

Autonomía de la persona con problema relacionado al alcohol: consentimiento informado

João Paulo Barbosa Azevedo

1. Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Resumen

El consentimiento informado, que garantiza comprometimiento y participación en el tratamiento, forma parte del enfoque terapéutico del manejo de la persona con problemas relacionados al consumo de alcohol. El valor ético de la autonomía y su immanencia para el consentimiento informado tiene desafíos ético-clínicos en el caso de personas que buscan tratamiento en situación de coerción, ansiedad o depresión. Entre abril de 2018 y junio de 2019 se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo con 150 personas con problemas relacionados al consumo de alcohol, asistidas por un centro de tratamiento especializado. Este estudio pretendió confirmar si el consentimiento por coerción, trastorno de ansiedad o depresión influye en la participación terapéutica. La ausencia de coerción judicial y de síntomas ansiosos, así como la mayor autonomía en el consentimiento se relacionaron con la participación. Se proponen aportes para reforzar la práctica del consentimiento informado desde el reconocimiento y promoción de la autonomía.

Palabras clave: Consentimiento informado. Bioética. Trastorno relacionado con alcohol. Participación del paciente. Coerción. Trastornos de Ansiedad. Depresión.

Resumo

Autonomia da pessoa com problema de álcool: consentimento informado

O consentimento livre e esclarecido, como forma de garantir envolvimento e participação em tratamento, é parte da abordagem terapêutica à pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool. O valor ético central da autonomia e sua imanência para o consentimento informado apresenta desafios ético-clínicos no caso de pessoa que busca tratamento em situação de coerção, ansiedade ou depressão. Entre abril de 2018 e junho de 2019, conduziu-se estudo observacional longitudinal prospectivo que incluiu 150 pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool assistidas em unidade especializada de tratamento. O objetivo foi verificar se o consentimento com interferência de coerção, perturbação de ansiedade ou depressão determina a participação terapêutica. A ausência de coerção judicial e sintomatologia ansiosa e a maior valorização da percepção de autonomia no consentimento informado relacionaram-se com a participação. Propõem-se contributos para reforçar a prática do consentimento informado assente no reconhecimento e promoção da autonomia.

Palavras-chave: Consentimento livre e esclarecido. Bioética. Trastornos relacionados ao uso de álcool. Participação do paciente. Coerção. Trastornos de ansiedade. Depressão.

Abstract

Autonomy of individuals with alcohol-related disorders: informed consent

Informed consent, as a way to ensure involvement and treatment adherence, is part of the therapeutic approach to individuals with alcohol-related disorders. Autonomy, as a core ethical value, and its immanence for informed consent presents ethical-clinical challenges in the case of individuals seeking treatment due to coercion, anxiety, or depression. Between April 2018 and June 2019, a prospective longitudinal observational study was conducted with 150 people with alcohol-related disorders attending a specialized treatment facility. The goal was to verify whether consent obtained under coercion, or influenced by anxiety disorder or depression determines therapeutic participation. Absence of judicial coercion and anxious symptomatology and the greater value placed on perceived autonomy in informed consent were related to participation. The study proposes contributions to strengthen the practice of obtaining informed consent based on the recognition and promotion of autonomy.

Keywords: Informed consent. Bioethics. Alcohol-related disorder. Patient participation. Coercion. Anxiety disorder. Depression.

El autor declara que no hay ningún conflicto de interés.
Aprobación CES-ARSNP 111/2018

Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol pueden conducir a un conjunto de consecuencias físicas, mentales y sociales que no solo afectan al individuo, sino también a la familia, la sociedad¹ y todos aquellos que, directa o indirectamente, están implicados en el sufrimiento de quien sufre con este problema. Las repercusiones de este trastorno tienen un peso significativo en la forma en que la persona acude al tratamiento y se involucra en el proceso terapéutico.

Individualmente, el alcohol afecta a todos los sistemas de órganos. También son frecuentes los trastornos de ansiedad y la depresión inducidos por el alcohol o que preceden a su consumo^{2,3}. En las dimensiones social y familiar, son significativas los casos de alteración de las relaciones personales, de delincuencia y accidentes de tráfico, así como el absentismo laboral relacionado con el uso de alcohol⁴.

El tratamiento de la persona con problemas de alcoholismo generalmente requiere la participación en un proceso terapéutico, teniendo en vista el autocuidado autónomo a largo plazo, la recuperación y la calidad de vida^{5,6}. La participación en este proceso, factor importante para el éxito del tratamiento⁵, es un aspecto central del enfoque terapéutico y motivo de preocupación de los profesionales, con evidencias clínicas y científicas que indican que la persona que sufre de alcoholismo suele rechazar o abandonar precozmente el tratamiento⁷⁻⁹.

El consentimiento informado (CI), como una forma de garantizar la participación y obtener la participación en el tratamiento, es parte de la terapia para personas con trastornos relacionados con el consumo de alcohol^{10,11}. Su objetivo es garantizar el respeto de la dignidad humana y afirmar la autonomía como valor ético primordial de la relación entre profesional y paciente. "Autorregulación e integración en el ejercicio"¹², la autonomía es la marca del "verdadero *self*"¹³, que necesita de la experiencia —y, necesariamente, de la experiencia vivida en la relación humana— como posibilidad de existencia.

La autonomía es fundamental para el desarrollo y funcionamiento psicológico saludable. Las restricciones a su libre ejercicio, experimentadas en relaciones pasadas y actuales (como ocurrió en el reciente período pandémico, por ejemplo), pueden influir en la emergencia o

descompensación de la conducta adictiva, entendida como un intento de alivio para el sufrimiento de pérdida de identidad¹⁴.

Cuando se trata de consentir un procedimiento asistencial¹⁵, la percepción de la autonomía personal es un presupuesto básico. Por medio de ella, es posible hacer frente a las influencias externas o internas que impactan las condiciones esenciales para la toma de decisión: la voluntariedad y la capacidad de reflexionar, con base en las informaciones recibidas, sobre riesgos y beneficios de las posibles modalidades terapéuticas, así como sobre las eventuales consecuencias de no hacer el tratamiento.

En el tratamiento de la persona que sufre de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, deben tenerse en cuenta la vivencia subjetiva de las presiones externas para llevarla a entrar o a mantenerse en tratamiento, así como el trastorno de ansiedad o la depresión. Estos factores pueden interferir en la percepción de la autonomía e incluso en la tarea de obtener el consentimiento para el tratamiento.

A menudo, la persona acude a tratamiento bajo innumerables estrategias sociales de control —de tipo legal, formal o informal¹⁶—, que pueden contener un elemento de coerción. Esto se puede definir como la presión externa que expresa una amenaza que pone a la persona en una situación peor si se niega el tratamiento¹⁷⁻¹⁹. La coerción puede traducirse en la percepción de una imposición^{18,20}, acompañada de la intensificación de las reacciones emocionales, que pueden interferir con el sentido de autonomía personal y dificultar las decisiones de aceptar ayuda o confiar en los demás²¹.

Las interferencias en la expresión de la autonomía pueden ser acentuadas, aún, cuando la persona acude a tratamiento perturbado por síntomas ansiosos o depresivos. La persona adicta al alcohol que padece ansiedad puede experimentar, como un peligro añadido, el riesgo de la incertidumbre asociado a la elección de la modalidad terapéutica y a la decisión de hacer tratamiento, mostrándose, en el encuentro relacional, impulsiva y con decisiones irreflexivas. El sufrimiento depresivo puede densificar los sentimientos de incapacidad y desesperanza, movilizandolos respuestas de desinterés por los valores personales y relacionales y por el tratamiento.

También puede haber dificultades de comunicación relacionadas con la ansiedad —lo que puede afectar la retención de informaciones— o la depresión, que tiende a producir una disminución de los procesos intelectuales, aunque no haya evidencias clínicas o de investigación que muestren que estas personas deberían ser consideradas incompetentes para dar consentimiento al tratamiento^{11,22}.

El derecho a la autonomía del paciente se expresa éticamente por el derecho a rechazar el tratamiento. El desafío ético de los profesionales, por lo tanto, es respetar la autonomía en la búsqueda del consentimiento, reconociendo que la participación de la persona en el proceso terapéutico es indispensable^{5,6}. En el contexto del cuidado prestado al otro, el respeto por la autonomía implica su promoción y el favorecimiento de los recursos personales y contextuales para la toma de decisión como condición para garantizar su ejercicio. Este derecho se consigna, de forma expresa, en el consentimiento libre y esclarecido previo al tratamiento^{15,23-25}.

El respeto por la autonomía en la búsqueda del consentimiento significará, entonces, no solo observar que la persona no sufre de alguna condición clínica que compromete la capacidad para comprender y decidir, sino también atender a las vivencias de su condición y del tratamiento que interfieren en la expresión del *self* con competencias de autonomía.

El miedo a parar el consumo, a recaer o a confiar en la relación de cuidado, movilizadas por la condición personal e intensificadas por la relación con personas y situaciones, dan sentido al modo como muchos pacientes responden negativamente o desarrollan actitudes irregulares. Estas respuestas son una forma de evitar sentimientos dolorosos, de incapacidad, de autodevaluación o de culpa por pérdidas afectivas, reales o imaginarias, que acaban afectando las percepciones y los juicios más precisos acerca de su condición y del tratamiento, incluyendo sus consecuencias futuras²⁶⁻²⁹.

Más que la libertad para autorizar posibles exámenes diagnósticos complementarios y la modalidad de tratamiento libre e informalmente escogidos, el CI presupone la autonomía que se enriquece de imaginar itinerarios alternativos y, también, la que selecciona el encuentro relacional de cuidado como vía adecuada para la autorrealización satisfactoria. Esto favorece la capacitación

de la persona para el dominio de sí misma y de su relación con el medio.

La visión que pone el sufrimiento humano en el centro del fenómeno adictivo apela así a una ética relacional y del cuidado basada en la "solicitud"³⁰ —la entrega del terapeuta a la escucha empática de la subjetividad ofrecida por el otro. La brújula orientadora de esta relación de reciprocidad es la capacidad de la persona de estimarse a sí mismo y el reconocimiento de la autonomía de cada uno en la alteridad.

Basado en la idea de que la autonomía, más que racionalidad e independencia, es la subjetividad del individuo en la relación humana y en la interdependencia, el CI se plantea como un proceso dialógico empático entre paciente y cuidador. Implica no solo los aspectos cognitivos, sino también los emocionales, relacionales y sociales de la toma de decisiones, basados en el reconocimiento mutuo del *self* con competencias de autonomía como elemento constitutivo del autogobierno y promotor de la autodeterminación^{31,32}.

La coerción, el trastorno de ansiedad o la depresión en la persona que sufre de problemas de alcoholismo pueden ser factores que interfieren en la toma de decisiones respecto al tratamiento. El hecho de no conocerse estudios nacionales o internacionales sobre esta temática específica fue un estímulo para el diseño de una investigación sobre la influencia de aquellos aspectos en la decisión de participación en el tratamiento.

Este estudio pretende reforzar la práctica del consentimiento libre y voluntario, basado en el reconocimiento y la promoción de la autonomía, como forma de obtener la participación de la persona en su tratamiento.

Método

Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo entre abril de 2018 y junio de 2019 en la Unidad de Alcoholología de Oporto, una unidad de la red pública de cuidados de salud en conductas adictivas y adicciones que tiene por competencia prestar cuidados integrales a los usuarios de la región norte de Portugal. La unidad está constituida por diferentes equipos de tratamiento, que integran distintos profesionales bajo la responsabilidad médica.

Objetivos

El objetivo general del estudio era evaluar si el CI en la persona que acude a tratamiento sufriendo de coerción, de ansiedad o de depresión influye en la participación en el tratamiento.

Los objetivos específicos fueron:

- Evaluar si la coerción es un factor determinante para la participación en el tratamiento;
- Evaluar si la sintomatología de ansiedad o depresiva es determinante para la participación en el tratamiento;
- Evaluar la importancia que la persona otorga al CI para la participación en el tratamiento;
- Proponer contribuciones para la valorización de la autonomía en la práctica del CI.

Participantes

Se incluyeron en el estudio todos los participantes atendidos consecutivamente en la primera consulta en la unidad entre el 1 de abril y el 30 de junio de 2018. Se excluyeron las personas que consumían sustancias ilícitas o que presentaban cuadros de intoxicación alcohólica aguda, sintomatología psicótica y deterioro clínico.

Fuentes de información e instrumentos

Todos los participantes fueron caracterizados según aspectos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, cohabitación, situación profesional) y de historia clínica (antecedentes psiquiátricos relacionados y no relacionados con el uso de sustancias; consecuencias físicas, comportamentales y psicológicas y socio-familiares relacionadas con el consumo y patrón de consumo) así como en cuanto a la referencia para tratamiento (autorreferencia, referencia del área de la salud, referencia del área social y referencia judicial) y a la existencia de proceso judicial, mediante la consulta de la historia clínica.

Para evaluar las variables de estudio, se utilizaron los instrumentos que se describen a continuación.

Escala de percepción de la coerción

Se utiliza para evaluar la percepción de coerción para acudir al tratamiento proveniente de presiones externas denominadas como de tipo legal por Klag, O'Callaghan y Creed¹⁶. Se trata de un instrumento construido por el investigador, ya que no se encontró en la literatura ningún otro instrumento validado para la población portuguesa, adaptado a la población clínica, objeto de estudio y adecuado a los objetivos del estudio. La Escala de Percepción de Coerción (EPC) se validó previamente utilizando un análisis factorial exploratorio, cuyos resultados respaldaron la confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La EPC es un instrumento de autorespuesta de siete ítems, que pueden agruparse así:

- Dos evalúan la coerción legal (cuando rechazar el tratamiento supone enfrentarse al sistema judicial o a la cárcel);
- Tres, la coerción formal (cuando las consecuencias de rechazar el tratamiento implican la amenaza de pérdida del beneficio de las ayudas sociales, la tutela de los hijos menores o el trabajo);
- Uno, la coerción informal (cuando las consecuencias de rechazar el tratamiento implican la amenaza de separación/divorcio);
- Este último evalúa el reconocimiento del problema y la necesidad de tratamiento (basándose en el supuesto mencionado por Molodynski, Turnpenny y Rukga¹⁷ que la percepción de coerción puede ocurrir incluso cuando la voluntad de la persona de tratarse coincide con la del agente de coerción). El participante responde usando una escala Likert con valores entre 1 y 5, donde 1 corresponde a "no siento nada de eso" y 5 significa "me siento totalmente así".

Hospital Anxiety and Depression Scale

Se emplea en la evaluación de ansiedad y depresión clínicas. Se utilizó la versión portuguesa validada por Pais-Ribeiro y colaboradores³³, que consideran que mide los mismos constructos de la misma forma que la escala original.

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) se ha aplicado con frecuencia a diversas poblaciones clínicas. Se trata de una escala de autorespuesta de 14 ítems: la mitad refleja

síntomas de depresión y la otra mitad mide síntomas de ansiedad. Cada ítem tiene una pregunta seguida de 4 opciones de respuesta, tipo Likert, puntuadas de 0 a 3.

De acuerdo con Pais-Ribeiro y colaboradores³³, el manual de la escala original indica que para cada sub-escala, una puntuación entre 0 y 7 corresponde a nivel normal; entre 8 y 10, nivel suave; entre 11 y 14, nivel moderado, y entre 15 y 21, nivel grave. Los resultados de valor igual o superior a 11 implican la probable presencia de alteración del estado de ánimo.

Escala del consentimiento informado

Sirve para evaluar la importancia atribuida al CI para la participación en el tratamiento. La escala fue construida por el investigador en virtud de no haber encontrado, en la literatura, un instrumento destinado a evaluar la importancia del consentimiento libre y voluntario para la participación en el tratamiento.

La formulación de la Escala de Consentimiento Informado (ECI) se basó en los supuestos presentados por Beauchamp y Childress¹⁵ para definir la acción autónoma —en particular la intencionalidad, la comprensión y la ausencia de influencias de control. La ECI fue validada previamente con un análisis factorial exploratorio, cuyos resultados respaldaron la confiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Se trata de un instrumento de autorespuesta constituido por cinco ítems, cada uno de los cuales evalúa, respectivamente, los siguientes aspectos del consentimiento al tratamiento:

- Reconocimiento del problema y la necesidad de tratamiento;
- Comprensión de la información divulgada;
- Voluntad autónoma;
- Libre decisión; y
- Oportunidad de expresión en relación con el tratamiento.

El participante responde a cada ítem usando una escala Likert con valores entre 1 y 5, donde 1 corresponde a “nada importante” y 5 a “extremadamente importante”. Los resultados más altos indican una mayor importancia del consentimiento libre y voluntario para la participación en el tratamiento.

Procedimientos

La recolección de datos con los participantes se desarrolló en dos momentos distintos según el plan de evaluación previamente estructurado.

Primer momento de la observación: poco después de la primera consulta en la unidad, los participantes fueron remitidos para una entrevista con el investigador responsable o con su sustituto, cuando era ética y metodológicamente necesario.

Inicialmente, se obtuvo el consentimiento por escrito después de la presentación del estudio, las razones de su implementación, su duración temporal y las fases de observación, así como sus objetivos. Se ha confirmado la comprensión de la información compartida, incluido el derecho a retirar el consentimiento, en cualquier momento, sin consecuencias para la atención terapéutica habitual. Posteriormente, se administraron la EPC y la HADS.

Segundo momento de observación: un año después de la primera entrevista, se evaluó la participación en el tratamiento utilizando la agenda electrónica de la unidad. Se definió el período de un año de observación como tiempo mínimo para que la persona tomara su decisión respecto al tratamiento, teniendo por base las vicisitudes del problema y del modelo asistencial de la unidad.

Se contactó a los participantes que estaban en seguimiento para una segunda entrevista de evaluación, que tuvo lugar después de su consulta regular. Después de la nueva presentación y revalidación del consentimiento a la participación en el estudio, se administró la ECI y se recopilaron informaciones relativas a la ingestión de bebidas alcohólicas y a la toma de los medicamentos.

Con los participantes que no se encontraban en seguimiento, se realizó una entrevista telefónica en la que se siguieron los mismos procedimientos. Toda la información recogida fue evaluada por medio de la historia clínica y con el médico responsable de cada equipo de tratamiento.

Análisis de datos

Después de proceder a su codificación binaria, se utilizaron las características sociodemográficas

y de la historia clínica, así como las fuentes de derivación, como variables independientes.

La variable dependiente “participación en el tratamiento” fue categorizada en “continúa en tratamiento/no continúa en tratamiento”: la primera categoría incluyó el contacto con la unidad de Alcoholología (incluyendo situaciones de internamiento en la unidad de abstinencia o en Comunidad Terapéutica) o con otra unidad de intervención de la red de cuidados de salud en conductas adictivas y adicciones después de la transferencia. La ausencia presencial, después de cuatro o más consultas consecutivas, o de cualquier tipo de contacto, transcurridos cuatro meses, definió la discontinuidad del tratamiento, independientemente del motivo.

La variable de la ingesta alcohólica fue definida por las categorías “abstinente/no abstinente”; la variable de la medicación coadyuvante al apoyo psicoterapéutico, por las categorías “toma la medicación/no toma la medicación”.

Las variables continuas fueron descritas por su promedio y la desviación estándar, y las variables categoriales fueron descritas por *n* muestra y frecuencia relativa.

En el análisis de asociación entre las variables categoriales, se usó la prueba de chi-cuadrado o la prueba de Fisher, según procediera. Para la comparación de las diferencias de medias entre dos grupos, se utilizó la *prueba t* para dos muestras independientes o la prueba no paramétrica Mann-Whitney. Para la comparación entre tres o más grupos se utilizó el Anova no paramétrico, debido al pequeño tamaño de la muestra de algunos grupos y a la ausencia de normalidad de las variables.

Los análisis de los datos se realizaron utilizando el programa informático IPSS (IBM 2011, IBM SPSS for Windows, versión 23.0.). El nivel de significación de las pruebas estadísticas se fijó en $p < 5$.

Resultados

La muestra de estudio estaba formada por 150 personas con problemas de alcoholismo que acudieron a tratamiento en la Unidad de Alcoholología de Porto. Cinco participantes no fueron elegidos para el estudio y tres fueron excluidos: dos por motivo de muerte y uno por

detención en medio penitenciario. De la muestra final de 150 participantes, el 81,3% ($n=122$) son hombres y el 18,7% ($n=28$) son mujeres. La edad promedio fue de 50,47 años (desviación estándar=10,64).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se destaca que 68% de los participantes ($n=102$) presentó edad ≥ 45 años y 32% ($n=48$) una edad < 45 años. En cuanto al nivel de educación, se constató que la mayoría de cerca de 75,3% ($n=113$) presenta el nivel básico (1°, 2° y 3° ciclo). Aproximadamente el 82% ($n=123$) de los participantes viven en un entorno familiar, predominantemente con su cónyuge/pareja y/o hijos. Del total de participantes, el 54% ($n=81$) está activo y el 37,7% ($n=56$) está recibiendo algún tipo de pensión (jubilación/retiro, subsidio de desempleo, renta de inserción social). Estos datos están en sintonía con los datos oficiales del Servicio de Intervención sobre Conductas Adictivas y Dependencias de 2021³⁴.

En lo que se refiere a la referencia para tratamiento, se constató que 52,7% ($n=79$) de los participantes fue encaminado por el área de la Salud (médico de familia u otro profesional/institución de salud) y alrededor del 24% ($n=36$) acudió a tratamiento autorreferencialmente (por iniciativa propia o a través de amigos y familiares). Aproximadamente el 16% ($n=24$) de los participantes fue enviado para tratamiento por el sistema legal (tribunal y Ministerio Público), y el 7,3% ($n=11$) por el área social (seguridad social, equipos sociales, comisión de protección de niños y jóvenes, empleadores).

En lo que se refiere a las variables de la historia clínica, se destaca que la gran mayoría de los participantes no relató historia de consumo problemático de sustancias ilícitas (86%; $n=129$) ni de otra perturbación mental previa al uso de sustancias (78,7%; $n=118$). Se constató la vulnerabilidad causada por la prevalencia de daños físicos (83,3%; $n=125$) así como cambios de comportamiento y psicológicas (95,9%; $n=142$) vinculados al consumo. Alrededor del 52,7% ($n=84$) de los participantes presentaron signos y síntomas compatibles con un patrón de adicción, y el 47,3% ($n=66$) con un patrón de abuso de alcohol.

Se verificó una tasa de permanencia en seguimiento del 54,3% ($n=82$) al final de la observación. Se observó que los pacientes que

continuaron el tratamiento tendían a hacer más abstinencia alcohólica (78% vs. 26,8%; $p < 0,001$) en comparación con los pacientes que no permanecen en tratamiento (38,2% vs. 61,8%, $p < 0,001$). Se encontró una asociación significativa entre la abstinencia y la edad ($p = 0,015$): quien más cumplió la abstinencia declararon tener más de 45 años (75,6%).

En relación con la toma de medicación, los pacientes que continuaron en tratamiento tienden más a tomar la medicación prescrita (73,2% vs. 26,8%, $p = 0,001$). La mayoría de los pacientes que interrumpieron el tratamiento no se encontraron tomando medicación para los problemas de alcoholismo (83,8%).

Los resultados de la asociación entre la variable dependiente participación terapéutica (“continúa en tratamiento” vs. “no continúa en tratamiento”) y las variables sociodemográficas indican la ausencia de asociaciones significativas entre las variables, con la excepción de la asociación verificada entre la abstinencia y la edad, ya mencionada.

No se constataron asociaciones significativas entre la variable de la participación en el tratamiento y las variables de la historia clínica, pero se constató que la toma de medicación estaba significativamente asociada a la presencia de cambios de comportamiento y psicológicas ligadas al consumo y al patrón de consumo de la adicción ($p < 0,05$).

La coerción se estudió sobre la base de la referencia para el tratamiento, la existencia de un proceso judicial en curso y los resultados de la EPC. Los resultados de la relación entre la variable de referencia y la variable de participación en el tratamiento (“continúa en tratamiento” vs. “no continúa en tratamiento”) muestran la ausencia de asociaciones significativas. Por su parte, se vio una asociación significativa entre la participación terapéutica y el proceso judicial en curso al final de la observación ($p = 0,016$): quien continuó en tratamiento presentó menor frecuencia de proceso judicial en curso al final de la observación (80,5%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Relación entre participación en el tratamiento y la variable proceso judicial en curso

	Participación en el tratamiento				p
	Continúa en tratamiento		No continúa en tratamiento		
	n	%	n	%	
Procedimiento judicial en curso					
No	66	80,5	64	94,1	0,016
Sí	16	19,5	4	5,9	

Prueba de chi-cuadrado o prueba de Fisher para la comparación de frecuencias

Los resultados de la percepción de coerción para entrar en tratamiento medida por la EPC muestran un valor medio de respuestas de 3,6, situándose entre el valor correspondiente a “me siento moderadamente así” y “me siento muy así” en la escala de Likert. Es de destacar que casi todos los participantes (90,7%; $n = 136$), en respuesta al ítem 7 de la EPC, relató reconocer el problema y la necesidad de tratamiento.

No se observó asociación significativa entre la participación en el tratamiento y la percepción de coerción para entrar en el tratamiento medida por la EPC. La participación en el tratamiento tampoco se asoció con el reconocimiento del problema y la

necesidad de tratamiento. Sin embargo, se constató que el valor medio de coerción percibida al inicio del tratamiento estuvo asociado significativamente a la toma de la medicación ($p = 0,003$), siendo inferior en quien estaba con medicación ($M = 2,8$ vs. 5,0).

El análisis de la relación entre la participación en el tratamiento y la sintomatología depresiva y de ansiedad (Cuadro 2) permitió verificar que, en el grupo que permanece en Seguimiento, la sintomatología de ansiedad de nivel normal y suave fue prevalente en comparación con la presencia de sintomatología moderada y grave (73,2% vs. 26,8%).

Cuadro 2. Relación entre participación en el tratamiento y la sintomatología de ansiedad y depresiva

	Participación en el tratamiento				p
	Continúa en tratamiento		No continúa en tratamiento		
	n	%	n	%	
Sintomatología de ansiedad					
Sintomatología de nivel normal y suave	60	73,2	50	73,5	0,961
Sintomatología de nivel moderado y grave	22	26,8	18	26,5	
Sintomatología depresiva					
Sintomatología de nivel normal y suave	66	80,5	54	79,4	0,870
Sintomatología de nivel moderado y grave	16	19,5	14	20,6	

Prueba de chi-cuadrado o prueba de Fisher para la comparación de frecuencias

Se observó un valor medio de respuestas en la ECI de 25,4 en un intervalo de puntuación entre 0 y 32, indicando un valor tendencialmente alto de la importancia del CI para la participación en el tratamiento.

En la escala de CI, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de participación en el tratamiento (“continúa en tratamiento” vs. “no continúa en tratamiento”). Como se muestra en la Cuadro 3, en la escala del CI, el promedio de las respuestas sobre la importancia del CI para la participación en el tratamiento fue significativamente superior en quien no continuó en seguimiento que en quien continuó en tratamiento (26,4 vs. 24,4; $p < 0,001$).

Cuadro 3. Relación entre la participación en el tratamiento y la importancia del consentimiento informado

	Participación en el tratamiento				p
	Continúa en tratamiento		No continúa en tratamiento		
	M	DE	M	DE	
Valor de la ECI (M, DE)	24,4	3,8	26,4	3,4	0,001

Prueba t para la comparación de los promedios; ECI: escala del consentimiento informado; M: promedio; DE: desviación estándar

Discusión

El tratamiento de la persona con problemas de alcoholismo generalmente implica la participación en un proceso de atención continua relacionada

con la recuperación a largo plazo^{5,6}. Este proceso, ajustado a la situación individual y al estadio de la condición clínica, prevé diferentes fases, incluyendo la fase de la detención del consumo nocivo, la prevención de la recaída y la del mantenimiento de la abstinencia.

La evidencia clínica y la investigación indican que la persona rechaza o abandona el tratamiento temprano⁷⁻⁹. Esto es motivo de cuestionamiento clínicos éticos en el interior de los equipos de tratamiento, conscientes del sufrimiento individual, familiar y social que puede resultar del mantenimiento o del eventual recrudecimiento del problema.

El CI, como una forma de garantizar la implicación y obtener la participación en el tratamiento, es una parte integral del enfoque terapéutico^{10,11}, teniendo como presupuesto la promoción de la autonomía como valor ético primordial en el interior de la relación de cuidado entre el profesional y el paciente^{15,23-25}.

El respeto por la autonomía en la búsqueda del consentimiento constituyó un desafío ético adicional para la terapia de la persona con problema de alcoholismo que acude a tratamiento sufriendo de coerción, ansiedad o depresión. En la hipótesis de que la vivencia de la coerción y el trastorno de ansiedad o la depresión pudieran interferir con la expresión del *self* con competencias de autonomía, se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo con recurso a una muestra de 150 personas que acudieron a tratamiento en la Unidad de Alcoholología de Porto.

Este estudio pretendió verificar si el consentimiento a la participación en el tratamiento interfería con la coerción o de sintomatología de ansiedad y depresiva es determinante para la participación de la persona en su tratamiento. Los resultados obtenidos indicaron que la permanencia en seguimiento es una medida significativa relacionada con la calidad y eficacia de la atención de salud, en sintonía con la literatura^{6,35-36}, se ha observado que las personas pueden hacer más abstinencia de alcohol cuando continúan en tratamiento ($p < 0,001$).

Se constató que la continuidad del tratamiento no fue determinada por variables sociodemográficas, no confirmándose los resultados de estudios previos^{37,38} que indican que tener más edad y vivir del rendimiento del trabajo es factor de permanencia en el seguimiento.

Teniendo en cuenta las características de la muestra, en particular el hecho de que: a) la mayoría de los participantes son profesionales activos (54%; $n=81$) y alrededor del 37,7% ($n=56$) reciben algún tipo de pensión (jubilación, prestación por desempleo, renta social de inserción), y b) La mayoría de los participantes contaban con apoyo familiar (82%; $n=123$); este resultado sugiere la importancia de profundizar el *insight* acerca de los problemas de alcoholismo y de la participación en el tratamiento como forma de asegurar la salud y bienestar de la persona y de los que la rodean y, simultáneamente, del alivio del miedo a la recaída y de la entrega a la confianza en la relación de cuidado.

El hecho de que se haya comprobado que las personas mayores tendían a hacer más la abstinencia, en comparación con las más jóvenes ($p=0,015$), señala la importancia de desarrollar y reforzar las estrategias de educación para la salud sobre el impacto del consumo en el desarrollo de perturbaciones, particularmente entre los más jóvenes. Esta es una forma de dotarles de conocimientos que les ayuden a elegir y a tomar las decisiones adecuadas a la salud y bienestar personal y de quienes les rodean.

Con respecto a las variables de la historia clínica, no se verificaron asociaciones significativas con la participación en el tratamiento, no se observó que la adicción alcohólica sea factor de permanencia en seguimiento, tal como indicado en el estudio de Elbreder y colaboradores³⁷.

El hecho de que las consecuencias físicas y la presencia de cambios de comportamiento y psicológicas ligadas al consumo de alcohol prevalentes en la muestra no aparecieran relacionadas con la permanencia en el seguimiento puede indicar su percepción limitada, debido bien a la baja alfabetización en salud, eventualmente asociada a la baja escolaridad de la muestra (75,3%; $n=113$ con nivel de educación básica), bien a la movilización o intensificación de mecanismos de negación o de desvalorización del problema y de estas consecuencias.

Las intervenciones dirigidas al aumento de la alfabetización de esta área de la salud podrán promover la comprensión sobre el impacto del alcohol en el desarrollo de daños a la salud física y mental, además de ayudar en la identificación de los valores y actitudes que están en consonancia con la salud y la calidad de vida; así como en la capacitación para que tomen las decisiones que les resulten más viables.

Se confirmó que las personas con proceso judicial en curso (13,3%; $n=20$) tienden a no continuar en seguimiento ($p=0,016$), en sintonía con la reciente investigación de Wild y colaboradores³⁹. Casi toda la muestra afirma reconocer el problema de alcoholismo y la necesidad de tratamiento (90,7%; $n=136$). Este resultado parece dar cuenta de que, aunque el tratamiento bajo orden legal no sea *per se* involuntario, pueden ocurrir, en el contexto terapéutico, movimientos acentuados de externalización de la reflexión crítica que sustenta el *insight*.

Este mecanismo psíquico puede ser movilizado como defensa frente a las ansiedades reactivadas o intensificadas por y en la relación con los profesionales y el tratamiento, interfiriendo con la apropiación de los valores personales y relacionales y con la percepción de las consecuencias negativas provenientes del rechazo o abandono del tratamiento. De forma general, se constató que la percepción de coerción a la admisión medida por la EPC no se relacionó con la permanencia en seguimiento.

El hecho de que el valor promedio de las respuestas obtenidas en la escala indique que la persona se percibe moderada o muy coaccionada cuando acude a tratamiento puede justificar la aparición de respuestas erráticas. Las personas que se sintieron más coaccionadas aceptaron más a tomar la medicación, pero no permanecieron

en el seguimiento, incluso sufriendo de consecuencias mentales/conductuales y de la adicción alcohólica ($p < 0,05$).

El conjunto de estos resultados parece indicar que la coerción, más que traducirse en una percepción de control de la voluntariedad por parte de un otro/entidad, parece corresponder a la puesta en escena de la escisión oscilante del *self* a través de su movimiento de externalización con competencias de autonomía; lo que, según Rhodes¹⁸, abre el campo de la correlación entre la coerción percibida y otras variables como el funcionamiento mental del sujeto y el tipo de ansiedad prevalente, los fenómenos del campo relacional y el *insight* sobre la condición de salud y la necesidad de tratamiento.

Se observó una menor prevalencia en la sintomatología de ansiedad moderada/grave entre las personas que continuaron el tratamiento, en comparación con las que no permanecieron en seguimiento (73,2% vs. 26,8%), en sintonía con estudios previos^{40,41}. Este resultado señala la importancia de reconocer el impacto del eventual trastorno de ansiedad en la capacidad de la persona para transformar su deseo de tratarse a sí misma en una acción efectiva.

Bajo un telón de fondo ansioso, los temores de parar el consumo, de recaer o de entregarse a la confianza en la relación de cuidado pueden surgir incontenibles y generar respuestas impulsivas que comprometen las percepciones y los juicios más precisos respecto de su condición y del tratamiento²⁶⁻²⁹; haciendo reflexionar sobre el papel del alcohol como automedicación¹⁴ y la pertinencia del tratamiento integrado para la persona con esta comorbilidad⁴¹.

Se optó metodológicamente por evaluar la importancia atribuida al CI para la participación en el tratamiento al final del período de observación por haberse considerado que el CI podía prolongarse en el tiempo — bien debido a la naturaleza de la adicción, bien debido a las características del modelo asistencial de la unidad y sus procedimientos terapéuticos habituales. El CI surgió valorado en el total de la muestra, pero se observó que fue más valorado por el grupo de participantes que no continuó el tratamiento ($p = 0,001$).

Una primera lectura de este resultado sugiere que las personas que no participaron en el tratamiento

contemplaron el CI como lugar de afirmación del derecho de rechazo. Sin embargo, el hecho de que la gran mayoría de los participantes reconociera el problema de alcoholismo y la necesidad de tratamiento (90,7%; $n = 136$) sugiere la hipótesis de que aquellos que no permanecieron en seguimiento no encontraron en el CI la oportunidad de apropiación del *self* con competencias para transformar el deseo de tratarse en una efectiva participación en el proceso terapéutico.

Por lo tanto, cabe destacar, entre otros aspectos, la importancia de considerar el impacto de la coerción judicial y de la sintomatología de ansiedad en el proceso de toma de decisiones. Estos factores, al movilizar y/o intensificar las reacciones de miedo, a dejar de consumir, de recaer o de entregarse a la confianza en la relación de cuidado, pueden asociarse a respuestas de rechazo o de abandono del tratamiento que traducen la limitación del *self* con competencias de autonomía.

Consideraciones finales

En una ética del cuidado centrado en la persona con problemas de alcoholismo, el rechazo o el abandono precoz del tratamiento no pueden ser separados del encuentro relacional de cuidado atento a las vivencias de la condición personal y la relación con otros y/o con situaciones implicadas en el tratamiento; del respeto por la dignidad humana entendida como expresión de la autonomía⁴²⁻⁴⁴ y el reconocimiento de que la participación de la persona en el proceso terapéutico es fundamental para el éxito del mismo⁴⁵.

Así, y además del refuerzo de las estrategias en el ámbito de la promoción y educación para la salud mencionadas anteriormente, se formulan contribuciones para reforzar la práctica del consentimiento libre y voluntario, basado en el reconocimiento y promoción de la autonomía como forma de obtener la participación en el tratamiento:

1. Con la persona bajo coerción judicial, será importante:
 - a. Operar la desconfusión entre tratamiento y el castigo por la creación de un ambiente relacional no crítico y excusatorio, atento al movimiento de externalización del *self* autónomo como respuesta a las reacciones emocionales movilizadas e intensificadas

- por la relación con los profesionales y el tratamiento; con el fin de aliviar el sufrimiento de la estigmatización y favorecer la autoestima y la cohesión del *self*;
- b.** Profundizar el *insight* sobre el problema de alcoholismo y sus consecuencias en la salud y el bienestar mental propio y de los demás, las fases del tratamiento y los motivos para aceptar o rechazar el tratamiento, afirmando el proceso terapéutico como una forma de reafirmar a la persona en su capacidad de autocuidado autónomo;
 - c.** Incrementar el esclarecimiento sobre los derechos y libertades fundamentales en el contexto terapéutico y, específicamente, el conocimiento sobre el momento y la naturaleza de la información a ser compartida por imperativo legal, evitando las violaciones de confidencialidad moralmente irrelevantes ¹⁵;
- 2.** Con la persona que acude al tratamiento perturbado por la sintomatología de ansiedad, será importante:
 - a.** Reforzar la comprensión de las informaciones relevantes sobre las intervenciones terapéuticas posibles, divulgadas en dosis adecuada y en tiempo relacional suficiente, de forma a encontrar a la persona en estado de mayor elaboración psíquica;
 - b.** Promover la capacidad de la persona para identificar y resignificar sus miedos y considerar las alternativas terapéuticas, incluida la posibilidad del tratamiento integrado de las condiciones clínicas en presencia, disponibles como viables y válidas para sí⁴¹;
 - 3.** Será importante reforzar la práctica del CI como lugar de un proceso de cuidado ético:
 - a.** Distendido en el tiempo y en la relación, configurando una oportunidad para que la persona se apropie del *self* con competencias para transformar el deseo de tratarse en una efectiva participación en el proceso terapéutico, teniendo como telón de fondo la capacidad de la persona para estimarse a sí misma y para el autocuidado autónomo;
 - b.** Pautado por el intercambio de información pertinente y adecuada sobre el problema; las alternativas terapéuticas y el proceso de tratamiento, suministrada en dosis adecuada a la capacidad psíquica de metabolización de las ansiedades reactivadas o densificadas por la condición personal y el contacto con los profesionales y el tratamiento, y con atención al nivel intelectual, sociocultural y a la alfabetización en salud;
 - c.** Basado en la escucha empática desarrollada en un contexto afectivo, sin juicios ni disculpas, y en la atención a la dinámica de las respuestas intersubjetivas, particularmente en la persona que acude a tratamiento sufriendo de coerción y de ansiedad;
 - d.** Con respecto a la persona como socio de la relación y participante del proceso terapéutico que tiene como objetivo la reparación de la integridad física y psíquica tanto de la persona como de sus seres queridos, así como de la calidad de las relaciones con los demás y las instituciones.

También se ha desarrollado una acción de divulgación sobre el CI dirigida a las personas con problemas relacionados con el alcohol, en forma de folleto. Este breve folleto, construido en forma de pregunta/respuesta —con la preocupación de hacer fácil su lectura y comprensión considerando el nivel de educación de la mayor parte de las personas que acuden a tratamiento— tuvo por objetivos:

 - Promover la autonomía como valor ético central en el interior de la interacción clínica que sustenta la búsqueda del consentimiento a la participación en el tratamiento;
 - Mitigar las ansiedades convocadas e intensificadas por la relación con los profesionales y el tratamiento por la afirmación del *self* con competencias de autonomía para transformar el deseo de tratarse en una acción efectiva, independientemente de las fuentes habituales de presión externa;
 - Estimular el proceso dialógico que conduce a la toma de decisiones sobre el tratamiento, incluyendo su ejecución, modificación, o posibilidad de interrupción.

Se puede acceder a este folleto informativo poniéndose en contacto con el autor.

Se reconoce la limitación de la generalización del significado de las asociaciones obtenidas en el

presente estudio a la población clínica portuguesa, así como del uso de instrumentos no validados para la población portuguesa. No se utilizaron de forma sistemática biomarcadores directos para evaluar la ingesta alcohólica. Esta elección metodológica no sería compatible con el modelo de enfoque terapéutico de muchos profesionales, y se

consideró ser éticamente desaconsejada entre los participantes que interrumpieron el tratamiento.

Este trabajo refuerza la importancia de desarrollar más estudios sobre el tema del consentimiento libre e informado en el área del tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Referencias

1. Mello LM, Barrias J, Breda J. Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2001 [acceso 27 set 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3uxfAYC>
2. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* [Internet]. 2011 [acceso 27 set 2022]; 106(5):906-14. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
3. Lai HMX, Sitharthan T, Huang QR. Exploration of the comorbidity of alcohol use disorders and mental health disorders among inpatients presenting to all hospitals in New South Wales, Australia. *Subst Abuse* [Internet]. 2012 [acceso 27 set 2022]; 33(2):138-45. DOI: 10.1080/08897077.2011.634967
4. Hernández M, Fuentes J. Aspectos sociales de la evaluación diagnóstica del alcoholismo. In: Usieto E, Caviedes S, Martínez G., Hermida J. *Manual SET de alcoholismo*. Panamá: Editorial Medica Panamericana; 2003. p. 131-60.
5. Chi F, Parthasarathy S, Mertens J, Weisner CM. Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012 [acceso 27 set 2022]; 62(10):1194-200. DOI: 10.1176/ps.62.10.pss6210_1194
6. Haug S, Schaub MP. Treatment outcome, treatment retention, and their predictors among clients of five outpatient alcohol treatment centres in Switzerland. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 [acceso 27 set 2022]; 16(581):1-10. DOI: 10.1186/s12889-016-3294-4
7. Brorson HH, Arnevik ES, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022]; 33(8):1010-24. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.07.007
8. Rehem J, Allamani A, Aubin HJ, Della Vedova R, Elekes Z, Frick U et al. People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol* [Internet]. 2015 [acceso 27 set 2022]; 50(3):310-18. DOI: 10.1093/alcalc/agn009
9. Hell ME, Nielsen AS. Does patient involvement in treatment planning improve adherence, enrollment and other treatment outcome in alcohol addiction treatment? A systematic review. *Addict Res Theory* [Internet]. 2020 [acceso 27 set 2022]; 28(6):537-45. DOI: 10.1080/16066359.2020.1723083
10. Pedersen R, Hofmann B, Mangset M. Patient autonomy and informed consent in clinical practice. *Tidsskr Nor Laegeforen* [Internet]. 2007 [acceso 27 set 2022]; 127(12):1644-7. Disponible: <https://bit.ly/3FMUwnA>
11. Walker R, Logan TK, Clark JJ, Leukefeld C. Informed consent to undergo treatment for substance abuse: a recommended approach. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2005 [acceso 27 set 2022]; 29(4):241-51. DOI: 10.1016/j.jsat.2005.08.001
12. Ryan RM, Deci E, Vansteenkiste M. Autonomy and autonomy disturbances in self-development and psychopathology: research on motivation, attachment, and clinical process. In: Cicchetti D, organizador. *Developmental psychopathology: theory and method* [Internet]. Hoboken: Wiley; 2016 [acceso 27 set 2022]. p. 385-433. Disponible: <https://bit.ly/3HrTyf>
13. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed; 1983. p. 135.
14. Khantzian EJ. Addiction as a self-regulation disorder and the role of self-medication. *Addiction* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022]; 108(4):668-9. DOI: 10.1111/add.12004

15. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.
16. Klag S, O'Callaghan F, Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2005 [acceso 27 set 2022];40(2):1777-95. DOI: 10.1080/10826080500260891
17. Molodynski A, Turnpenny L, Rugkasa J, Burns T, Moussaoui D. Coercion and compulsion in mental healthcare: an international perspective. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2014 [acceso 27 set 2022];8:2-6. DOI: 10.1016/j.ajp.2013.08.002
18. Rhodes MR. The nature of coercion. *J Value Inq* [Internet]. 2000 [acceso 27 set 2022];34(2):369-81. DOI: 10.1023/A:1004716627533
19. Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *J Ment Health* [Internet]. 2008 [acceso 27 set 2022];17(3):233-44. DOI: 10.1080/09638230802052203
20. Wendler D, Wertheimer A. Why is coerced consent worse than no Consent and deceived consent? *J Med Philos* [Internet]. 2017 [acceso 27 set 2022];42(2):114-31. DOI: 10.1093/jmp/jhw064
21. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022];38(5):2187-95. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.01.017
22. Amer AB. Informed consent in adult psychiatry. *Oman Med J* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022];28(4):228-31. DOI: 10.5001/omj.2013.67
23. Joffe S, Manocchia M, Weeks JC, Cleary PD. What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centred bioethics. *J Med Ethics* [Internet]. 2003 [acceso 27 set 2022];29(2):103-8. DOI: 10.1136/jme.29.2.103
24. Racine E, Rosseau-Lesage S. The voluntary nature of decision-making in addiction: static metaphysical view versus epistemologically dynamic views. *Bioethics* [Internet]. 2017 [acceso 27 set 2022];31(5):349-59. DOI: 10.1111/bioe.12356
25. Goldim JR, Fernandes MS, Pechansky F. Ethical, legal and social issues related to alcohol and drug research. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2012 [acceso 27 set 2022];24(3):181-85. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32834593bc
26. Barger B, Derrybery WP. Do negative mood states impact moral reasoning? *J Moral Educ* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022];42(4):443-59. DOI: 10.1080/03057240.2013.809517
27. Braude H, Kimmelman J. The ethics of managing affective and emotional states to improve informed consent: autonomy, comprehension, and voluntariness. *Bioethics* [Internet]. 2012 [acceso 27 set 2022];26(3):149-56. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2010.01838.x
28. Carmona-Pereira M, Clark L, Young L, Pérez-García M, Verdejo-García A. Impaired decoding of fear and disgust predicts utilitarian moral judgment in alcohol-dependent individuals. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2014 [acceso 27 set 2022];38(1):179-85. DOI: 10.1111/acer.12245
29. Krishnakumar S, Rymph D. Uncomfortable ethical decisions: the role of negative emotions and emotional intelligence in ethical decision-making. *J Manag Issues* [Internet]. 2012 [acceso 27 set 2022];35(3):321-44. Disponible: <https://bit.ly/3F18tD9>
30. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Toulon: Éditions du Seuil; 1990. p. 224.
31. Mackenzie C, Stoljar N. *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency and the social self*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
32. Mackenzie C, Rogers W. Autonomy, vulnerability and capacity: a philosophical appraisal of the Mental Capacity Act. *Int J Law Context* [Internet]. 2013 [acceso 27 set 2022];9(1):37-52. DOI: 10.1017/S174455231200047X
33. Pais-Ribeiro J, Silva I, Ferreira T, Martins A, Meneses R, Baltar M. Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychol Health Med* [Internet]. 2007 [acceso 27 set 2022];12(2):225-37. DOI: 10.1080/13548500500524088

34. Carapinha L, Guerreiro C. Enquadramento epidemiológico: uma breve perspetiva da situação atual: plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e dependências 2021-2030 [Internet]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2021 [acesso 27 set 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3WaZIXD>
35. Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR. Alcohol treatment utilization: findings from national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2007 [acesso 27 set 2022];86(2-3): 214-21. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2006.06.008
36. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* [Internet]. 2000 [acesso 27 set 2022];284:1689-95. DOI: 10.1001/jama.284.13.1689
37. Elbreder MF, Silva RS, Pillon SC, Laranjeira R. Alcohol dependence: analysis of factors associated with retention of patients in outpatient treatment. *Alcohol* [Internet]. 2011 [acesso 27 set 2022];46(1):74-6. DOI: 10.1093/alcalc/agq078
38. Mundle G, Brügel R, Urbaniak H, Längle G, Buchkremer G, Mann K. Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6-, 18- and 36-month follow-up. *Fortsch Neurol Psychiatr* [Internet]. 2001 [acesso 27 set 2022];69(8):374-78. DOI: 10.1055/s-2001-16509
39. Wild TC, Yuan Y, Rush BR, Urbanoski KA. Client engagement in legally mandated addiction treatment: a prospective study using self-determination theory. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2016 [acesso 27 set 2022];69:35-43. DOI: 10.1016/j.jsat.2016.06.006
40. Lucas-Taracena MT, Maldonado D, Tossio-González C, Bravo-Ortiz MF. Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2002 [acesso 27 set 2022];30(5):273-8. Disponível: <https://bit.ly/3WapzPj>
41. Morley KC, Baillie A, Sannibale C, Teesson M, Haber PS. Integrated care for comorbid alcohol dependence and anxiety and/or depressive disorder: study protocol for an assessor-blind, randomized controlled trial. *Addict Sci Clin Pract* [Internet]. 2013 [acesso 27 set 2022];8(1):19. DOI: 10.1186/1940-0640-8-19
42. Ells C, Hunt MR, Chambers-Evans J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *Int J Fem Approaches to Bioeth* [Internet]. 2011 [acesso 27 set 2022];4(2):79-101. DOI: 10.2979/intjfemappbio.4.2.79
43. Stephenson LA, Wagner SJ, Bolton D. Maximizing patient autonomy to improve outcomes. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2013 [acesso 27 set 2022];74(1):14-6. DOI: 10.12968/hmed.2013.74.sup1.c14
44. Tomaselli G, Buttigieg SC, Rosano A, Cassar M, Grima G. Person-centered care from a relational ethics perspective for the delivery of high quality and safe healthcare: a scoping review. *Front Public Health* [Internet]. 2020 [acesso 27 set 2022];8:44. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00044
45. Neves MCP. O admirável horizonte da bioética. Lisboa: Glaciar; 2016.

João Paulo Barbosa Azevedo – Estudante de doutorado – psi.joaopaulo@gmail.com

 0000-0001-8051-7437

Correspondencia

João Paulo Barbosa Azevedo – Unidade de Alcoologia do Porto. Rua de Alfredo Cunha, 367, Matosinhos 4450-024. Porto, Portugal.

Recibido: 25.10.2021

Revisado: 10.8.2022

Aprobado: 15.8.2022