)	0.148
Mujer	212	0.79 (0.44, 1.39)	0.410			206	1.06 (0.60, 1.89)	0.837		
Estudios secundarios/universitarios	211	1.35 (0.78, 2.33)	0.285			205	1.37 (0.79, 2.38)	0.267		
Casado/pareja	211	0.72 (0.42, 1.26)	0.250			205	0.71 (0.40, 1.24)	0.231		
Estado laboral:activo	212	0.77 (0.44, 1.33)	0.341			206	0.55 (0.31, 0.97)	0.038	0.58 (0.31, 1.10)	0.096
Clínicas										
Consumo de sustancias	212	7.64 (3.67, 15.88)	<0.001	6.71 (2.94, 15.33)	<0.001	206	3.80 (1.95, 7.44)	<0.001	3.27 (1.56, 6.86)	0.002
Paciente nuevo	212	2.73 (1.53, 4.87)	0.001	2.01 (1.02, 3.98)	0.044	206	2.10 (1.18, 3.73)	0.011	1.46 (0.76, 2.81)	0.252
ASI Estado médico	210	1.07 (0.97, 1.18)	0.157			204	1.07 (0.97, 1.19)	0.165		
ASI Empleo/ apoyo	210	1.11 (1.02, 1.22)	0.018	1.14 (1.00, 1.29)	0.037	204	1.09 (0.99, 1.19)	0.070	1.05 (0.94, 1.18)	0.388
ASI Consumo Alcohol	209	1.10 (1.00, 1.21)	0.050	1.03 (0.92, 1.15)	0.637	204	1.04 (0.95, 1.15)	0.355		
ASI Consumo Drogas	209	1.04 (0.96, 1.13)	0.354			204	1.07 (0.98, 1.16)	0.119		
ASI Estado legal	209	0.92 (0.81, 1.04)	0.168			203	1.08 (0.95, 1.23)	0.214		
ASI Estado familiar	210	1.12 (1.01, 1.23)	0.024	1.04 (0.92, 1.18)	0.528	204	1.12 (1.01, 1.24)	0.026	1.05 (0.93, 1.19)	0.407
ASI Estado psiquiátrico	210	1.06 (0.95, 1.17)	0.295			204	1.05 (0.95, 1.16)	0.363		
Dependencia a sustancias actual/pasada										
Alcohol	212	0.82 (0.47, 1.41)	0.474			206	0.64 (0.37, 1.11)	0.112		
Cocaína	212	0.93 (0.54, 1.60)	0.792			206	1.20 (0.69, 2.07)	0.523		
Cannabis	210	1.08 (0.58, 2.00)	0.688			204	1.20 (0.64, 2.27)	0.571		
Opioides	212	0.83 (0.37, 1.84)	0.646			206	0.95 (0.43, 2.11)	0.896		

						2.11)			
Benzodiazepinas	212	0.60 (0.22, 1.61)	0.308		206	0.52 (0.19, 1.45)		0.212	
Policonsumo	210	1.23 (0.63, 2.39)	0.544		204	1.20 (0.61, 2.39)		0.279	
Trastornos Psiquiátricos									
Trastornos afectivos	206	0.62 (0.35, 1.09)	0.098		201	0.66 (0.36, 1.18)		0.158	
Trastorno depresivo	209	0.66 (0.37, 1.17)	0.156		203	0.64 (0.35, 1.16)		0.109	
Trastorno ansiedad	208	1.03 (0.49, 2.16)	0.945		202	0.70 (0.33, 1.51)		0.363	
Cualquier Trastorno del Eje I	205	0.69 (0.40, 1.19)	0.184		200	0.73 (0.42, 1.27)		0.258	
Trastorno personalidad	203	1.08 (0.60, 1.97)	0.796		197	1.40 (0.76, 2.58)		0.283	
Cualquier Trastorno psiquiátrico	202	0.78 (0.44, 1.37)	0.384		197	1.04 (0.58, 1.84)		0.905	
Rasgos personalidad									
Impulsividad	212	1.04 (0.98, 1.10)	0.221		206	1.01 (0.95, 1.08)		0.700	
Neuroticismo/ansiedad	212	1.02 (0.97, 1.07)	0.464		206	1.01 (0.96, 1.06)		0.752	
Agresividad/hostilidad	212	0.97 (0.90, 1.05)	0.490		206	0.98 (0.90, 1.05)		0.528	
Actividad	212	0.97 (0.89, 1.05)	0.408		206	0.98 (0.91, 1.06)		0.698	
Sociabilidad	212	0.99 (0.92, 1.07)	0.859		206	0.97 (0.90, 1.05)		0.452	
Calidad de Vida relacionada con la Salud									
SF-36 Físico	208	0.99 (0.96, 1.02)	0.432		202	1.01 (0.99, 1.04)		0.279	
SF-36 Mental	208	0.98 (0.96, 1.00)	0.102		202	0.99 (0.97, 1.01)		0.302	
CPS									
Rol preferido (ref: compartido)	207				202				
Activo		1.23 (0.54, 2.80)	0.624			1.23 (0.53, 2.86)		0.627	
Pasivo		0.73 (0.40, 1.33)	0.302			1.11 (0.61, 2.03)		0.728	
Rol percibido (ref: compartido)	208				203				
Activo		2.00 (0.77, 5.20)	0.155			1.44 (0.56, 3.68)		0.445	
Pasivo		0.82 (0.46, 1.48)	0.517			0.87 (0.48, 1.58)		0.658	
Coincidencia de roles (ref: coincide)	207				202				
Menos de lo deseado		1.56 (0.80, 3.04)	0.189	1.40 (0.63, 3.09)	0.412	1.18 (0.60, 2.31)		0.627	
Más de lo deseado		2.70 (1.04, 7.05)	0.042	1.97 (0.67, 5.81)	0.221	2.09 (0.81, 5.38)		0.125	
SDM-Q-9	209	0.99 (0.98, 1.00)	0.212		203	0.99 (0.97, 1.00)	0.048	0.99 (0.97, 1.00)	0.084
PAM	189	1.00 (0.98, 1.02)	0.724		183	1.00 (0.98, 1.02)		0.986	

Valores - p < 0.10 en itálica; valores – p < 0.05 en negrita.

ASI: Índice Gravedad de la Adicción; IC: Intervalo de Confianza; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

ARTÍCULOS



Shared decision making in patients with substance use disorders: A one-year follow-up study

Pedro Serrano-Pérez^{a,b,c,*}, Amado Rivero-Santana^{d,e}, Constanza Daigne-Blanco^{a,f,g,h}, Raúl Felipe Palma-Álvarez^{a,f,g,h}, Icíá Nistal-Franco^b, Josep Antoni Ramos-Quiroga^{a,f,g,h}, Lara Grau-López^{a,f,g,h}

^a Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain

^b Department of Psychiatry, Hospital Álvaro Cunqueiro, SERGAS, Vigo, Spain

^c Translational Neuroscience Research Group, Galicia Sur Health Research Institute (IIS-Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, CIBERSAM, Vigo, Spain

^d Canary Islands Health Research Institute Foundation (FIISC)

^e Network for Research on Chronicity, Primary Care, and Health Promotion (RICAPPS) Spain

^f Department of Psychiatry, Addiction and Dual Diagnosis Section, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

^g Psychiatry Group, Mental Health and Addiction, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, Spain

^h Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Madrid, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Patient-centered care
Patient preferences
Addiction
Patient activation
Patient engagement
Chemical dependency

ABSTRACT

Patient-centered care in therapeutic processes has been associated with better clinical outcomes, however, it remains a poorly studied aspect in Substance Use Disorder (SUD). The study aimed to evaluate patient's preferences, perceived participation in treatment decisions and activation level; and how they predict retention, pharmacological adherence and substance use during one-year follow-up. Logistic regression models were used to analyze the association between independent variables, along with a wide number of sociodemographic and clinical covariates, and outcomes. Most patients prefer a shared or passive role when making decisions about their treatment, and showed concordance between their preferred and perceived roles. In the univariate models, perceiving more involvement than desired showed a higher likelihood of treatment discontinuation at 12 months, and substance use at 6 and 12 months. No significant associations were found between the remaining decisional variables or the degree of activation with the assessed outcomes. A majority of SUD patients prefer and perceive to be involved in the decision-making process about their treatment. Patients perceiving more involvement than desired might experience an excess of responsibility that could negatively influence treatment continuation and substance use. Limitations of the study preclude any definitive conclusion, and more research is needed to confirm these results.

1. Introduction

Substance Use Disorders (SUD) are complex, multifactorial, and chronic health conditions in which the patient's awareness of their illness, motivation and the degree to which barriers to treatment are eliminated, play a relevant role. Substance use is the source of serious health problems, of increasing frequency, affecting 11.2 % of the world population; contributing to 21.1 % of all deaths. The 2020 United Nations World Drug Report noted that in 2017 there were 167,000 deaths associated with SUD; meaning the loss of 21 million years due to disability or death (Messas et al., 2019; World Drug Report, 2020, s. f.).

These figures, together with their economic consequences, have forced public health systems to implement preventive and therapeutic interventions of proven effectiveness and cost-effectiveness, such as the International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders Draft for Field Testing (2020). In fact, only 16 % of the people affected by SUD receive treatment (Pirie, T., and National Treatment Indicators Working Group, 2015; World Drug Report, 2020) and therefore one of the main objectives continues to be linking and retaining of the patient to the treatment (Marchand et al., 2019). Several studies have shown that greater retention is related to better health outcomes, as well as allowing therapeutic goals to be achieved. The high rate of dropouts in SUD

* Corresponding author at: Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain.

E-mail address: pedro.guillermo.serrano.perez@sergas.es (P. Serrano-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115540>

Received 13 May 2023; Received in revised form 7 October 2023; Accepted 9 October 2023

Available online 11 October 2023

0165-1781/© 2023 The Author(s). Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

patients makes studying and improving this parameter crucial (Daigre et al., 2021; Friedrichs et al., 2016). To this end, efforts have been made to identify barriers and facilitators to improve access by offering healthcare resources and treatment options of different organizational complexity (hospitalizations, ambulatory care centers, day hospitals and therapeutic communities) (Muthulingam et al., 2019). Some authors have argued that a more focused or Patient-Centered Care (PCC), defined as a more consistent with the values, needs and wishes of the patient care and carried out involving patients in discussions and decisions about their health, could help to achieve this goal (Mead and Bower, 2000). One of the main tools to carry out PCC is shared decision making (SDM); a bilateral communicative process in which the health care provider and the patient try to reach an agreement on the treatment, based on the available scientific evidence about the potential benefits and risks of the different treatment options, considering also how these potential consequences are valued by the patient (Charles et al., 1999). SDM, therefore, aims to include the patient's preferences in the decision-making process, and it is especially relevant in the management of chronic diseases and "preference-sensitive" medical decisions when different treatment options offer a similar balance between risks and benefits.

Previous studies indicate that a greater degree of involvement in dealing with addictions is associated with greater treatment satisfaction (Brener et al., 2009), and a reduction in the severity of the SUD and the comorbid psychiatric pathologies (Joosten et al., 2009). SDM has been also linked to better outcomes in the treatment of SUD patients, improving self-control and reducing substance use (Joosten et al., 2009, 2011). It is not clear, however, how and to what extent patients want to be involved in this therapeutic process. Some studies indicate that patients prefer more information than responsibility when deciding (Joosten et al., 2011). Friedrichs et al. (2016), in a systematic review on SDM in patients with SUD, found only two studies reporting on patients desire to play an active role in the choice of treatment, either by choosing the treatment option themselves or sharing the decision with the clinician (Neuner et al., 2007; Sobell et al., 1992). Besides, sometimes, the patient's therapeutic objectives could not coincide with those offered by the professional (Alves et al., 2017; Hodgins et al., 1997).

In the PCC context, a distinction is made between the patient's preferences regarding their treatment and their participation (Montori et al., 2013). SDM focuses on the process itself and tries to include these preferences within the clinical encounter. As stated, it is not known to what extent the preferences of the patients and the SDM are sufficiently implemented during the clinical encounter, and the degree of participation that the patients with SUD want to have (Marchand et al., 2019).

The objective of the study is to evaluate the preferences about participation in decision making, the degree of patients' perceived SDM and activation; and how these factors influence treatment retention, pharmacological adherence and abstinence from the substance during a year follow-up in an outpatient center. The hypothesis was that a lower perceived participation in the decision-making process, a lower concordance between perceived and preferred role in participation, and a lower degree of activation are associated with worse results.

2. Method

This is a cohort prospective observational study, carried out in the outpatient service for addictions of the Hospital Vall d'Hebron (Barcelona, Spain). The study was approved by the hospital's Ethical Committee, and it was carried out following the principles of the Helsinki Declaration (World Medical Association, 2013). The article has been made following the recommendations of the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) guideline for cohort studies (Cuschieri, 2019).

2.1. Setting

The Vall d'Hebron outpatient center for addiction treatment serves individuals with SUD who live in the northern neighborhoods of Barcelona, an area with a lower socioeconomic level than the average of the city. The center offers an integrative treatment approach for behavioral and all substance addictions based on a combination of individual psychotherapy based on motivational interviewing and psychopharmacological treatment based on international guidelines.

2.2. Participants

We included consecutive patients who met the following criteria: 1) age between 18 and 65 years, 2) meeting SUD criteria according to DSM-5; 3) ability to understand and fill out the research questionnaire, in the opinion of the physician; and 4) signature of the informed consent. Both new patients and patients who already were under treatment at the center were included. Exclusion criteria were: 1) present a state of intoxication at the time of the interview, 2) decompensated psychiatric disorder, and 3) not fluent in Spanish.

2.3. Recruitment and assessment process

The recruitment and assessment process was performed by trained psychiatrists and psychologists. A convenience sample method was used. All consecutive new patients and patients who already were under treatment at the center were invited to participate whether they met the inclusion criteria. Those who accepted, signed informed consent. There was no financial compensation for participation.

Baseline data was collected in at least two visits for patients' usual outpatient treatment, carried out by the psychiatrist and/or the psychologist in charge of the patient. At 6 and 12 months, computerized clinical records were reviewed regarding attendance at scheduled visits, discharge or disassociation from the center, and substance use. Patients who had not discontinued treatment at both time points filled out the questionnaire on medication adherence.

2.4. Measures

All psychometric and clinical scales used have been previously validated in Spain.

Independent variables:

- The Control Preference Scale (CPS): a self-reported scale with two items and five response options, that evaluate the patient's preference and perception, respectively, about their involvement in the decision-making process (De Las Cuevas and Peñate, 2016; Degner et al., 1997). Options range from a completely active role (the patient makes the decision) to a completely passive one (the doctor decides without the participation of the patient), with a shared decision in the midpoint. For analysis purposes, scores were collapsed into three categories: active (considering or not doctor's opinion), shared and passive (considering or not patient's opinion).
- Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9): a self-reported single-factor 9-item scale, which assessed the doctor's promotion of SDM in consultation as perceived by the patient (De las Cuevas et al., 2015; Kriston et al., 2010). Items are answered on a Likert scale ranging from 0 (completely disagree) to 5 (completely agree). The total score is transformed to a 0–100 scale, with higher scores indicating higher levels of SDM.
- Patient Activation Measure (mental health version, PAM-MH): a self-report questionnaire that assesses patients' self-perceived knowledge, skills, confidence, and involvement in the management of chronic diseases (Green et al., 2010; Moreno-Chico et al., 2017). It consists of 13 items to be answered on a Likert scale ranging from (1) totally disagree to (4) totally agree. The total score is transformed to

a 0–100 scale using calibration tables, provided under license. Higher scores indicate a higher degree of activation.

Dependent variables:

- Retention: clinical records and professionals' reports were used to assess treatment continuation (yes/no). Discontinuation was defined as not attending a scheduled appointment without prior justification, or during the subsequent 30 days. This definition allows an objective measure of retention according to a specific time frame period, and it has been previously used in other studies evaluating retention in SUD patients (Daigre et al., 2021; Palma-Álvarez et al., 2021; Ros-Curull et al., 2018).
- Medication adherence was assessed with the Spanish version of the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (Knobel et al., 2002). It is made up of six questions that evaluate different aspects related to pharmacological compliance: forgetfulness, routine, adverse effects and number of omissions. A patient is classified as non-compliant if he/she answers any response in the sense of non-adherence, or reports having missed more than two doses in the last week, or more than two full days not taking the medication in the last three months.
- Substance use: it was measured by a multi-panel urine drug test for the most common drugs (opioids, cannabis, cocaine, benzodiazepines, and amphetamines) and by a breath alcohol test. Substance use urinalysis was conducted twice weekly during the follow-up. Active use or relapse was defined as three consecutive positive urine tests for the main substance or the substance that caused the most problems for the patient (according to clinical judgment and supported by the information provided by the ad-hoc questionnaire and the EuropASI on social, medical, psychological and psychiatric issues). This definition has been used in previous studies (Grau-López et al., 2012; Roncero et al., 2019).

Covariables

Sociodemographic variables included were: age, gender, education, marital status and job status. For the regression analyses, education was dichotomized into no studies/primary vs. secondary/university/other, marital status into married/coupled vs. single/separated/widow, and job status into active vs. non-active. We also assessed substance use at baseline (yes/no), previously under follow-up/new patient and other substance consumption variables.

The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) was used to determine the basic personality dimensions. It consists of 99 items on 5 scales. Neuroticism–Anxiety, Activity, Sociability, Impulsiveness/Sensation seeking, and Aggressiveness/hostility (Gomà-i-Freixanet et al., 2008).

The European Addiction Severity Index (EuropASI) was used to measure addiction severity, main substance and general consumption of the substance. It is a semi-structured interview that collects medical, occupational, legal, family, social, psychological problems, and substance use history (Bobes et al., 2017; Kokkevi and Hartgers, 1995).

The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) was used to measure the physical and psychological quality of life from the patient's perspective. The questionnaire provides scores in 8 spheres, and these are aggregated into the physical dimension and the mental dimension (Vilagut et al., 2005; Ware and Sherbourne, 1992).

The Spanish versions of the Semi-Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I) and Axis-II Disorders (SCID-II), were used to assess patients' psychiatric comorbidities. Both have shown high inter-rater reliability for categorical diagnosis (First and Gibbon, 2004).

2.5. Sample size

We aimed to recruit at least 200 participants. Based on the recommended formulae ($20 * \text{Number of predictors} / \text{Probability of the less}$

frequent outcome value (Austin and Steyerberg, 2017), this size would offer adequate power for univariate models with an outcome probability of 0.10, and for a model with three independent variables (SDM-9-Q, PAM and one scale from the CPS) and an outcome probability of 0.30.

2.6. Statistical analysis

Descriptive statistics (means, standard deviations, percentages) were calculated for the study variables. The association between the three independent variables at baseline was analyzed by means of Pearson's correlation and linear regression.

The associations of the independent variables, and the included covariates, with the outcomes were analyzed separately for the periods 0–6 and 6–12 months. First, univariate analyses were carried out for each predictor; we used multilevel logistic regression models, including the health provider as a random effect in order to adjust for patients' clustering. This model was then compared with the logistic model by means of the likelihood ratio test, and the latter was used if the test's result was not significant. Those variables with p-values lower than 0.10 in the univariate analyses were introduced together in a multivariate model (model 1). Multicollinearity was assessed by means of the variance inflation factor (VIF) and those variables with $VIF > 4$ were excluded (model 2). For the multivariate models, a p-value < 0.05 was considered significant.

For each model, potential misspecification was explored with the linktest Stata command. This test rebuilds the model using the predicted value and predicted value squared as predictors. A non-significant result of the former term or a significant value of the latter indicates potential specification errors.

We report four goodness-of-fit indexes: the pseudo- R^2 , the Hosmer-Lemeshow test, the Akaike's Information Criterion (AIC) and the Bayesian Information Criterion (BIC). The models' predictive performance was assessed by calculating sensitivity, specificity, correctly classified cases and the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve (AUC). Finally, we further refined the models excluding non-significant predictors until the AIC and BIC were minimized (model 3).

Missed scores were not imputed. Only in the case of substance use, we carried out an additional analyses assuming that none of the lost participants were abstinent at each time point (worst-case scenario).

3. Results

From March 2019 to June 2021, 214 patients were recruited by 10 mental health providers (median = 16, range 10–62). The sociodemographic characteristics of the recruited sample are detailed in Table 1. The mean age was 44 years old, two-thirds were men, and 56.8 % had only primary or no formal studies. Seventy-one percent were active substance users at the start of the study, and 37.4 % were new patients. Forty-nine percent of the participants were being treated for alcohol dependence, 28.5 % for cocaine and 7.9 % for opioids, whereas other drugs showed values under 5 %. Half of the sample had been diagnosed with an Axis-I mental disorder, and almost one-third had a personality disorder diagnosis.

At 6 months, one patient had died and another one was discharged. Between 6–12 months, five patients died and one was discharged. These eight patients were excluded from the corresponding analyses.

At 6 months, the rate of treatment retention was 81.6 % (173/212). Among these, 126 had been prescribed medication and there was only one missed value on this variable. Between 6–12 months, 69.4 % of patients (143/206) were compliant with appointments (with only two missed values on medication adherence for those prescribed). In addition to these retained patients, data on medication adherence and substance use were available, respectively, for 20 and 9 out of the 63 patients who discontinued (Fig. 1).

150

At baseline, missed values ranged from 0 to 4.7 % across all

Table 1
Sample Characteristics ($n = 214$).

Sociodemographic	N (%)
Age, mean (sd)	43.98 (11.6)
Women	72 (33.6 %)
Education ($n = 213$)	
No studies	25 (11.7 %)
Primary	96 (45.1 %)
Secondary	65 (30.5 %)
University	27 (12.7 %)
Marital status ($n = 210$)	
Single	84 (40.0 %)
Married/coupled	86 (40.6 %)
Separated/divorced	39 (18.6 %)
Widow	1 (0.5 %)
Job status ($n = 209$)	
Employed	64 (30.6 %)
Unemployed	74 (35.4 %)
Sick leave	23 (11.0 %)
Pensioner	40 (19.1 %)
Other	8 (3.8 %)
Clinical	
New patient	80 (37.4 %)
Substance use at baseline	153 (71.5 %)
Under treatment for	
Alcohol	105 (49.1 %)
Cocaine	61 (28.5 %)
Opioid	17 (7.9 %)
Cannabis	9 (4.2 %)
Benzodiazepine	6 (2.8 %)
Amphetamine	4 (1.9 %)
Analgesic	1 (0.5 %)
Polydrug	11 (5.1 %)
Current or past dependence	
Alcohol	124 (57.9 %)
Cocaine	98 (45.8 %)
Opioid	28 (13.1 %)
Cannabis ($n = 212$)	54 (25.5 %)
Benzodiazepine	18 (8.4 %)
Polydrug ($n = 212$)	44 (20.1 %)
Psychiatric comorbidities	
Depressive disorder ($n = 211$)	68 (32.2 %)
Bipolar disorder ($n = 210$)	8 (3.8 %)
Anxiety ($n = 210$)	33 (15.7 %)
Adaptive disorder ($n = 210$)	13 (6.2 %)
Psychotic disorder ($n = 213$)	9 (4.2 %)
Eating disorder ($n = 212$)	4 (1.9 %)
Personality disorder ($n = 205$)	63 (30.7 %)

variables, except for the PAM (11.2 %) (Appendix, Table A1). None of the included variables were significantly associated with having a missed score in the PAM (Appendix, Table A2).

Internal consistency (Cronbach's alpha) of the psychometric scales used was 0.90 (SDM-9-Q), 0.84 (PAM), 0.96 (SMAQ), 0.87 (ZKPQ-Neuroticism), 0.61 (ZKPQ-Aggression/hostility), 0.72 (ZKPQ-Activity), 0.79 (ZKPQ-Impulsiveness), 0.79 (ZKPQ-Sociability), 0.79 (SF-36 physical) and 0.82 (SF-36 mental).

3.1. SDM-related variables and patient activation

Most patients preferred a shared (46.9 %) or passive (38.7 %) role in the decision-making process, and 38.1 % and 50.1 %, respectively, perceived that they played those roles. Two-thirds (66.5 %) of the patients showed concordance between their preferred and perceived roles, whereas 23 % perceived less control than they wanted, and 10.5 % were given more participation than desired.

Mean scores on the SDM-9-Q and the PAM were respectively 69.0 (sd = 21.6) and 56.8 (sd = 14.4), indicating moderate levels of perceived SDM and activation. These two variables showed a significant correlation (Pearson $r = 0.22$, $p = 0.003$). Patients who preferred an active role, based on the CPS, scored significantly higher on the PAM than those who preferred a shared role. ($B = 5.22$, $p = 0.003$). No other significant

associations were observed between the CPS (perceived role and role matching) and the other two scales.

3.2. Predictors of the clinical outcomes

In all univariate analyses, the multilevel model with the psychiatrist as a random effect did not significantly differ from the simple logistic model, with the likelihood ratio test yielding most χ^2 values near to zero. Therefore, we used the more parsimonious logistic model. In the appendix, Tables A3-A6 show the univariate models and the initial results of the multivariate models (model 1) (Table 2).

3.2.1. Treatment retention

Decision-related variables (CPS, SDM-9-Q) and patient activation (PAM) did not significantly predict retention at 6 months (Table 3). In the final model, being abstinent at baseline (OR = 0.13, 95 % CI: 0.04, 0.46), a higher score on the ASI-Drug use subscale (OR = 0.86, 95 % CI: 0.75, 0.98) and lower sociability scores (OR = 0.89, 95 % CI: 0.81, 0.99), significantly related to continuation (Table 4). The pseudo- R^2 was 0.18, the model correctly classified 84.16 % of the patients and the AUC was 0.78.

Retention during 6–12 months was significantly predicted in the final multivariate model by not being a new patient (OR = 0.49, 95 % CI: 0.25, 0.95), and having a mood disorder (OR = 2.12, 95 % CI: 1.02, 4.41) (Table 4). Participants who perceived more involvement than desired were less likely to be retained compared to those with matched preferences (OR = 0.39, 95 % CI: 0.15, 1.98; $p = 0.046$), but the difference did not reach significance in the multivariate model (OR = 0.38, 95 % CI: 0.14, 1.06; $p = 0.061$). Excluding any of the non-significant predictors did not improve model fit, assessed by the AIC. The pseudo- R^2 was 0.11, the model correctly classified 74.62 % of the patients and the AUC was 0.72.

3.2.2. Medication adherence

The rate of adherent patients at 6 months was 84 % (105/125). The CPS, SDM-9-Q and PAM did not significantly predict medication adherence (Table 5). In the multivariate model, significant predictors were: not being a new patient (OR = 0.26, 95 % CI: 0.08, 0.92), having an Axis-I mental disorder (OR = 5.03, 95 % CI: 1.27, 19.87), and not having a personality disorder (OR = 0.22, 95 % CI: 0.06, 0.79) (Table 6). After excluding non-significant predictors (model 3), the model's fit improved and substance use at baseline (OR = 0.19; 95 % CI: 0.04, 0.98) and the ASI-Employment and support subscale (OR = 0.78; 95 % CI: 0.62, 0.98) became significant. The pseudo- R^2 was 0.26, the model correctly classified 88.79 % of the patients and the AUC was 0.82.

Between 6–12 months, 73.2 % of the patients (93/127) were adherent to medication. The significant variables in model 2 were not being a new patient (OR = 0.29, 95 % CI: 0.10, 0.82), having a depressive disorder (OR = 3.58, 95 % CI: 1.13, 11.29) and not having a personality disorder (OR = 0.26, 95 % CI: 0.09, 0.75) (Table 6). In model 3, the ASI-Medical status subscale also obtained a significant result (OR = 0.81, 95 % CI: 0.70, 0.95). The pseudo- R^2 was 0.19, the model correctly classified 75.00 % of the patients and the AUC was 0.79.

3.2.3. Substance use

Between baseline and 6 months, 40 % of participants (70/175) had presented substance use. In the univariate models, participants who perceived more involvement than desired, compared to those with matched preferences, were significantly more likely to present substance use (OR = 2.63, 95 % CI: 1.04, 6.63) (Table 7). However, in the multivariate model, the result became non-significant, although its exclusion clearly worsened the model's fit, assessed by the AIC and BIC (Table 8). Significant predictors were substance use at baseline (OR = 7.08, 95 % CI: 2.71, 18.51) and a higher score on the ASI employment/support subscale (OR = 1.19, 95 % CI: 1.03, 1.37). In model 3, being a new patient entered in the model significantly associated to a higher

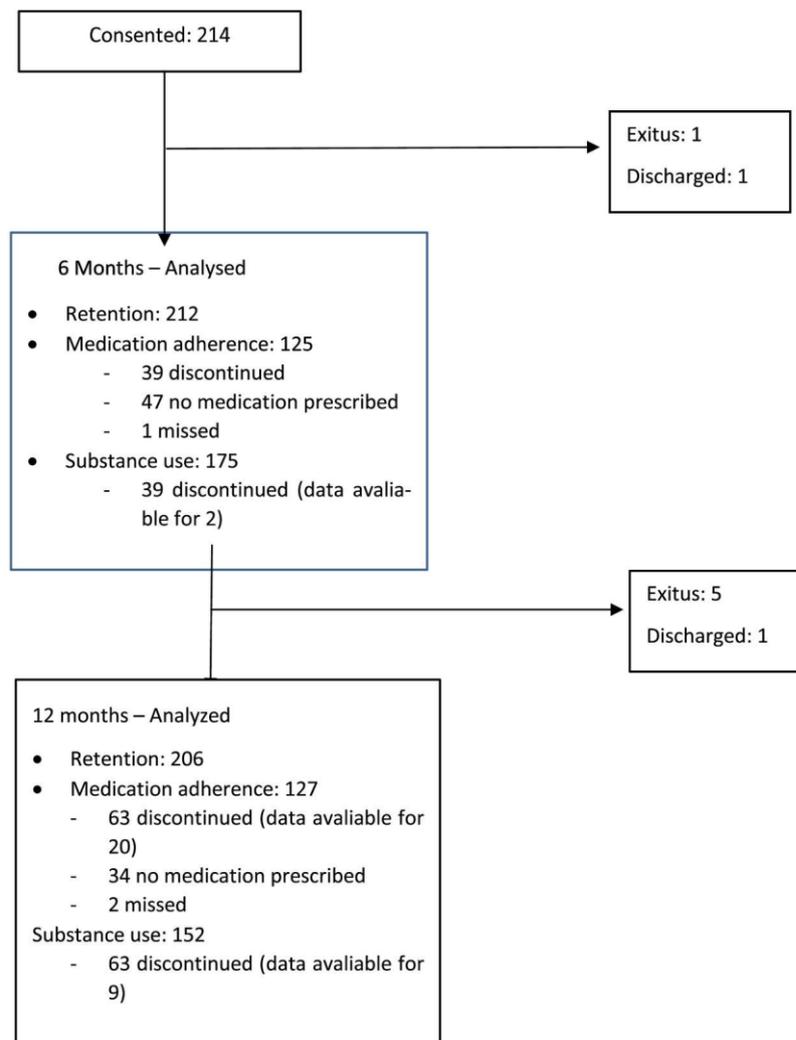


Fig. 1. Flow chart of the study.

Table 2
Decisional variables and patient activation.

CPS	
Preferred role (n = 209)	
Active	30 (14.4 %)
Shared	98 (46.9 %)
Passive	81 (38.7 %)
Perceived role (n = 210)	
Active	24 (11.4 %)
Shared	80 (38.1 %)
Passive	106 (50.1 %)
Role matching (n = 209)	
Less than desired	48 (23.0 %)
Matched	139 (66.5 %)
More than desired	22 (10.5 %)
SDM-9-Q (0–100) (n = 211), mean (sd)	69.0 (21.6)
PAM (0–100) (n = 190), mean (sd)	56.8 (14.4)

CPS: Control Preferences Scale; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

likelihood of substance use (OR = 2.18, 95 %CI: 1.03, 4.61). The pseudo-R² was 0.21, the model correctly classified 71.10 % of the patients and the AUC was 0.77. In the worst-case scenario, the significant predictors were the same (appendix, Table A6).

Between 6–12 months, the rate of substance use was 28.9 % (44/152). Patients who perceived more involvement than desired were also

significantly more likely to present substance use, but the p-value felt slightly above the significance level (p = 0.051). In the multivariate models, the result was not significant, but again its exclusion worsened the model's fit. Significant predictors were substance use at baseline (OR = 4.23, 95 % CI: 1.41, 12.69) and the ASI-Family status subscale (OR = 1.18, 95 % CI: 1.00, 1.36). In model 3, the ASI-Legal status subscale became significant (OR = 1.24, 95 %CI: 1.03, 1.48). The pseudo-R² was 0.13, the model correctly classified 73.79 % of the patients and the AUC was 0.76.

In the worst-case scenario, only substance use at baseline was significant (appendix, Table A6).

4. Discussion

This study aimed to explore the control preferences, SDM perception and activation of people treated by SUD, as well as the longitudinal association of these variables with the evaluated behavioral outcomes. The results of the CPS show that most patients prefer a shared (47 %) or passive (39 %) role when making decisions about their treatment. Previous research in patients with SUD has focused mainly on treatment preferences (Friedrichs et al., 2016), and studies on participation preferences are very scarce and limited in their scope (Neuner et al., 2007; Sobell et al., 1992). A recent study in Germany with patients with alcohol use disorders showed a quite lower rate of passive role preference (10 %) (Friedrichs et al., 2018), whereas in our study patients with

Table 3
Univariate logistic regression models for treatment retention with decisional variables and patient activation as independent variables.

CPS	0–6 months			6–12 months		
	N	OR (95 % CI)	P	N	OR (95 % CI)	P
Preferred role (ref: shared)	207			202		
Active		0.99 (0.33, 2.97)	0.982		0.60 (0.25, 1.46)	0.262
Passive		0.73 (0.34, 1.56)	0.450		0.94 (0.48, 1.81)	0.843
Perceived role (ref: shared)	208			203		
Active		1.06 (0.32, 3.59)	0.925		0.65 (0.25, 1.71)	0.384
Passive		0.89 (0.42, 1.90)	0.764		1.05 (0.55, 2.02)	0.877
Role matching (ref: matched)	207			202		
Less than desired		0.84 (0.36, 1.98)	0.611		0.66 (0.32, 1.35)	0.251
More than desired		0.53 (0.19, 1.51)	0.236		0.39 (0.15, 0.98)	0.046
SDM-9-Q	209	1.00 (0.99, 1.02)	0.717	203	1.01 (0.99, 1.02)	0.286
PAM	189	1.01 (0.98, 1.04)	0.499	183	1.00 (0.98, 1.02)	0.926

Significant p-values are shown in bold.
CI: Confidence Interval; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

current or past alcohol dependence showed the same rate that the overall sample. The preferences' distribution reported in our study is similar to that observed in Spanish mixed psychiatric samples (De Las Cuevas et al., 2020; De Las Cuevas and Peñate, 2016; Mundal et al., 2021), and therefore this difference with the German study could be explained by cultural differences between countries, as seen in other medical conditions (Yennurajalingam et al., 2018). Regarding the association between participation preferences and outcomes, we have not found significant results. Neuner et al. (2007) found a significant association between tobacco and alcohol self-reported use and a lower preference for involvement in decision-making, but this was a cross-sectional analysis in trauma patients treated for acute injury, not

Table 4
Final multivariate logistic models on patient retention.

0–6 months (n = 202)				6–12 months (n = 197)			
Baseline predictors	Model 2 ^a OR (95 % CI)	p	Model 2 ^b OR (95 % CI)	p	Baseline predictors	Model 2 ^c OR (95 % CI)	p
Married/couple	2.32 (0.96, 5.57)	0.061	2.31 (0.96, 5.56)	0.061	Substance use	0.53 (0.23, 1.25)	0.148
Substance use	0.13 (0.04, 0.50)	0.003	0.13 (0.04, 0.46)	0.002	New patient	0.49 (0.25, 0.95)	0.035
New patient	0.88 (0.38, 2.02)	0.764	–	–	Opioids	2.73 (0.72, 10.31)	0.139
ASI-DU	0.86 (0.75, 0.98)	0.026	–	–	Mood disorder	2.12 (1.02, 4.41)	0.043
Alcohol	1.95 (0.82, 4.63)	0.130	0.86 (0.75, 0.98)	0.023	Role matching (ref: matched)		
Mood disorder	1.86 (0.74, 4.66)	0.184	1.99 (0.84, 4.68)	0.116	Less than desired	0.56 (0.25, 1.22)	0.143
Sociability	0.89 (0.80, 0.99)	0.034	1.87 (0.75, 4.68)	0.181	More than desired	0.38 (0.14, 1.06)	0.063
Linktest: p-values of PS and PS ²	0.001; 0.249		0.89 (0.81, 0.99)	0.035	Linktest: p-values of PS and PS ²	<0.001; 0.170	
Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	7.89 (0.444)		0.001; 0.249		Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	7.27 (0.401)	
AIC / BIC	175.76 / 202.23		9.74 (0.284)		AIC / BIC	230.34 / 253.33	
Pseudo-R ²	0.18		173.85 / 197.01		Pseudo-R ²	0.11	
Sensitivity	98.17 %		0.18		Sensitivity	94.89 %	
Specificity	26.32 %		98.17 %		Specificity	28.33 %	
Correctly classified	84.65 %		23.68 %		Correctly classified	74.62 %	
AUC	0.78		0.78		AUC	0.72	

^a Age excluded due to collinearity (VIF > 4).

^b Non-significant predictors excluded until both AIC and BIC values were minimized.

^c Age and SF-36 physical component excluded due to collinearity (VIF > 4). The exclusion of any predictor did not improve AIC. ASI: Addiction Severity Index; ASI-DU: Drug use; AIC: Akaike's information criterion; AUC: Area Under the Curve; BIC: Bayesian information criterion; CI: Confidence Interval; OR: Odds ratio; PS: Predicted score; VIF: Variance inflation factor. Significant p-values are shown in bold.

diagnosed with SUD. In mixed psychiatric samples, Mahone et al. (2008) did not observe a significant association between a preferred role in SDM and self-reported medication adherence; whereas De las Cuevas et al. (2014) found that patients who preferred a passive role showed better adherence than those who preferred an active role. Regarding the perception of involvement, these two studies did not obtain significant associations with adherence, as also happened in our study.

Approximately one-third of the participants perceived more or less involvement than they preferred, indicating that there is still room for improvement in the matching of patients' preferences and professionals' promotion of involvement in this sample. Nonetheless, the observed

Table 5
Univariate logistic regression models for medication adherence with decisional variables and patient activation as independent variables.

CPS	0–6 months			6–12 months		
	N	OR (95 % CI)	P	N	OR (95 % CI)	P
Preferred role (ref: shared)	124			127		
Active		0.60 (0.17, 2.07)	0.419		0.58 (0.10, 3.25)	0.539
Passive		1.80 (0.56, 5.79)	0.324		0.86 (0.33, 2.29)	0.769
Perceived role (ref: shared)	124			127		
Active		0.77 (0.17, 3.45)	0.734		0.57 (0.10, 3.32)	0.535
Passive		2.24 (0.77, 6.54)	0.140		1.19 (0.43, 3.31)	0.736
Role matching (ref: matched)	124			127		
Less than desired		1.28 (0.39, 4.25)	0.685		0.94 (0.37, 2.42)	0.904
More than desired		1.58 (0.18, 13.63)	0.679		0.39 (0.11, 1.42)	0.155
SDM-9-Q	124	0.98 (0.96, 1.01)	0.242	126	1.00 (0.99, 1.01)	0.738
PAM	115	0.98 (0.95, 1.02)	0.395	117	0.98 (0.95, 1.02)	0.414

Significant p-values are shown in bold.
CI: Confidence Interval; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

Table 6
Final logistic multivariate models on medication adherence.

0–6 months ^a (n = 116)					6–12 months (n = 119)				
Baseline predictors	Model 2 ^b		Model 3 ^b		Baseline predictors	Model 2		Model 3 ^b	
	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p		OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p
Substance use	0.19 (0.04, 1.04)	0.056	0.19 (0.04, 0.98)	0.048	Substance use	0.86 (0.25, 2.91)	0.803	–	–
New patient	0.26 (0.08, 0.92)	0.037	0.25 (0.07, 0.87)	0.029	New patient	0.29 (0.10, 0.82)	0.020	0.25 (0.10, 0.66)	0.005
ASI-ES	0.82 (0.64, 1.05)	0.109	0.78 (0.62, 0.98)	0.031	ASI-MS	0.86 (0.72, 1.01)	0.072	0.81 (0.70, 0.95)	0.010
ASI-AU	0.88 (0.70, 1.10)	0.263	–	–	ASI-ES	0.89 (0.75, 1.06)	0.200	–	–
ASI-FS	0.93 (0.74, 1.17)	0.548	–	–	ASI-AU	0.95 (0.79, 1.13)	0.547	–	–
Axis-I disorder	5.03 (1.27, 19.87)	0.021	4.61 (1.19, 17.79)	0.027	Depressive disorder	3.58 (1.13, 11.29)	0.030	3.43 (1.13, 10.43)	0.030
Personality disorder	0.22 (0.06, 0.79)	0.020	0.24 (0.07, 0.83)	0.025	Personality disorder	0.26 (0.09, 0.75)	0.013	0.21 (0.08, 0.57)	0.002
					SF-36 Mental	1.02 (0.98, 1.06)	0.350	–	–
Linktest: p-values of PS and PS ²	0.003; 0.285		0.004; 0.246		Linktest: p-values of PS and PS ²	0.002; 0.799		0.019; 0.278	
Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	5.56 (0.696)		12.83 (0.118)		Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	7.53 (0.480)		5.97 (0.543)	
AIC / BIC	91.16 / 113.19		88.73 / 105.25		AIC / BIC	126.22 / 151.23		123.25 / 137.19	
Pseudo-R ²	0.27		0.26		Pseudo-R ²	0.22		0.19	
Sensitivity	96.91 %		98.97 %		Sensitivity	91.95 %		90.91 %	
Specificity	31.58 %		36.84 %		Specificity	40.63 %		31.25 %	
Correctly classified	86.21 %		88.79 %		Correctly classified	78.15 %		75.00 %	
AUC	0.84		0.82		AUC	0.81		0.79	

^a Age excluded due to collinearity (VIF > 4).

^b Non-significant predictors excluded until both AIC and BIC values were minimized. AIC: Akaike's information criterion; ASI: Addiction Severity Index; ASI-ME: Medical status; ASI-ES: Employment and support; ASI-AU: Alcohol use; ASI-FM: Family status; AUC: Area Under the Curve; BIC: Bayesian information criterion; CI: Confidence Interval; OR: Odds ratio; PS: Predicted score; VIF: Variance inflation factor. Significant p-values are shown in bold.

Table 7
Univariate logistic regression models for substance use with decisional variables and patient activation as independent variables.

	0–6 months			6–12 months		
	N	OR (95 % CI)	P	N	OR (95 % CI)	P
Preferred role (ref: shared)	171			150		
Active		1.34 (0.63, 2.85)	0.443		1.74 (0.47, 6.40)	0.407
Passive		0.54 (0.14, 2.02)	0.443		1.16 (0.48, 2.82)	0.741
Perceived role (ref: shared)	172			151		
Active		2.22 (0.56, 8.88)	0.259		1.80 (0.39, 8.38)	0.454
Passive		0.73 (0.43, 1.23)	0.259		0.90 (0.51, 1.60)	0.717
Role matching (ref: matched)	171			150		
Less than desired		1.76 (0.85, 3.64)	0.129		1.42 (0.79, 2.58)	0.244
More than desired		2.63 (1.04, 6.63)	0.041		2.35 (1.00, 5.53)	0.051
SDM-9-Q	174	0.99 (0.98, 1.01)	0.267	151	0.99 (0.98, 1.00)	0.071
PAM	161	1.00 (0.99, 1.01)	0.937	140	1.01 (1.00, 1.02)	0.161

Significant p-values are shown in bold.

CI: Confidence Interval; CPS: Control Preferences Scale; OR: Odds ratio; PAM: Patient Activation Measure; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire.

concordance is greater than the reported in Spanish psychiatric samples, which has been around 50 % (De las Cuevas et al., 2014; De las Cuevas et al., 2020). This variable is the only one that has shown significant or

near-significant associations with the outcomes. Concretely, patients who perceived more involvement than desired showed a subsequent higher likelihood of treatment discontinuation and substance use. However, this result is based only on 22 patients in the mentioned subgroup (16 at 6 months and 14 at 12 months) and the p-values in the multivariate models were non-significant, and therefore it must be interpreted as a mere hypothesis to be confirmed in future studies. De las Cuevas et al. (2014) found better self-reported medication adherence in psychiatric patients with matched preferences compared to those unmatched, but they did not compare separately patients with more and less involvement than desired. In certain pathologies, self-esteem or the patients' perception of his own abilities to make decisions is reduced. This circumstance has been associated with a lower desire to assume responsibilities and a subsequent preference for a more passive role in the consultation (Hamann et al., 2007). It has been pointed out how patients with SUD tend to have lower self-esteem and see themselves as more submissive subjects compared to other samples of patients without SUD, which could explain the observed relationship between perceiving more responsibility than desired and subsequent worsening in clinical results (Alavi, 2011; Joosten et al., 2011).

A recent systematic review evaluated the association between indicators of PCC and outcomes of substance treatment (Davis et al., 2020). Results showed positive associations with improved outcomes (substance and services use, psychological well-being), but only five studies included a patient-centered indicator other than satisfaction. Intervention studies have been very scarce, with mixed results (Davis et al., 2020). A randomized trial showed that a 5-session SDM intervention with SUD patients significantly improved primary substance use, addiction severity, quality of life and psychiatric problems at 3-month follow-up (E. a. G. Joosten et al., 2009). More recently, an uncontrolled pilot study also showed a reduction of drug use and craving in opioid users under a PCC program, with high retention at 3 months (Lynch et al., 2021), but a previous randomized trial did not show any

Table 8
Final logistic multivariate models on substance use.

0–6 months (n = 168)					6–12 months (n = 143)				
Baseline predictors	Model 2 ^a		Model 3 ^b		Baseline predictors	Model 2 ^c		Model 3 ^b	
	OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p		OR (95 % CI)	p	OR (95 % CI)	p
Substance use	7.08 (2.71, 18.51)	<0.001	7.18 (2.81, 18.32)	<0.001	Job status	0.65 (0.28, 1.53)	0.323	–	–
New patient	2.03 (0.95, 4.33)	0.068	2.18 (1.03, 4.61)	0.042	Substance use	4.23 (1.41, 12.69)	0.010	4.14 (1.52, 11.28)	0.005
ASI-MS	1.08 (0.94, 1.25)	0.294	–	–	ASI-LS	1.19 (0.97, 1.45)	0.088	1.24 (1.03, 1.48)	0.022
ASI-ES	1.19 (1.03, 1.37)	0.021	1.23 (1.09, 1.39)	0.001	ASI-FS	1.18 (1.00, 1.36)	0.042	1.17 (1.01, 1.35)	0.037
ASI-AU	1.06 (0.93, 1.21)	0.367	–	–	Opioids	1.50 (0.42, 1.33)	0.530	–	–
ASI-FS	1.04 (0.88, 1.21)	0.669	–	–	Polydrug	0.96 (0.34, 2.75)	0.942	–	–
ASI-PS	0.96 (0.81, 1.14)	0.662	–	–	Personality disorder	1.30 (0.52, 3.22)	0.572	1.25 (0.53, 2.97)	0.613
Role matching (ref: matched)					Role matching (ref: matched)				
Less than desired	1.51 (0.61, 3.71)	0.372	1.58 (0.65, 3.85)	0.314	Less than desired	1.65 (0.62, 4.39)	0.319	–	–
More than desired	1.87 (0.55, 3.67)	0.319	1.90 (0.56, 6.42)	0.301	More than desired	1.86 (0.47, 7.46)	0.378	–	–
Linktest: p-values of PS and PS ²	<0.001; 0.802		<0.001; 0.412		Linktest: p-values of PS and PS ²	0.011; 0.258		0.142; 0.056	
Hosmer–Lemeshow, χ^2 (p)	8.58 (0.379)		14.38 (0.072)		Hosmer–Lemeshow χ^2 (p)	9.18 (0.327)		6.11 (0.634)	
AIC/BIC	196.84 / 228.08		191.66 / 210.44		AIC/BIC	165.60 / 195.23		161.51 / 176.40	
Pseudo-R ²	0.21		0.21		Pseudo-R ²	0.15		0.13	
Sensitivity	60.61 %		60.00 %		Sensitivity	31.71 %		26.19 %	
Specificity	80.39 %		78.64 %		Specificity	94.12 %		93.2 %	
Correctly classified	72.62 %		71.10 %		Correctly classified	76.22 %		73.79 %	
AUC	0.80		0.77		AUC	0.77		0.76	

^a Acitivity trait and SF-36 mental component excluded due to collinearity (VIF > 4).

^b Non-significant predictors excluded until both AIC and BIC values were minimized.

^c Age, ASI-Employment and support, ASI-Psychiatric status and SDM-9-Q, excluded due to collinearity (VIF > 4). AIC: Akaike's Information Criterion; ASI: Addiction Severity Index; ASI-ME: Medical status; ASI-ES: Employment and support; ASI-AU: Alcohol use; ASI-LS: Legal status; ASI-FM: Family status; ASI-PS: Psychiatric status; AUC: Area Under the Curve; BIC: Bayesian information criterion; CI: Confidence Interval; OR: Odds ratio; PS: Predicted score; SDM-9-Q: Shared decision making questionnaire; VIF: Variance inflation factor. Significant p-values are shown in bold.

benefit for methadone patients (Schwartz et al., 2017). Neumann et al. developed an intervention for patients with trauma and risk of alcohol consumption. They applied a computerized tool that provided support in decision-making. The intervention was associated with a significant reduction in alcohol consumption at 6 months but not at 12 months follow-up (Neumann et al., 2006). Barrio et al. created an app for patients' phones that was developed based on the principles of SDM and obtained significant reductions in alcohol consumption and greater ability to achieve patients' own therapeutic goals (Barrio et al., 2017).

In somatic health conditions, SDM has been more frequently associated with improvement in affective aspects and knowledge than with outcomes such as adherence, acquisition of healthy habits, quality of life, or improvement in biological measures of health such as blood pressure (Aubree Shay and Lafata, 2015; Saheb Kashaf et al., 2017; Yun and Choi, 2019).

As commented above, research on the preferences of patients with SUD has focused on treatment or setting preferences. In some studies, when these preferences were satisfied, there was a tendency to observe, at least, less intense consumption tendencies or less substance use in previous days (Brown et al., 2002; Friedmann et al., 2004; Luty, 2004). In another study, improvements in ASI scores were obtained when the type of service offered by the provider matched what the patients wanted; with greater retention when the offered medical services coincided with what was desired by patients with cocaine SUD (Hser et al., 1999). Nonetheless, these results could not be confirmed by other studies characterized by their heterogeneous methodology and divergent results (Adamson et al., 2005; Marlowe et al., 2003; Sterling et al., 1997); indicating that preference matching is a suitable approach that should be further evaluated.

No significant differences were obtained regarding the degree of activation. Activation is an important aspect for self-care and management of chronic diseases (Rodríguez et al., 2019), however, it requires prior education and guidance. This could justify the findings of our study and would point out the importance of carrying out interventions to enhance the activation of patients (Newland et al., 2021). It is important to point out that there are a multitude of factors that can influence abstinence, retention and pharmacological adherence and therefore PCC/SDM is just one more element.

Addictions are disorders in which initially there may be little awareness of the disease or a tendency to self-deception in order not to completely abandon consumption. Given this particularity, an excess of responsibility on the part of the patient in the initial phases could be counterproductive and be associated with worse results. It is not uncommon for the professional to have to be firm in some of the initial recommendations to counteract the lack of initial motivation. It is important to note that both SDM and patient preferences can be applied in a multitude of treatment areas and it would be important to clarify which ones really provide the expected benefits.

This study has several limitations. First, we established the sample size in order to get adequate statistical power for univariate analyses and for multivariate models with the three independent variables. Therefore, the final multivariate models for retention at 6 months and mediation adherence could be underpowered. This also precludes the analysis of interactions between the study variables and potential moderators like type of addiction or presence of a mental disorder, since these analyses of interactions require very large sample sizes. Further, a larger sample size would have allowed it to be randomly divided into two subsamples, using the second as a validation sample. On the other side, a relevant

percentage of eligible patients did not participate due to their psychopathological state, the language barrier, or the lack of motivation to be included, and therefore the sample is not completely representative of the target population. Patients were evaluated in the same center where they receive treatment and not by an external assessor, and this could introduce to some extent a desirability bias. Another limitation is that only pharmacological adherence was evaluated and not the compliance and effect of the psychological interventions carried out in the center. Related to this, although we have included numerous covariates, specific factors such as the medication type, treatment modality or other aspects related to the clinical encounter were not assessed. The process of SDM was assessed only from the patients' perspective, and not by objective external observers (e.g., by audio-recording of consultations). Finally, results on medication adherence and substance use are restricted to completers, since most patients who did not comply with the appointments were missed for the analyses. Although lack of retention is a real aspect of clinical practice, the results obtained must be interpreted with caution.

Despite these limitations, the study adds valuable knowledge to a poorly researched issue, with a prospective design of a one-year follow-up. There are very few studies that evaluate SDM and activation in a clinical population with SUD, and although the results are only exploratory and subjected to the above-mentioned limitations, they raise some interesting insights that should be confirmed in future studies. A majority of SUD patients want to be involved to some extent in the decision-making process about their treatment, and perceive that their desire is respected by psychiatrists. Results suggest that it is not the preference nor the perception of SDM, but their matching, what might influence treatment outcomes. Contrary to other health conditions, where perceiving less involvement than desired may be more detrimental than the opposite, SUD patients who perceive more involvement than desired might experience an excess of responsibility and control that could negatively influence their compliance with appointments and substance use. More research is needed to confirm these results. In any case, exploring patient preferences for participating in treatment decisions and the degree of responsibility they wish to assume throughout the treatment, will help professionals to adapt their promotion of SDM to the patients' desires and characteristics, and to establish accepted therapeutic objectives.

Funding

This work did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of Competing Interest

Dr. Serrano-Pérez has received fees as speaker for Angelini, Casen Recordati and Lundbeck. Dr. Palma-Álvarez has received fees as speaker for Angelini, Casen Recordati, Exeltis, Lundbeck, MSD, Mundipharma, and Takeda. Dr. Ramos-Quiroga has received fees as speaker from Janssen-Cilag, Shire, Lilly, Ferrer, Medice, and Rubió. He has received research funding from Janssen-Cilag, Lilly, Ferrer, Lundbeck, and Rubió. Dr. Grau-López has received fees to give talks for Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier, Otsuka, and Pfizer. The rest of the authors have no interests to declare.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge the work of the whole team of the outpatient center for SUD treatment of Hospital Universitari Vall d'Hebron for their support in the recruitment.

Supplementary materials

Supplementary material associated with this article can be found, in

the online version, at [doi:10.1016/j.psychres.2023.115540](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115540).

References

- Adamson, S.J., Sellman, D.J., Dore, G.M., 2005. Therapy preference and treatment outcome in clients with mild to moderate alcohol dependence. *Drug Alcohol Rev.* 24 (3), 209–216. <https://doi.org/10.1080/09595230500167502>.
- Alavi, H.R., 2011. The Role of Self-esteem in Tendency towards Drugs, Theft and Prostitution. *Addict. Health* 3 (3-4), 119–124.
- Alves, P., Sales, C., Ashworth, M., 2017. Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug Alcohol Depend.* 179, 299–308. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.049>.
- Aubree Shay, L., Lafata, J.E., 2015. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med. Decis. Making* 35 (1), 114–131. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>.
- Austin, P.C., Steyerberg, E.W., 2017. Events per variable (EPV) and the relative performance of different strategies for estimating the out-of-sample validity of logistic regression models. *Stat. Methods Med. Res.* 26 (2), 796–808. <https://doi.org/10.1177/0962280214558972>.
- Barrio, P., Ortega, L., López, H., Gual, A., 2017. Self-management and Shared Decision-Making in Alcohol Dependence via a Mobile App: A Pilot Study. *Int. J. Behav. Med.* 24 (5), 722–727. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9643-6>.
- Bobes, J., Bascarán, T., Bobes-Bascarán, T., Carballo, J.L., Ma, E., Mesa, D., Flórez, G., García-Portilla, P., & Saiz, P.A. (2017). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos, ISBN: 978-84-611-7641-0.
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., Bryant, J., 2009. Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug Alcohol Depend.* 105 (1-2), 172–175. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016>.
- Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay, J., Annis, H., 2002. Matching substance abuse aftercare treatments to client characteristics. *Addict. Behav.* 27 (4), 585–604. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00195-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00195-2).
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T., 1999. Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc. Sci. Med.* 49 (5), 651–661. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00145-8) (1982).
- Cuschieri, S., 2019. The STROBE guidelines. *Saudi J. Anaesth.* 13 (Suppl 1), S31–S34. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
- Daigre, C., Rodríguez, L., Roncero, C., Palma-Álvarez, R.F., Perea-Ortueta, M., Sorribes-Puertas, M., Martínez-Luna, N., Ros-Cucurull, E., Ramos-Quiroga, J.A., Grau-López, L., 2021. Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity: A six-month follow-up study in an outpatient unit. *Addict. Behav.* 117, 106832. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106832>.
- Davis, E.L., Kelly, P.J., Deane, F.P., Baker, A.L., Buckingham, M., Degan, T., Adams, S., 2020. The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance Abuse* 41 (2), 216–231. <https://doi.org/10.1080/08897077.2019.1671940>.
- De las Cuevas, C., Mundal, I., Betancort, M., Lara-Cabrera, M.L., 2020. Assessment of shared decision-making in community mental health care: Validation of the CollaboRATE. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 20 (3), 262–270. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.06.004>.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., 2016. Validity of the Control Preferences Scale in patients with emotional disorders. *Patient Prefer Adherence* 10, 2351–2356. <https://doi.org/10.2147/PPA.S122377>.
- De las Cuevas, C., Peñate, W., de Rivera, L., 2014. Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: Examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient Educ. Couns.* 96 (2), 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.009>.
- De las Cuevas, C., Perestelo-Perez, I., Rivero-Santana, A., Cebolla-Martí, A., Scholl, I., Härter, M., 2015. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expect* 18 (6), 2143–2153. <https://doi.org/10.1111/hex.12183>.
- Degner, L.F., Sloan, J.A., Venkatesh, P., 1997. The Control Preferences Scale. *Can. J. Nurs. Res.* 29 (3), 21–43.
- First, M.B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In *Comprehensive handbook of Psychological assessment*, Vol. 2: Personality assessment (pp. 134–143). John Wiley & Sons, Inc.
- Friedmann, P.D., Hendrickson, J.C., Gerstein, D.R., Zhang, Z., 2004. The effect of matching comprehensive services to patients' needs on drug use improvement in addiction treatment. *Addiction* 99 (8), 962–972. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00772.x>.
- Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., Röhrig, J., Hempleman, J., Härter, M., Buchholz, A., 2018. Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addict. Behav.* 84, 248–254. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.002>.
- Friedrichs, A., Spies, M., Härter, M., Buchholz, A., 2016. Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PLoS One* 11 (1), e0145817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145817>.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., Albiol, S., 2008. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychol. Rep.* 103 (3), 845–856. <https://doi.org/10.2466/pr0.103.3.845-856>.

- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A., Casas, M., 2012. Risk factors for relapse in drug-dependent patients after hospital detoxification. *Adicciones* 24, 115–122.
- Green, C.A., Perrin, N.A., Polen, M.R., Leo, M.C., Hibbard, J.H., Tusler, M., 2010. Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Adm. Policy Ment. Health* 37 (4), 327–333. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0239-6>.
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., Härter, M., 2007. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expect.* 10 (4), 358–363. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00458.x>.
- Hodgins, D.C., Leigh, G., Milne, R., Gerrish, R., 1997. Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addict. Behav.* 22 (2), 247–255. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(96\)00013-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(96)00013-5).
- Hser, Y.I., Polinsky, M.L., Maglione, M., Anglin, M.D., 1999. Matching clients' needs with drug treatment services. *J. Subst. Abuse Treat.* 16 (4), 299–305. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00037-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00037-3).
- Joosten, E.A.G., de Jong, C.A.J., de Weert-van Oene, G.H., Sensky, T., van der Staak, C.P.F., 2009. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother. Psychosom.* 78 (4), 245–253. <https://doi.org/10.1159/000219524>.
- Joosten, E.A.G., De Jong, C.A.J., de Weert-van Oene, G.H., Sensky, T., van der Staak, C.P.F., 2011. Shared decision-making: Increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst. Use Misuse* 46 (8), 1037–1038. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.552931>.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., Kindelan, J.M., Carmona, A., Juega, J., Ocampo, A., GEEMA Study Group, 2002. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: The GEEMA Study. *AIDS* 16 (4), 605–613. <https://doi.org/10.1097/00002030-200203080-00012>.
- Kokkevi, A., Hartgers, C., 1995. EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur. Addict. Res.* 1 (4), 208–210. <https://doi.org/10.1159/000259089>.
- Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., Härter, M., 2010. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ. Couns.* 80 (1), 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034>.
- Luty, J., 2004. Treatment preferences of opiate-dependent patients. *Ment. Hosp.* 28 (2), 47–50. <https://doi.org/10.1192/PB.28.2.47>.
- Lynch, A.C., Weber, A.N., Hedden, S., Sabbagh, S., Arndt, S., Acion, L., 2021. Three-month outcomes from a patient-centered program to treat opioid use disorder in Iowa, USA. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 16 (1). <https://doi.org/10.1186/S13011-021-00342-5>.
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D.C., Schechter, M.T., Oviedo-Joekes, E., 2019. Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 14 (1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Merikle, E.P., Tran, G.Q., Platt, J.J., 2003. Day treatment for cocaine dependence: Incremental utility over outpatient counseling and voucher incentives. *Addict. Behav.* 28 (2), 387–398. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00248-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00248-9).
- Mead, N., Bower, P., 2000. Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc. Sci. Med.* 51 (7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8).
- Messas, G.P., Fukuda, L., Pienkos, E., 2019. A Phenomenological Contribution to Substance Misuse Treatment: Principles for Person-Centered Care. *Psychopathology* 1–9. <https://doi.org/10.1159/000501509>.
- Montori, V.M., Brito, J.P., Murad, M.H., 2013. The optimal practice of evidence-based medicine: Incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA* 310 (23), 2503–2504. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281422>.
- Moreno-Chico, C., González-de Paz, L., Monforte-Royo, C., Arrighi, E., Navarro-Rubio, M. D., Gallart Fernández-Puebla, A., 2017. Adaptation to European Spanish and psychometric properties of the Patient Activation Measure 13 in patients with chronic diseases. *Fam. Pract.* 34 (5), 627–634. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz022>.
- Mundal, I., Lara-Cabrera, M.L., Betancort, M., De Las Cuevas, C., 2021. Exploring patterns in psychiatric outpatients' preferences for involvement in decision-making: A latent class analysis approach. *BMC Psychiatry* 21 (1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03137-x>.
- Muthulingam, D., Bia, J., Madden, L.M., Farnum, S.O., Barry, D.T., Altice, F.L., 2019. Using nominal group technique to identify barriers, facilitators, and preferences among patients seeking treatment for opioid use disorder: A needs assessment for decision making support. *J. Subst. Abuse Treat.* 100, 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.019>.
- Neumann, T., Neuner, B., Weiss-Gerlach, E., Tønnesen, H., Gentilello, L.M., Wernecke, K. D., Schmidt, K., Schröder, T., Wauer, H., Heinz, A., Mann, K., Müller, J.M., Haas, N., Kox, W.J., Spies, C.D., 2006. The effect of computerized tailored brief advice on at-risk drinking in subcritically injured trauma patients. *J. Trauma* 61 (4), 805–814. <https://doi.org/10.1097/01.TA.0000196399.29893.52>.
- Neuner, B., Dizner-Golab, A., Gentilello, L.M., Habrat, B., Mayzner-Zawadzka, E., Górecki, A., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., Schlattmann, P., Perka, C., Spies, C.D., 2007. Trauma patients' desire for autonomy in medical decision making is impaired by smoking and hazardous alcohol consumption—A bi-national study. *J. Int. Med. Res.* 35 (5), 609–614. <https://doi.org/10.1177/147323000703500505>.
- Newland, P., Lorenz, R., Oliver, B.J., 2021. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *J. Health Psychol.* 26 (1), 103–114. <https://doi.org/10.1177/1359105320947790>.
- Palma-Álvarez, R.F., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., Perea-Ortueta, M., Martínez-Luna, N., Serrano-Pérez, P., Sorribes-Puertas, M., Ramos-Quiroga, J.A., Grau-López, L., Roncero, C., 2021. Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders?: A one year follow-up study. *Addict. Behav.* 113, 106681. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106681>.
- Pirie, T., National Treatment Indicators Working Group, 2015. National Treatment Indicators Report: 2012–2013 Data. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, Ontario. https://www.researchgate.net/publication/279957627_National_Treatment_Indicators_Report_2012-2013_Data.
- Rodríguez, H.P., Poon, B.Y., Wang, E., Shortell, S.M., 2019. Linking Practice Adoption of Patient Engagement Strategies and Relational Coordination to Patient-Reported Outcomes in Accountable Care Organizations. *Milbank Q.* 97 (3), 692–735. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12400>.
- Roncero, C., Palma-Álvarez, R.F., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Cucurull, E., Álvarez, A.L., Casas, M., Daigre, C., 2019. Cocaine relapse and health-related quality of life: A 23 weeks study. *Actas Esp. Psiquiatr.* 47 (2), 37–44.
- Ros-Cucurull, E., Palma-Álvarez, R.F., Cardona-Rubira, C., García-Raboso, E., Jacas, C., Grau-López, L., Abad, A.C., Rodríguez-Cintas, L., Ros-Montalbán, S., Casas, M., Ramos-Quiroga, J.A., Roncero, C., 2018. Alcohol use disorder and cognitive impairment in old age patients: A 6 months follow-up study in an outpatient unit in Barcelona. *Psychiatry Res.* 261, 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.069>.
- Saheb Kashaf, M., McGill, E.T., Berger, Z.D., 2017. Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ. Couns.* 100 (12), 2159–2171. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.030>.
- Schwartz, R.P., Kelly, S.M., Mitchell, S.G., Gryczynski, J., O'Grady, K.E., Gandhi, D., Olsen, Y., Jaffe, J.H., 2017. Patient-centered methadone treatment: A randomized clinical trial. *Addiction* 112 (3), 454–464. <https://doi.org/10.1111/add.13622>.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., Bogardis, J., Leo, G.I., Skinner, W., 1992. Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behav. Ther.* 23 (1), 43–52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80307-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80307-7).
- Sterling, R.C., Gottheil, E., Glassman, S.D., Weinstein, S.P., Serota, R.D., 1997. Patient treatment choice and compliance. Data from a substance abuse treatment program. *Am. J. Addict.* 6 (2), 168–176.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., 2005. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: A decade of experience and new developments. *Gac. Sanit.* 19 (2), 135–150. <https://doi.org/10.1157/13074369>.
- Ware, J.E., Sherbourne, C.D., 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med. Care* 30 (6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>.
- World Drug Report, 2020. <https://www.wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html>.
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 310 (20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
- Yennurajalingam, S., Rodrigues, L.F., Shamieh, O.M., Tricou, C., Filbet, M., Naing, K., Ramaswamy, A., Perez-Cruz, P.E., Bautista, M.J.S., Bunge, S., Muckaden, M.A., Fakroodien, S., Sewram, V., Tejedor, A.N., Rao, S.S., Williams, J.L., Liu, D.D., Park, M., Lu, Z., Bruera, E., 2018. Decisional control preferences among patients with advanced cancer: An international multicenter cross-sectional survey. *Palliat. Med.* 32 (4), 870–880. <https://doi.org/10.1177/0269216317747442>.
- Yun, D.W., Choi, J.S., 2019. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *Int. J. Nurs. Stud.* 93, 74–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.012>.

Correlates of control preferences, participation in decision-making and activation in patients with Substance Use Disorder

Correlatos de las preferencias de control, participación en la toma de decisiones y activación en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias.

Pedro Serrano-Pérez *,**, ***, Amado Rivero Santana ****, *****, Constanza Daigre-Blanco **,*****,*****, *****, Felipe Palma-Álvarez **,*****,*****, *****, Icíá Nistal-Franco *, ***, Josep Antoni Ramos-Quiroga **,*****,*****, *****, Lara Grau-López **,*****,*****, *****.

* Department of Psychiatry, Hospital Álvaro Cunqueiro, SERGAS, Vigo, Spain

** Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Autonomous University of Barcelona, Barcelona, Spain

*** Translational Neuroscience Research Group, Galicia Sur Health Research Institute (IIS-Galicia Sur), SERGAS-UVIGO, CIBERSAM, Vigo, Spain.

**** Canary Islands Health Research Institute Foundation (FIISC)

***** Network for Research on Chronicity, Primary Care, and Health Promotion (RICAPPS). Spain.

***** Department of Psychiatry, Addiction and Dual Diagnosis Section, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain.

***** Psychiatry Group, Mental Health and Addiction, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, Spain.

***** Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Madrid, Spain.

Enviar correspondencia a: Pedro Serrano-Pérez. +34 622 115 439. Department of Psychiatry, Hospital Álvaro Cunqueiro, SERGAS, Vigo, Spain.

E-mail: pedro.guillermo.serrano.perez@sergas.es

Abstract: Treatment of Substance Use Disorders (SUD) is complex and therefore an active collaboration of patients in the therapeutic process is needed. Patient-Centered Care (PCA) has been associated with greater satisfaction, self-control, and less substance use. We carried out a cross-sectional analysis of the sociodemographic, clinical and psychological correlates of preferences and perceptions about involvement in decision-making and patient activation in 214 SUD patients. The Control Preferences Scale (CPS), the Shared Decision Making Questionnaire (SDM-9-Q) and the Patient Activation Measure (PAM) were used to assess the PCA elements. Multinomial logistic and linear regression were used to analyze their correlates. Univariate analyzes show that those who prefer an active role, compared to a shared one, were significantly associated with higher education, lower neuroticism, absence of affective disorders, higher quality of life, and lower alcohol consumption. Perceiving greater participation was related to not being a new patient, having fewer legal problems, and higher severity of alcohol consumption. Activation was associated with higher scores in the personality trait activity, higher quality of life and a preference for an active role. Patients who prefer or perceive a shared or passive role did not show relevant differences. Most patients with SUD want to participate in their treatment, and those with milder clinical profiles prefer an active role.

Resumen: El tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) es complejo y por ello se necesita una colaboración activa de los pacientes en el proceso terapéutico. La atención centrada en el paciente (ACP) se ha asociado con una mayor satisfacción, autocontrol y menor consumo de sustancias. Realizamos un análisis transversal de los correlatos sociodemográficos, clínicos y psicológicos de las preferencias y percepciones sobre la implicación en la toma de decisiones y la activación del paciente en 214 pacientes con TUS. La Escala de Preferencia de Control (CPS), el Cuestionario de Toma de Decisiones Compartidas (SDM-9-Q) y la Medida de Activación del Paciente (PAM) se utilizaron para evaluar los elementos de ACP. Se utilizaron regresiones logísticas multinomiales y lineales para analizar sus correlatos. Los análisis univariados muestran que aquellos que prefieren un rol activo, en comparación con uno compartido, se

asociaron significativamente con mayor educación, menor y menor consumo de alcohol. Percibir mayor participación se relacionó con no ser un paciente nuevo, tener menos problemas legales y un consumo de alcohol más grave. La activación se asoció con puntuaciones más altas la dimensión de personalidad actividad, mayor calidad de vida y preferencia por un rol activo en el proceso. Los pacientes que prefieren o perciben un rol compartido o pasivo no mostraron diferencias relevantes. La mayoría de los pacientes con TUS quieren participar en su tratamiento, y aquellos con perfiles clínicos más leves prefieren un papel activo.

Key Words: Shared decision-making, patient preference, substance use disorders, patient autonomy

Palabras clave: decisiones compartidas, preferencias de pacientes, trastorno por usos de sustancias, autonomía del paciente

1. INTRODUCTION

In the treatment of Substance Use Disorder (SUD), there is a growing interest in the patient being an active part of their therapeutic process (Joosten 2009-1). Some studies carried out in this population suggest that sometimes, the objectives and therapeutic results that patients consider important do not coincide with those proposed by the professionals, leading to worse health outcomes (Alves et al., 2017; Hodgins et al., 1997; Marchand et al., 2019).

Patient-Centered Care (PCC) is characterized by prioritizing the unique needs of each client and seeking a greater balance of power between the customer and the provider when they are deciding about treatment or diagnostic procedures. PCC is characterized by attending to patients' needs, giving emotional support, good coordination between the different health services involved in patients' care and an adequate continuation of service, and promoting the participation of patients in medical decisions (Epstein & Street, 2011). This model of care is among the priority objectives of the World Health Organization (WHO) with the aim of improving the quality of health services and health outcomes (Stacey et al., 2014; World Health Organization, 2015).

Shared Decision Making (SDM) is therefore a core component of PCC. SDM engages patients and healthcare providers in a collaborative dialogue to reach informed and personalized decisions. In this process, professionals provide scientific knowledge about the health condition and the benefits and risks of available treatments and help patients to clarify their values and preferences about those potential outcomes and other treatment characteristics, with the aim to make a decision that is informed and congruent with patients' preferences (National Institute for Health and Care Excellence, 2021).

In the field of SUD, SDM has been associated with greater satisfaction with treatment, increased feeling of achieving therapeutic goals (Brenner et al., 2009), more self-control and reduced substance use (Joosten et al., 2009; Joosten et al., 2011), a reduction in the severity of SUD and comorbid psychiatric pathologies (Joosten et al., 2009). Given this evidence, some treatment guidelines already point out the importance

of SDM in the clinical approach to SUD (Montori et al., 2013; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

To implement PCC, some issues should be previously considered. Assessments can focus on elements before the clinical encounter such as patient preferences (passive/active role, outpatient/internal treatment, pharmacological/psychological), decision-making process (professional behaviour perceived by the patient, options offered) or after the evaluation (satisfaction, decisional conflict, etc.) (Doherr et al., 2017; Joosten et al., 2008). In the same way, the process can be evaluated by different sources such as an external observer, the health professional, the patient or all of them (Scholl et al., 2011).

It is expected that a more patient-centered approach will improve patient activation, defined as the adequate knowledge, motivation and skills to assume responsibility for managing their own health; having been related to greater patient participation in their own treatment (James, 2013). Greater activation has been associated in other health conditions with a greater commitment to prevention and self-care habits, higher quality of life, greater satisfaction with the care received, greater pharmacological adherence, reduced use of health resources (medical and emergency visits, and hospital admissions), and health care costs but it has still been scarcely studied in the population with SUD (Forma et al., 2021; Hibbard et al., 2015; Mukoro, 2012).

Currently, there are few studies assessing SDM or patient activation in the field of SUD, and published results are inconsistent. It is not known with certainty how much and how patients want to participate in their treatment (Friedrichs et al., 2016). Some studies suggest that while some patients want to take an active role in their treatment (Friedrichs et al., 2018; Neuner et al., 2007; Sobell et al., 1992), others prefer obtaining more information than responsibility when making decisions (Deber, 1994).

As a part of a prospective study evaluating the association of decisional variables and patient activation with treatment outcomes, we present a cross-sectional analysis of

the sociodemographic, clinical and psychological correlates of SUD patients' preferences and perceptions about SDM in consultation, as well as their level of activation. The objective of this study is to evaluate the existing differences in preferences for participation in SDM and degree of activation and their relationship with the type of substance consumed, sociodemographic differences, psychiatric comorbidity and time in follow-up. We hypothesize that those with less severe characteristics, less aggressive consumption or more resources will have a greater desire for control and participation in decisions about their health.

2. METHOD

We used the baseline data collected in a prospective observational study aimed to investigate the association of decision-related variables and patient's activation with the outcomes of SUD treatment. The study was conducted in the outpatient service for addictions of the Hospital Vall d'Hebron (Barcelona, Spain). This study was approved by the Hospital Ethics Committee, and it was carried out following the principles of the Helsinki Declaration (World Medical Association, 2013). There was no financial compensation for participation. The patients were included if they met the following criteria: 1) age over 18 years, 2) meeting SUD criteria according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5); 3) showed the ability to understand and fill out the research questionnaire, in the opinion of the physician; and 4) signed the informed consent. Both new patients and patients who already were under treatment at the center were included. Patients were excluded if they: 1) presented a state of intoxication at the time of the interview, 2) had decompensated psychiatric disorder, 3) presented language barriers or 4) were involved in a pharmacological clinical trial.

Patients who met the inclusion criteria were recruited by trained staff, informed about the study, and invited to participate. Those who accepted and signed the informed consent received the different self-administered questionnaires. In the psychological

visits, the severity of the addiction and the psychiatric comorbidity were assessed with validated instruments (see below).

Measures

Independent variables

- An ad-hoc questionnaire was utilized to gather information on sociodemographic, clinical, psychological, and health-related variables. The collected data included age, gender, education, marital status, job status, substance use at baseline, prior follow-up status as a patient, new patient status, and type of substance.

- The Spanish adaptations of the Semi-Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders (SCID-I) and the Semi-Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II Disorders (SCID-II) were utilized to evaluate psychiatric comorbidities (First & Gibbon, 2004).

- The Spanish version of the European Addiction Severity Index (EuropASI) was used to measure addiction severity. It considers medical, occupational, legal, family and social status, psychological problems and substance use history through a semi-structured interview. The median for each component was used for the analysis (Bobes et al., 2017).

- Quality of life: The 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) was used to measure both physical and psychological quality of life from the patient's perspective. The questionnaire evaluates 8 different aspects that are synthesized in two summative measures: the physical component summary (PCS) and the mental component summary (Alonso et al., 1995).

Personality disorders: The Spanish version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) was used to ascertain the fundamental dimension of the patient's personality. The ZKPQ is a widely recognized scale used in multiple pathologies, and it comprises 99 items across 5 scales, namely Neuroticism-Anxiety, Activity, Sociability,

Impulsiveness and Sensation Seeking, as well as Aggressiveness and Hostility (Gomà-i-Freixanet et al., 2008).

Dependent variables

- The Control Preferences Scale (CPS): It was used to assess the patient's preference and perception regarding their involvement in the decision-making process related to treatment (Degner et al., 1997). Comprises two items, each with five response options ranging from a completely active role (where the patient makes the decision) to a completely passive one (where the doctor decides without the patient's participation), with a midpoint for shared decision-making. For analysis purposes, the scores were condensed into three categories: active (considering or not considering the doctor's opinion), shared, and passive (considering or not considering patient's opinion). The matching between preference and perception was calculated from these three categories and had three levels: matched preference, more involvement than desired, and less involvement than desired.

- Shared Decision-Making Questionnaire (SDM-Q-9): a self-reported, 9-item scale that measured patients' perceived level of the doctor's promotion of shared decision-making (SDM) during consultations. The scale is unifactorial and the items are answered using a Likert scale that ranges from 0 (completely disagree) to 5 (completely agree). The total score obtained is converted to a 0-100 scale, with higher scores indicating greater levels of SDM (De las Cuevas et al., 2015).

- Patient Activation Measure (mental health version, PAM-13): is a self-report questionnaire designed to evaluate patients' perceived level of knowledge, skills, confidence, and involvement in the management of chronic diseases. The PAM comprises 13 items, each to be answered on a Likert scale ranging from 1 (totally disagree) to 4 (totally agree). The total score obtained is then transformed into a 0-100 scale using calibration tables that are provided under license. Higher scores indicate a greater degree of activation. The PAM-13 was originally developed by Green et al. (2010).

Statistical analysis

Descriptive statistics (means, standard deviations and percentages) were calculated for all the variables. Logistic multinomial regression was used to analyze the correlates of the CPS variables (role preference, role perception and matching between preference and perception). For the SDM-9-Q and PAM, multilevel linear regression was used, including the doctor as a random effect in order to control for clustering effects. In all cases, univariate analyses were carried out for each independent variable, and those with significant results ($p < 0.05$) were included in a multivariate model. In the model for the PAM, the SDM-9-Q and the CPS were also included as independent variables, and were included in the multivariate model if they obtained p-values under 0.10 in univariate analyses.

3. RESULTS

Between March 2019 and June 2021, a total of 214 patients were enrolled in the study by 10 mental health professionals, with a median of 16 patients per professional and a range of 10 to 62. Table 1 displays the sociodemographic characteristics of the sample. The mean age of the participants was 44 years old, with two-thirds being male and 56.8% having only primary or no formal education. At the start of the study, 71% of the participants were actively using substances, and 37.4% were new patients. Of those being treated for substance use, 49% had alcohol use disorder, 28.5% had cocaine use disorder, and 7.9% had opioid use disorder, while other drug use disorder were less than 5%. Since the definition of Polydrug addiction varies depending on the classification, the severity of acute consumption was taken into account. In this context, patients with main consumption of more than one illegal substance, including alcohol in large quantities, were classified as such (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2002). Approximately half of the sample had an Axis-I mental disorder diagnosis, and nearly one-third had a personality disorder diagnosis.

Missing data was observed in the sample, ranging from 0 to 4.7% across all variables, except for the Patient Activation Measure (PAM), which had a missing data rate of 11.2% (Appendix, Table A1). No significant associations were found between any of the included variables and having a missing score in the PAM (Appendix, Table A2).

Control Preferences Scale

Preferred role

Most patients showed a preference for a shared (46.9%) or passive (38.7%) role. At the univariate level, a preference for an active role, compared to a shared one, was significantly associated with higher education level (RRR = 2.58, 95%CI: 1.12, 5.94), main substance other than alcohol (RRR = 0.39, 95%CI: 0.17, 0.89), not having a mood (RRR = 0.37, 95%CI: 0.14, 0.98) or depressive disorder (RRR = 0.33, 95%CI: 0.12, 0.95), a lower score on neuroticism (RRR = 0.90, 95%CI: 0.83, 0.97) and a better health-related physical quality of life (RRR = 1.08, 95%CI: 1.02, 1.13). There were no significant differences between shared and passive preferences.

In the multivariate model (not including mood disorder to avoid collinearity with depressive disorder), only the education and quality of life differences remained significant (table 2).

Perceived role

Half of the patients (50.1%) perceived that they played a passive role in treatment decisions, whereas a shared approach was perceived by 38.1%. The perception of having played an active role, compared to a shared one, was related to not having a depressive (RRR = 0.27, 95%CI: 0.07, 0.95) or mood disorder (RRR = 0.22, 95%CI: 0.07, 0.78), and a lower score on neuroticism (RRR = 0.89, 95%CI: 0.82, 0.97). In a multivariate model including the two latter variables, both remained significant (table 2).

At the univariate level, patients who perceived a passive role also had significantly lower scores on neuroticism than patients who perceived a shared role (RRR = 0.94, 95%CI: 0.89, 0.99), but in the multivariate model the result did not reach significance ($p = 0.063$).

Role matching

Two-thirds (66.5%) of the patients showed concordance between their preferred and perceived roles, whereas 23% perceived less control than they wanted, and 10.5% were given more participation than desired.

In univariate analyses, perceiving more involvement than desired, compared to patients with matched preferences, was associated with worse scores in the ASI subscale “Drug Problems” (RRR = 0.1.17, 95%CI: 1.01, 1.36), a higher likelihood of polydrug use (RRR = 2.72, 95%CI: 1.06, 7.00), and higher impulsivity (RRR = 1.12, 95%CI: 1.00, 1.24). Coefficients comparing matched preferences with lower perceived involvement than desires were not significant. In the multivariate model, none of the variables remained significant.

Shared decision-making

The mean score on the SDM-9-Q was 69.0 (sd = 21.6). Univariate significant correlates of perceived SDM were not being a new patient (B = -6.25, 95% CI: -11.2, -1.28), greater severity of alcohol use according to ASI scores (B = 1.14, 95% CI: 0.61, 1.68), lower scores in ASI legal issues (B = -1.37, 95% IC: -2.51, -0.23), not presenting polydrug use (B = -6.81 95% CI -10.5, -3.07), and main substance use different than opioids (OR= -7.62, 95% CI: -12.8, -2.46) or sedatives (OR= -7.90 95% CI: -12.2, -3.58). In the multivariate analysis, however, only not being a new patient was significantly related to perceived SDM (B = -6.69, 95% CI: -10.9, -2.49).

Activation

The mean score on the PAM was 56.8 (SD = 14.4), indicating moderate levels of activation. In the univariate analysis, higher scores on activity, one of the components of

the extraversion dimension of the ZKPQ scale, were significantly associated with higher scores on the PAM ($B = 0.66$, 95% CI: 0.11, 1.20). The preference for an active role, compared to a shared one, was also related to a higher degree of activation ($B = 5.33$, 95% CI: 1.86, 8.79). The perceived role, measured by CPS, did not obtain a significant result, but scores on the SDM-Q-9 did it significantly related to activation ($B = 0.14$, 95% CI: 0.04, 0.24). Regarding role matching, patients who perceived more involvement than desire obtained lower activation scores than those with matched preferences, but the difference was significant only at the 90% confidence level. In the multivariate analysis, only the CPS and the SDM-9-Q maintained significance.

Discussion

In this sample, 47% of the patients preferred a shared role in decision-making, whereas 39% preferred a passive role. However, these two groups were not significantly different in any of the assessed correlates. On the contrary, the 14% of patients who preferred an active role presented significant differences compared to the “shared” group, suggesting a less problematic profile (more educated, lower likelihood of depression, lower alcohol use, lower neuroticism, better quality of life), although there were no significant differences in addiction severity, assessed by the ASI (Mundal et al., 2021). The results on role perception, also assessed by the CPS, were in the same direction but only for the presence of a mood disorder and the level of neuroticism. These patients tended to perceive a shared approach instead of an active one. These results could be interpreted as a consequence of the decrease in some abilities or the lack of confidence felt by patients with affective and anxiety disorders, which could lead to a fear of assuming too much responsibility or making the wrong choice. This hypothesis could also justify the results obtained among those more impulsive or polydrug patients who report receiving more participation than they would like. These findings are similar to those found in chronic medical conditions such as hypertension, minor traumas, or mental illnesses such as schizophrenia or depression where patients wanted to be involved but collaboratively with the doctor (Friedrichs et al., 2016; Hamann et al., 2007). This is an aspect of interest that should be confirmed in future studies since although patients do not seem to feel

ready to assume a more active role, many do not want to stop being involved in the process in some way.

Regarding the perception of SDM in consultation, it is not surprising that it was lower in new patients, since they had experienced fewer interactions with the doctor. In univariate analyses, patients in whom alcohol consumption was more severe, reported feeling more involved in the SDM process, while those patients with SUD to opioids, sedatives, or polydrug addiction perceived a lower degree of participation in their treatment compared to those addicted to other substances. The patient profile who perceives significantly higher participation would be the alcohol consumer, linked to the unit for a long time and with no legal history. The rest of the variables analyzed did not show significant differences in the perception of participation. This profile could be considered a less seriously ill patient. In Europe, the consumption of alcohol is legal and is part of the culture of the countries. It is common that in some cases this type of patient is separated from the rest and they are treated in specific alcoholism centers. For this reason, reports and studies often separate this profile of patients from other addictions. A larger study of these population subtypes would be interesting since it could guide the needs for different approaches (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Studies carried out on patients with medical pathologies show results similar to those of our study. In a recent systematic review of the global use of the SDM-9-Q, the perceptions of average participation ranged between 42 and 75 (Doherr et al., 2017).

Patients with mood disorders, specifically those with depression, with more neurotic and anxious traits, preferred shared or passive participation over having an active role in the process, and the perception of what was happening in the encounter coincided. In relation to activation degree, a higher degree of activation was obtained in the PAM in those patients with higher scores in activity according to the ZKPQ, which could be expected. This category includes individuals with a greater need for general activity, difficulty relaxing and doing nothing when the opportunity arises, or people with a preference for hard and challenging work, a busy, active life, and a high energy level. A positive correlation was obtained between patients who were more active according to the PAM

and those who preferred to have an active role according to the CPS and also tended to perceive that they did so (Pearson $r = 0.22$, $p = 0.003$). It could be interpreted that the most activated patients are those with personality traits that predispose to this type of attitude towards the disease and therefore prefer greater participation in the decision-making process regarding their health. Despite not being able to establish causal relationships, the association obtained should be studied in the future to determine possible fields of action with the patient.

Preferring an active role in decision-making was associated with higher physical quality of life. Higher quality-of-life scores were also obtained in more active patients, although the differences were not significant. These results coincide with those obtained in other studies where a greater activation in patients has been related to a more outstanding commitment to prevention habits, self-care, and a better quality of life (Hibbard, 2014; Hibbard et al., 2015.). In the same direction, other studies have indicated in chronic diseases patients that less activation was related to depressive symptoms and worse quality of life (Blakemore et al., 2016), which coincides with the results obtained in our study, although in our case the lower activation in depressed patients did not become significant.

With the results of this study, it can be concluded that patients with substance use want to participate in their therapeutic process, although most prefer to share the responsibility with the professional. Those patients with depressive disorders prefer to avoid an active role but still want to be involved. A higher degree of activation in patients is related to preferring an active role and they tend to feel more involved in the process. An association is observed between preferring an active role and higher quality of life.

The few studies published on this type of patient have provided inconclusive results; although they coincide in indicating a desire for greater participation, on occasions, to choose the treatment option together with the clinician (Marshall et al., 2022; Neuner et al., 2007; Sobell et al., 1992); or simply receiving more information (Deber, 1994).

Limitations

When interpreting the results of this study, some limitations must be taken into account. The study was carried out in only one outpatient unit, and the generalizability of the results is uncertain. Regarding internal validity, the study was exploratory including a high number of variables and therefore analyses were not adjusted for multiple comparisons. However, the significant results obtained have a theoretical sense, although confirmation in larger samples is required. The relatively small sample size also precluded the analyses of interactions with specific variables like the presence of a mental disorder. Despite the indicated limitations, the study provides relevant information about patients' psychological variables relevant for SUD treatment, which has been rarely studied in Spain and worldwide.

Acknowledgments:

The authors wish to acknowledge the work of the whole team of the outpatient center for SUD treatment at Hospital Universitari Vall d'Hebron for their support in the recruitment. Funding: This work did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Declaration of interest

Dr. Serrano- Pérez has received fees as speaker for Angelini, Casen Recordati and Lundbeck. Dr. Palma-Álvarez has received fees as speaker for Angelini, Casen Recordati, Exeltis, Lundbeck, MSD, Mundipharma, and Takeda. Dr. Ramos-Quiroga has received fees as speaker from Janssen-Cilag, Shire, Lilly, Ferrer, Medice, and Rubió. He has received research funding from JanssenCilag, Lilly, Ferrer, Lundbeck, and Rubió. Dr. Grau-López has received fees to give talks for Janssen-Cilag, Lundbeck, Servier, Otsuka, and Pfizer. The rest of the authors have no interests to declare.

Bibliography

- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results]. *Medicina Clinica*, *104*(20), 771-776.
- Alves, P., Sales, C., & Ashworth, M. (2017). Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug and Alcohol Dependence*, *179*, 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.049>
- Blakemore, A., Hann, M., Howells, K., Panagioti, M., Sidaway, M., Reeves, D., & Bower, P. (2016). Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: Correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 582. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1843-2>
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Mesa, E. M. D., Flórez, G., García-Portilla, M. P., & Sáiz, P. A. (s. f.). *Valoración de la gravedad de la adicción*.
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, *105*(1-2), 172-175. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016>
- De las Cuevas, C., Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Cebolla-Martí, A., Scholl, I., & Härter, M. (2015). Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, *18*(6), 2143-2153. <https://doi.org/10.1111/hex.12183>
- Deber, R. B. (1994). Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, *151*(4), 423-427.
- Degner, L. F., Sloan, J. A., & Venkatesh, P. (1997). The Control Preferences Scale. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmieres*, *29*(3), 21-43.
- Doherr, H., Christalle, E., Kriston, L., Härter, M., & Scholl, I. (2017). Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies-A systematic review. *PloS One*, *12*(3), e0173904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173904>

- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2002). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway 2002 – Publications Office.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). En *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment* (pp. 134-143). John Wiley & Sons, Inc.
- Forma, F., Clerie, J., Davis, T., Clovie, K., & Ruetsch, C. (2021). The Association between Patient Activation and Outcomes among Severely Mentally Ill Patients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48(3), 382-399. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09731-3>
- Friedrichs, A., Silkens, A., Reimer, J., Kraus, L., Scherbaum, N., Piontek, D., Röhrig, J., Hempleman, J., Härter, M., & Buchholz, A. (2018). Role preferences of patients with alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 84, 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.05.002>
- Friedrichs, A., Spies, M., Härter, M., & Buchholz, A. (2016). Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PloS One*, 11(1), e0145817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145817>
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., & Albiol, S. (2008). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*, 103(3), 845-856. <https://doi.org/10.2466/pr0.103.3.845-856>
- Green, C. A., Perrin, N. A., Polen, M. R., Leo, M. C., Hibbard, J. H., & Tusler, M. (2010). Development of the Patient Activation Measure for mental health. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(4), 327-333. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0239-6>
- Hamann, J., Neuner, B., Kasper, J., Vodermaier, A., Loh, A., Deinzer, A., Heesen, C., Kissling, W., Busch, R., Schmieder, R., Spies, C., Caspari, C., & Härter, M. (2007). Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 10(4), 358-363. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00458.x>

- Hibbard, J. H., Greene, J., Shi, Y., Mittler, J., & Scanlon, D. (2015). Taking the long view: How well do patient activation scores predict outcomes four years later? *Medical Care Research and Review: MCRR*, 72(3), 324-337. <https://doi.org/10.1177/1077558715573871>
- Hodgins, D. C., Leigh, G., Milne, R., & Gerrish, R. (1997). Drinking goal selection in behavioral self-management treatment of chronic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 22(2), 247-255. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(96\)00013-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(96)00013-5)
- James J (2013). People actively engaged in their health and health care tend to have better outcomes and some evidence suggests, lower costs. *Health Affairs Health Policy Brief*. Doi: 10.1377/hpb20130214.898775
- Joosten, E. a. G., de Jong, C. a. J., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. F. (2009). Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(4), 245-253. <https://doi.org/10.1159/000219524>
- Joosten, E. A. G., De Jong, C. A. J., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. F. (2011). Shared decision-making: Increases autonomy in substance-dependent patients. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1037-1038. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.552931>
- Joosten, E. a. G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. a. J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226. <https://doi.org/10.1159/000126073>
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>
- Marshall, T., Hancock, M., Kinnard, E. N., Olson, K., Abba-Aji, A., Rittenbach, K., Stea, J. N., Tanguay, R., & Vohra, S. (2022). Treatment options and shared decision-making in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 135, 108646. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108646>

- Montori, V. M., Brito, J. P., & Murad, M. H. (2013). The optimal practice of evidence-based medicine: Incorporating patient preferences in practice guidelines. *JAMA*, *310*(23), 2503-2504. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281422>
- Mukoro, F. (2012). Summary of the Evidence on the Performance of the Patient Activation Measure – *BMJ Improvement Hub*. (2012). https://improve.bmj.com/improve_post/summary-of-the-evidence-on-the-performance-of-the-patient-activation-measure/
- Mundal, I., Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., & De Las Cuevas, C. (2021). Exploring patterns in psychiatric outpatients' preferences for involvement in decision-making: A latent class analysis approach. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03137-x>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. *British Psychological Society* (UK). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65487/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021). Shared decision making. *NICE Guideline*, No. 197. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572428/>
- Neuner, B., Dizner-Golab, A., Gentilello, L. M., Habrat, B., Mayzner-Zawadzka, E., Górecki, A., Weiss-Gerlach, E., Neumann, T., Schlattmann, P., Perka, C., & Spies, C. D. (2007). Trauma patients' desire for autonomy in medical decision making is impaired by smoking and hazardous alcohol consumption—A bi-national study. *The Journal of International Medical Research*, *35*(5), 609-614. <https://doi.org/10.1177/147323000703500505>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021. 109 p
- Scholl, I., Koelewijn-van Loon, M., Sepucha, K., Elwyn, G., Légaré, F., Härter, M., & Dirmaier, J. (2011). Measurement of shared decision making—A review of instruments. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, *105*(4), 313-324.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I., & Skinner, W. (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behavior Therapy*, *23*(1), 43-52. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80307-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80307-7)

Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L., & Wu, J. H. C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>

World Health Organization. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report (WHO/HIS/SDS/2015.6)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>

World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>