

Antonio Vélez-Moreno¹
Óscar M. Lozano¹
Fermin Fernández-Calderón^{1,2}
Antonio J. Rojas³
Pablo Sayans-Jiménez³
Francisco González-Saiz⁴
Juan Ramírez López⁵

Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS

¹Dpto. Psicología clínica, experimental y social. Universidad de Huelva
²Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
³Departamento de Psicología. Universidad de Almería
⁴Unidad de Salud Mental Comunitaria de Villamartin. Hospital de Salud Mental de Cádiz
⁵Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva

Introducción. El éxito terapéutico en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol depende en gran medida de un adecuado diagnóstico. La *Substance Dependence Severity Scale* –SDSS– es una escala que evalúa la dependencia en términos dimensionales y que sigue los criterios diagnósticos establecidos por los sistemas de clasificación internacionales. El objetivo de este trabajo es aportar evidencias de validez de la dimensión de gravedad de la escala de dependencia a alcohol de la SDSS, relacionándola con la *Mini International Neuropsychiatric Interview* –MINI–, y con otras variables de consumo recogidas en el EuropASI.

Metodología. Participaron 109 pacientes admitidos a tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias de Huelva que habían consumido alcohol en el mes previo a la entrevista. Se administraron la SDSS, la MINI y la EuropASI. La capacidad diagnóstica de la SDSS ha sido evaluada a través del análisis de la curva Característica Operativa del Receptor (COR) tomando como estándar el diagnóstico de dependencia de la MINI.

Resultados. El valor del Área Bajo la Curva (ABC) fue de 0,917 (IC=0,867–0,968). El equilibrio entre parámetros se detectó para una puntuación de 9, con unos adecuados valores de sensibilidad y especificidad (83,58% y 83,72%).

Conclusiones. Los resultados apoyan el uso de la SDSS para el diagnóstico de dependencia a alcohol y la evaluación de su gravedad. La administración de esta escala permite obtener información, con una única puntuación, sobre cómo de grave es el trastorno y sobre si se cumplen o no los criterios diagnósticos de dependencia.

Palabras claves: Gravedad dependencia, Sensibilidad, Especificidad, Validación, Dependencia alcohol, Alcohol, SDSS

Actas Esp Psiquiatr 2015;43(3):99-108

Correspondencia:
Óscar M. Lozano
Universidad de Huelva. Dpto. Psicología clínica, experimental y social
Campus de 'El Carmen'
Avda. Fuerzas Armadas, s/n.
21071 Huelva (España)
Tfno: +34 959 21 92 00
Correo electrónico: oscar.lozano@dpsi.uhu.es

Validity evidence, sensibility and specificity of the severity dimension of the SDSS alcohol dependence scale

Objective. Therapeutic success in the treatment of alcohol use disorders highly depends on an appropriate diagnosis. The Substance Dependence Severity Scale –SDSS– is a scale that assesses substance dependence in dimensional terms and that follows the diagnostic criteria established by the international classification systems. The aim of this study is to provide validity evidence for the severity dimension of the alcohol dependence scale of the SDSS comparing it with the Mini International Neuropsychiatric Interview –MINI–, and others variables related to substance use included in the EuropASI.

Methods. A total of 109 patients admitted for treatment in the Drug Abuse Center Services of Huelva who had used alcohol in the month previous to the interview participated. The SDSS, MINI and EuropASI were administered. The diagnostic capacity of the SDSS was assessed by Receiver Operating Characteristic (ROC) curve analysis, taking the MINI dependence diagnosis as standard.

Results. The area under the ROC curve (AUC) was 0.921 (CI=0.872–0.971). The trade-off between parameters was detected for a score of 9, with suitable values of sensitivity and specificity (83.58% and 83.72%).

Conclusions. The results support the use of the SDSS for the diagnosis of alcohol dependence and for assessment the severity of dependence. Administration of this scale makes it possible to obtain information, with a single score, on how severe the disorder is and whether the dependence criteria have been met.

Keywords: Severity dependence, Sensibility, Specificity, Validation, Alcohol dependence, Alcohol, SDSS

INTRODUCCIÓN

El alcohol constituye en la actualidad la sustancia más consumida en los países occidentales y una de las drogas con mayor impacto sobre la salud de la población¹. En España se trata de la sustancia con mayor prevalencia de consumo. El 78,7% de las personas de 15-64 años la ha consumido en el último año, una prevalencia muy superior a la del tabaco (40,2%), que ocupa el segundo lugar. Además, es la sustancia que más trastornos por consumo de sustancias genera en nuestro país. De acuerdo con los últimos datos publicados por el Observatorio Español de Drogodependencias, durante el año 2009 las admisiones a tratamiento por consumo de alcohol superaron a las de cocaína y opiáceos². En este sentido, el tratamiento de los trastornos asociados al consumo de alcohol adquiere una gran relevancia socio-sanitaria.

En el ámbito clínico, el diagnóstico de los trastornos por consumo de alcohol es complejo. Sin embargo, es necesario realizar esfuerzos para alcanzar un adecuado diagnóstico, pues el éxito terapéutico en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias depende en gran medida de un adecuado diagnóstico³. Generalmente, éste se realiza a través de entrevistas que tienen como referencia los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación DSM y CIE. Estos criterios pueden ser explorados de manera no estandarizada o bien empleando entrevistas semi-estructuradas que incluyen escalas estandarizadas para su evaluación. En estos casos, si se siguen los criterios del DSM-IV⁴, lo habitual es establecer un diagnóstico correspondiente a la ausencia del trastorno, trastorno por abuso de alcohol o trastorno por dependencia de alcohol.

En otras ocasiones, no obstante, clínicos e investigadores están interesados en evaluar la gravedad de la dependencia al alcohol. Bajo este enfoque no se evalúa propiamente la presencia o ausencia de los trastornos por consumo de alcohol, sino que se intenta situar a los pacientes sobre un continuo de gravedad. Esta aproximación es la que sigue el DSM-5⁵, que establece categorías de gravedad (leve, moderado y grave) en los pacientes. Los motivos para evaluar bajo este enfoque pueden ser diversos. Por ejemplo, evaluar la gravedad es útil para conocer el alcance de la problemática relacionada con el alcohol en los pacientes y establecer el plan de intervención⁶. En otras ocasiones se utiliza como una medida de resultado para valorar una intervención o bien para monitorizar la evolución de los pacientes en el proceso terapéutico⁷⁻⁸.

Existen diferentes escalas para evaluar la gravedad de la dependencia de alcohol. La literatura especializada muestra que actualmente se dispone de diferentes escalas adaptadas al español para realizar este diagnóstico, por ejemplo, el *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*⁹, la *Severity of Dependence Scale -SDS*⁻¹⁰ o el *Leeds Dependence Questionnaire -LDQ*⁻¹¹. A pesar de que la utilidad de las mismas es incuestionable, éstas tienen el inconveniente de que los

ítems que conforman las escalas no siguen los criterios diagnósticos establecidos por los sistemas de clasificación internacionales. Por ello, su equivalencia diagnóstica con tales sistemas está en entredicho¹².

Recientemente se ha desarrollado la versión española de la *Substance Dependence Severity Scale* (SDSS), mostrando adecuadas propiedades psicométricas¹³. Esta escala fue desarrollada para evaluar la gravedad de la dependencia a diferentes sustancias psicoactivas¹⁴, entre ellas el alcohol. Está formada por 11 ítems que evalúan los siete criterios diagnósticos de dependencia especificados en el DSM-IV (ver ítems en Anexo). En el caso del alcohol, las puntuaciones oscilan entre 0 (ausencia de gravedad de dependencia) y 43 (máxima gravedad de la dependencia). Además, esta escala establece que cuando un criterio diagnóstico es puntuado con un valor de 2 o superior (en alguno de los ítems empleados para medirlo), el paciente reúne dicho criterio diagnóstico. Así, de forma compatible con los criterios del DSM-IV, el diagnóstico de dependencia se establece cuando tres o más criterios son codificados con un valor de gravedad de 2 o superior. Otra de las peculiaridades que reúne esta escala es que el periodo temporal evaluado comprende los últimos 30 días. Como señalan los autores¹⁴, dicho marco temporal es más sensible a los cambios de los pacientes que el establecido en los últimos 12 meses. Es por ello que las puntuaciones de este instrumento pueden ser también empleadas como un indicador de resultados de la efectividad del tratamiento durante el proceso terapéutico. Esto es novedoso, ya que hasta ahora los resultados del tratamiento de la adicción no se medían como una reducción de la gravedad del trastorno en sí mismo (como sí ocurre, p.e. con la depresión, usando la escala Hamilton), sino a través de otros indicadores relacionadas con el trastorno pero que no son el trastorno mismo, entre ellos: disminución del consumo, aumento de la retención o una reducción de los problemas relacionados con el consumo.

Si bien la SDSS evalúa la dependencia a sustancias, no se han encontrado estudios previos para la versión española ni inglesa sobre la equivalencia de sus puntuaciones con otros instrumentos diagnósticos de dependencia. Este tipo de estudios son útiles tanto para la práctica clínica como para la investigación. En este sentido, los estudios de sensibilidad y especificidad aportan evidencias sobre la capacidad de una prueba diagnóstica para clasificar correctamente a los sujetos, de acuerdo a un patrón estándar utilizado como referente. Dentro del ámbito de las adicciones, entre las escalas que miden dependencia a alcohol, la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI)¹⁵ es una de las más utilizadas como patrón estándar por los estudios de validación de escalas¹⁶⁻¹⁹.

Considerando lo anterior, el presente trabajo tiene como objetivo aportar evidencias de validez de la escala de dependencia a alcohol de la SDSS a partir de otro instrumento habitualmente empleado en la evaluación de este trastorno, como es la MINI.

MÉTODO

Participantes

El marco muestral del estudio está constituido por pacientes con problemas de abuso o dependencia de consumo de drogas atendidos entre abril de 2010 y abril de 2013 en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva (SPDH). Durante este tiempo 201 pacientes accedieron voluntariamente a participar en el estudio. De estos, 109 comunicaron consumo de alcohol durante el mes previo a la entrevista.

El 79,8% de la muestra estuvo formada por hombres, con una edad media 39,8 años ($dt=9,445$). Han estado una media de 7,27 ($dt=2,275$) años escolarizados en las enseñanzas obligatorias, y un 28,4% inició estudios superiores. El 31,7% de los pacientes manifestaron haber estado trabajando durante el mes previo a la entrevista, si bien sólo un 22% trabajó de manera estable durante todo el mes. Las principales fuentes de ingresos han sido el desempleo y pensiones (29,7%), el empleo (22,9%), la percepción de otras ayudas sociales (22%) y los familiares (18,3%). El porcentaje restante (7,1%) ha tenido como principal fuente de ingresos actividades ilegales u otras no especificadas. En cuanto a su patrón de consumo de sustancias, el 34,9% manifestó haber consumido alcohol diariamente durante el mes previo a la entrevista, mientras que el 13,7% lo hizo entre 15 y 29 días. Además de alcohol, otras drogas consumidas por los participantes durante el mes previo a la entrevista fueron: cannabis (42,2%), cocaína (22,9%), benzodiacepinas (8,2%), heroína (6,4%) y alucinógenos (2,7%).

En relación a la presencia de otros trastornos mentales, siguiendo los criterios del DSM-IV, el 61,8% presentaba síntomas compatibles con trastornos de ansiedad, siendo los más frecuentes los síntomas de agorafobia (39,1%), trastorno por ansiedad generalizada (35,5%), angustia (14,5%) y fobia social (13,6%). La prevalencia de pacientes que presentaban síntomas compatibles con trastornos del estado del ánimo fue del 38,1%, siendo los síntomas más frecuentes los de los trastornos de depresión mayor (25,5%), distimia (8,2%) y maniaco (7,3%). Con respecto al trastorno psicótico, un 21,8% de los pacientes presentaban síntomas compatibles con este trastorno, y un 4,5% presentaba síntomas compatibles con trastornos de la conducta alimentaria.

Instrumentos

Substance Dependence Severity Scale

La adaptación de la SDSS se ha realizado siguiendo las recomendaciones de psicómetras especialistas en la adaptación de pruebas²⁰⁻²¹, posteriormente recogidas en las directrices de la *International Test Commission*²² para la adapta-

ción de instrumentos de unas culturas a otras. Los estudios de adaptación de este instrumento se pueden encontrar en Vélez-Moreno et al.¹³

Información sociodemográfica y patrón de consumo. La información sociodemográfica y relacionada con el patrón de consumo empleada en el presente estudio fue recogida a través de la versión española de la entrevista EuropASI²³.

*Escala de dependencia de alcohol de la Mini International Neuropsychiatric Interview*¹⁵. Se trata de una escala de diagnóstico que sigue criterios DSM-IV y CIE-10, cuya versión española fue desarrollada con una muestra de 551 sujetos atendidos en centros de salud mental y atención primaria²⁴. Está compuesta por siete ítems de respuesta dicotómica (sí-no), que coinciden con los criterios diagnósticos establecidos en las clasificaciones diagnósticas. Al igual que en éstas, un sujeto es diagnosticado de Trastorno de Dependencia de Alcohol si reúne tres o más criterios diagnósticos.

En el presente estudio se ha utilizado el diagnóstico de acuerdo a los criterios del DSM-IV. La fiabilidad encontrada para esta escala, estimada como consistencia interna, es 0,888.

Procedimiento

La sesión de entrevista la realizó un psicólogo clínico con varios años de experiencia. Antes de iniciar la administración de las pruebas, éste recibió entrenamiento en la administración de la SDSS y el resto de instrumentos aplicados en el estudio. Se siguieron las normas del manual de administración de las escalas y, antes de iniciar el trabajo de campo, se realizaron 15 entrevistas de pilotaje, eliminadas de los análisis.

Para acceder a los participantes, los psicólogos y psiquiatras del centro informaban a los pacientes de que se estaba realizando un estudio. Éstos le informaban sobre su duración, carácter voluntario y anónimo. También les indicaban que se trataba de un estudio ajeno al proceso terapéutico que estaban siguiendo. A continuación, quienes accedían a participar, eran remitidos a una sala del propio SPDH donde el entrevistador les recibía. Tras presentarse, informaba sobre los objetivos del estudio y resolvía las dudas que los pacientes tuvieran con el desarrollo del estudio. Aquellos pacientes que accedían a participar debían firmar un consentimiento informado autorizando al equipo de investigación a utilizar los datos recopilados para su análisis estadístico.

La sesión de entrevista tenía una duración aproximada de 60-90 minutos. Al finalizar, el entrevistador entregaba a cada participante el bono de 10 euros para emplear en un supermercado de la ciudad, exceptuando la compra de bebidas alcohólicas.

Tabla 1		Relación entre información sociodemográfica y consumo con las puntuaciones de la SDSS		
		Puntuación SDSS	Estadístico	p
Total de la muestra		12,9	-	-
Género				
	Hombre	12	t=2,886	0,092
	Mujer	16,5		
Edad -media (dt)-		-	r=0,034	0,727
Años educación básica -media (dt)-		-	r=0,218	0,022
Situación laboral en el último mes				
	Desempleado	12,4	t=0,065	0,799
	Empleado	12,9		
Principal fuente de ingresos				
	Trabajo	14	F=61,694	0,157
	Pensión/desempleo	9,8		
	Familia	14,4		
	Tráfico de drogas	22,2		
	Ayudas sociales	12,7		
Otros trastornos mentales				
	Sí	14,97	t=3,127	0,002
	No	7,67		
Consumo de otras drogas último mes				
	Cocaína			
	Sí	18,7	t=3,071	0,003
	No	11,2		
	Heroína			
	Sí	17,3	t=1,072	0,286
	No	12,6		
	Cannabis			
	Sí	11,6	t=1,045	0,299
	No	13,8		

Análisis

Se han utilizado estadísticos descriptivos para la caracterización de la muestra, y se han aplicado las prueba χ^2 o t de Student según procede, para analizar la independencia o diferencias entre grupos. Para analizar las relaciones entre variables continuas se han aplicado correlaciones de Pearson.

Se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para contrastar la normalidad de las puntuaciones de la SDSS, observándose una distribución normal de sus valores ($z=1,296$; $p>0,05$). Para calcular el índice de validez de los ítems se ha aplicado el coeficiente de correlación puntual-biserial.

Finalmente, se ha utilizado el análisis de las curvas COR para determinar la puntuación de corte de la SDSS que proporciona los mejores valores para los indicadores de sensibilidad y especificidad.

Resultados

Perfil de los participantes y dependencia a alcohol

La puntuación media en la escala de alcohol de la SDSS fue de 12,9 (dt=11,1). Siguiendo los criterios de la SDSS, el 46,4% cumple con los criterios diagnósticos de dependencia a alcohol. En la tabla 1 se muestra la relación entre las puntuaciones de dependencia según la SDSS y las variables socio-demográficas y de consumo de drogas. Sólo se detectan diferencias estadísticamente significativas para dos de las variables analizadas. Existe correlación positiva estadísticamente significativa entre los años de educación y la puntuación de dependencia, si bien ésta es baja ($r=0,218$, $p<0,05$). Además, quienes han consumido cocaína en el último mes tienen mayor gravedad de dependencia que quienes no lo han hecho [puntuaciones medias de 18,7 (dt=12,5) y 11,2 (dt=10,2) respectivamente], siendo

Criterios DSM-IV	Ítem Mini	ítem SDSS	Corr. Puntual-biserial con ítem MINI	Corr. Puntual-biserial con diagnóstico MINI
1 (a-b)	A	5	0,688**	0,486**
2 (a-b)	B	6a	0,871**	0,509**
		6b	0,772**	0,448**
		6c	0,352**	0,38**
3	C	1	0,627**	0,566**
4	D	2a	0,624**	0,524**
		2b	0,659**	0,543**
5	E	3	0,628**	0,531**
6	F	4	0,724**	0,369**
7	G	7a	0,371**	0,446**
		7b	0,238*	0,238*

	Dependencia según SDSS		Total	
	No	Sí		
Dependencia según MINI	No	34,5	4,5	39,1
	Sí	19,1	41,8	60,9
Total		53,6	46,4	100

estas diferencias estadísticamente significativas ($t=3,071$; $g.l.=108$, $p<0,01$).

Por otro lado, se observa que los pacientes que presentan síntomas compatibles con al menos un trastorno en el eje I (71,8%) presentan una mayor gravedad de dependencia [puntuación media de 14,9 ($dt=11,6$)] que los pacientes que no tienen síntomas compatibles con trastornos del eje I [puntuación media de gravedad de 7,7 ($dt=7,8$)], siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t=3,217$; $g.l.=108$; $p<0,01$).

Fiabilidad e índices de validez de los ítems

La fiabilidad de la prueba estimada como consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de 0,881. La fiabilidad estimada como test-retest, en una submuestra de 30 participantes, mostró un valor $r=0,724$ ($p<0,05$).

Los valores de los índices de validez de los ítems se muestran en la tabla 2. Se observa que los valores de las correlaciones puntual-biserial con los correspondientes ítems

de la MINI son elevados, siendo en todos los casos estadísticamente significativas. El coeficiente de correlación supera el valor 0,6 en todos los ítems exceptuando el 6c, 7a y 7b. En estos tres ítems, a pesar de que las correlaciones son estadísticamente significativas, los valores son moderados.

Al analizar la correlación con la presencia/ausencia de dependencia según la MINI, todas las correlaciones son también estadísticamente significativas. Como es posible observar en la tabla 2, el rango de correlaciones oscila entre 0,238 y 0,566.

Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

El análisis de la SDSS en relación a las variables del Euro-ASI refleja que las puntuaciones de la SDSS muestran relaciones estadísticamente significativas con el tiempo que los pacientes llevan consumiendo alcohol independientemente de la cantidad ($r=0,220$; $p<0,05$), y alcohol en grandes cantidades ($r=0,330$; $p<0,01$). Igualmente, se observa que las puntuaciones de la SDSS se relaciona con la cantidad de alcohol consumida en el mes previo a la entrevista ($r=0,484$; $p<0,01$) y con la frecuencia de consumo ($r=0,305$; $p<0,01$). No se observan relaciones ni con la edad de inicio de cualquier dosis de alcohol ($r=0,111$; $p>0,05$) ni con la edad de inicio de grandes cantidades ($r=0,004$; $p>0,05$).

Evidencias de validez: sensibilidad y especificidad

En la tabla 3 se muestran los diagnósticos de dependencia a alcohol según SDSS y MINI. En el 76,3% de los casos existe acuerdo según estos instrumentos, con un coeficiente

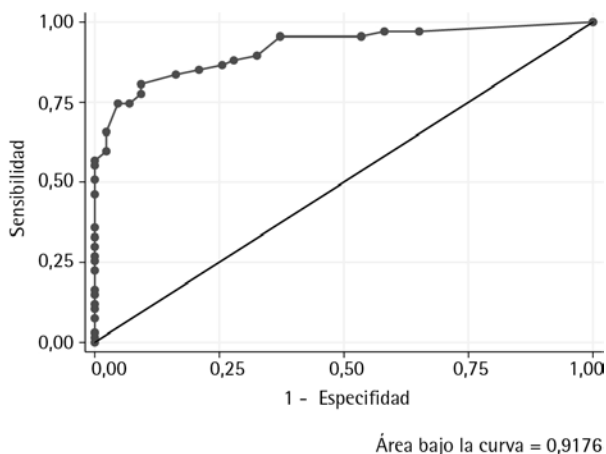


Figura 1 Curvas COR para las puntuaciones de la SDSS

Kappa de 0,53. El porcentaje de diagnóstico de dependencia a alcohol según la MINI es superior al que se observa según la SDSS (60,9% y 46,4%, respectivamente), detectándose un 4,5% de pacientes que cumplen criterios diagnósticos según la SDSS pero no según la MINI, y un 19,1% de pacientes que cumplen criterios según la MINI y no según la SDSS.

El análisis de las curvas COR tomando como referencia el diagnóstico según la MINI mostró un valor de área bajo la curva de 0,917 (IC=0,867-0,968), resultando estadísticamente significativo (Figura 1).

Los valores de sensibilidad y especificidad se muestran en la tabla 4. Se observa que el equilibrio entre parámetros se detectó con una puntuación de 9, correspondiendo unos valores del 83,58% y del 83,72% respectivamente. Con dicha puntuación el 83,64% de la muestra es clasificada correctamente. El coeficiente Kappa para el diagnóstico de dependencia según la MINI y según el diagnóstico de la SDSS a partir del punto de corte 9 es de 0,662.

Por otro lado, y como evidencia de validez discriminante de las puntuaciones de la SDSS, se estimó el área bajo la curva utilizando como criterio el diagnóstico de dependencia a sustancias distintas del alcohol aportado por la MINI. El valor encontrado fue de 0,552 (IC=0,444-0,661), no siendo estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

El presente trabajo ha aportado evidencias de validez de la escala de alcohol de la SDSS en relación al diagnós-

Cutpoint	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Correctamente clasificados (%)	LR+	LR-
=>0	100	0	60,91	1	
=>1	97,01	34,88	72,73	1,489	0,085
=>2	97,01	41,86	75,45	1,668	0,071
=>3	95,52	46,51	76,36	1,785	0,096
=>4	95,52	62,79	82,73	2,567	0,071
=>5	89,55	67,44	80,91	2,75	0,154
=>6	88,06	72,09	81,82	3,155	0,165
=>7	86,57	74,42	81,82	3,384	0,180
=>8	85,07	79,07	82,73	4,064	0,188
=>9	83,58	83,72	83,64	5,134	0,196
=>10	80,60	90,70	84,55	8,664	0,213
=>11	77,61	90,70	82,73	8,343	0,246
=>12	74,63	93,02	81,82	10,696	0,272
=>13	74,63	95,35	82,73	16,044	0,266
=>14	65,67	97,67	78,18	28,238	0,351
=>15	59,7	97,67	74,55	25,671	0,412
=>16	56,72	100	73,64	-	0,432

LR+ y LR-: cocientes de verosimilitud positiva y negativa respectivamente.

tico aportado por la MINI, otro instrumento diagnóstico de dependencia a alcohol ampliamente utilizado como patrón estándar en los estudios de validación de escalas¹⁶⁻¹⁹. Más concretamente, el objetivo ha sido ofrecer a los clínicos e investigadores un estudio de la convergencia del diagnóstico de ambas escalas. La SDSS es la única reconocida por la *National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network* que aporta una medida dimensional de gravedad de la dependencia según criterios CIE y DSM²⁵. Por ello, establecer una equivalencia entre las puntuaciones de este instrumento y otros empleados habitualmente en el diagnóstico del alcohol contribuye a la mejora de la de interpretación de las puntuaciones en el campo de la investigación y la práctica clínica.

La SDSS permite establecer el diagnóstico de dependencia cuando se cumplen tres o más criterios según DSM-IV, aunque limitando el periodo temporal a los 30 días previos a la entrevista. Éste es uno de los rasgos distintivos de la SDSS frente a otras escalas que se fundamentan en los criterios de las clasificaciones diagnósticas, donde el periodo temporal comprende los 12 meses previos. Esta particularidad puede estar subyaciendo a las diferencias porcentuales detectadas entre los pacientes que cumplen criterios diagnósticos con la SDSS y la MINI. En el caso de la SDSS el porcentaje es inferior, lo que podría deberse a la remisión sintomática cuando se acota el diagnóstico al mes previo a la evaluación. Por ello, la SDSS puede ser más adecuada para establecer una planificación terapéutica acorde con la situación actual de los pacientes.

La característica más saliente de la SDSS reside en ofrecer una medida dimensional que refleja la gravedad de la dependencia. En este sentido, el presente estudio de validación ha mostrado dos tipos de evidencias empíricas que reflejan la utilidad de las puntuaciones dimensionales. Por un lado, se ha mostrado que dichas puntuaciones se relacionan con otras variables que conforman su red nomológica de relaciones teóricas, tales como la frecuencia y cantidad de alcohol consumida. Por otro lado, se ha mostrado que estas puntuaciones se relacionan con el diagnóstico establecido por la MINI con una alta sensibilidad y especificidad.

Estas propiedades convierten la SDSS en un instrumento de gran utilidad tanto en el ámbito investigador como clínico. En el primer caso, tal y como apuntan algunos autores, el hecho de que se trate de una variable continua amplía las posibilidades de los análisis estadísticos a emplear²⁶. Además, el hecho de que el diagnóstico se fundamente en los criterios de clasificación diagnóstica del DSM permite una sencilla comunicación entre la comunidad científica²⁷. En el ámbito clínico, a través de la administración de esta escala es posible obtener información, con una única puntuación, sobre cómo de grave es el trastorno, y sobre si se cumplen o no criterios de dependencia, dentro de unos adecuados parámetros de sensibilidad y especificidad. Además, al situar el punto de

corte para el diagnóstico de dependencia en una puntuación igual o superior a nueve, el coeficiente de acuerdo con el diagnóstico según la MINI aumenta. Por lo tanto, teniendo en cuenta que se trata de una escala de fácil y rápida aplicación, la SDSS debe ser considerada un instrumento adecuado para el diagnóstico y seguimiento periódico de los pacientes. Esto hace de la SDSS una herramienta útil no sólo para los profesionales de recursos de atención especializada en drogodependencias, sino también para los de atención primaria. Como indica la Organización Mundial de la Salud en su estrategia mundial para reducir el uso perjudicial de alcohol¹, el médico de atención primaria tiene un papel fundamental en la intervención y prevención de los daños asociados al uso de alcohol. A pesar de ello, muchos bebedores de riesgo y personas con trastornos por consumo de alcohol no son detectados en estos recursos, por lo que es recomendable un abordaje sistematizado^{28,29}. Este abordaje se realiza, inicialmente, a través herramientas de cribado, siendo las más utilizadas el CAGE, el CBA y el AUDIT³⁰. Tales instrumentos permiten identificar sujetos en riesgo de padecer trastornos. Posteriormente, es necesaria la administración de herramientas que permitan el diagnóstico o no de dependencia³¹, algo que no es posible conseguir con las herramientas de cribado. En cambio, la escala de alcohol de la SDSS posee un tiempo de administración similar al de las escalas anteriormente mencionadas, y además, ofrece una equivalencia conceptual del diagnóstico de trastorno por dependencia alcohol. Determinada la gravedad por la misma, los profesionales clínicos están en disposición de valorar la derivación a recursos especializados de los pacientes o la intervención desde el propio recurso de atención primaria.

Si bien en este trabajo se han aportado evidencias de validez de la escala de dependencia a alcohol de la SDSS, hay que tener en cuenta algunas consideraciones. Siguiendo los *standards* de la APA, AERA y NCME³² para las medidas mediante test, es recomendable aportar evidencias de validez en otros centros y con otros perfiles de pacientes. Fundamentalmente, y teniendo en cuenta su utilidad en el ámbito de la atención primaria y los servicios de salud mental no específicos de drogodependencias, resulta de interés para futuros estudios contrastar las propiedades de este instrumento en dichos contextos. Las diferentes características que presentan los pacientes que acuden a atención primaria y a los centros de salud frente a los pacientes de atención a las drogodependencias³³ pueden tener su repercusión sobre las propiedades psicométricas estimadas de esta escala. Así, por ejemplo, la muestra de este estudio presenta prevalencias de otros trastornos mentales superiores a las observadas en pacientes con dependencia a alcohol atendidos en servicios de salud mental³⁴. Y, puesto que la comorbilidad se asocia a una mayor gravedad de la dependencia³⁵, cabe esperar diferentes distribuciones de puntuaciones en los pacientes y, consecuentemente, diferentes valores en las estimaciones de la fiabilidad y evidencias de validez.

Asimismo, cabe decir que la adaptación se ha realizado en España y con población autóctona de España. Sin embargo, los datos del OED indican que la población extranjera atendida en los servicios de drogodependencias por problemas de alcohol ascienden al 6,9%. En este sentido, es también recomendable diseñar un estudio para contrastar hasta qué punto la versión actual mantiene, en otras poblaciones, las propiedades psicométricas encontradas en la población autóctona.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo forma parte del proyecto de investigación 'Diagnóstico de gravedad de Dependencia a Sustancias Psicoactivas según criterios DSM-IV. Adaptación al español de la entrevista clínica Substance Dependence Severity Scale (PI10/O1155)' financiado por el Instituto de Salud Carlos III y fondos FEDER.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Nueva York: Naciones Unidas; 2012. [Consultado 9 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
2. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Informe 2011: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012 [Consultado 9 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
3. Meier PS, Barrowclough C, Donmall M. The role of the therapeutic Alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*. 2005;100(3):304-16.
4. American Psychiatric Association. DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1994.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013.
6. Maser JD, Patterson T. Spectrum concepts and DSM-IV: Contrasts and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25(4):855-85.
7. Van Os J, Gilvarry CM, Bale R, Van Horn E, Tattan, T, White I, et al. To what extent does symptomatic improvement result in better outcome in psychotic illness? *Psychol Med*. 199;29(5):1183-95.
8. Kirisci L, Tarter RP, Vanyukov M, Martin C, Mezzich A, Brown S. Application of item response theory to quantify substance use disorder severity. *Addict Behav*. 2006;31:1035-49.
9. Rubio G, Urosa B, Rubio MC, Ulibarri S, Mata F. Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol en la población española. *Anales Psiquiatr*. 1996;12:285-9.
10. González-Saiz A, De las Cuevas C, Barrio G, Domingo-Salvany A. Versión española consensuada de la Severity of Dependence Scale (SDS). *Med Clín (Barc)*. 2008;131:796-9.
11. González-Saiz F, Salvador-Carulla L. Análisis de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) en una muestra de pacientes con dependencia a opiáceos. *Rev Esp Drogodep*. 1999; 24(1):46-60.
12. Maisto SA, Saitz R. Alcohol Use Disorders: screening and diagnosis. *Am J Addict*. 2003;12:S12-S25.
13. Vélez-Moreno A, González-Saiz F, Ramírez-López J, Torrico E, Fernández-Calderón F, Rojas AJ, et al. Adaptación al español de la Substance Dependence Severity Scale: resultados preliminares. *Adicciones*. 2013;25:339-47.
14. Miele GM, Carpenter KM, Cockerman MS, Trautman KD, Baline J, Hasin DS. Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2000;59:63-75.
15. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett F, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 20):22-33.
16. Chishinga N, Kinyanda E, Weiss HA, Patel V, Ayles H, Seedat S. Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC Psychiatry*. 2011;11:75.
17. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103:1039-47.
18. Myer L, Smit J, Roux LL, Parker S, Stein DJ, Seedat S. Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(2):147-58.
19. Newcombe DA, Humeniuk RE, Ali. Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(3):217-26.
20. Hambleton RK. In: Hambleton RK, Merenda PF, Spielberger CD, eds. *Adapting psychological and educational tests for cross-cultural assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2005.
21. Sireci SG, Yang Y, Harter J, Ehrlich EJ. Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. *J Cross Cult Psychol*. 2006;37:557-67.
22. International Test Commission. *International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests*. 2010. [consultado 28 Ener 2014]. Disponible en: <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>
23. Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M. Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. En *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 1996; 201-218.
24. Ferrando L, Gibert J, Lecrubier Y. Fiabilidad y validez de la escala MINI versión CIE10. [Comunicación oral]. *Actas del IV Congreso Nacional de Psiquiatría*. *Psiquiatr Biol*. 1999;6(Suppl 2):107.
25. Forman R, Svikis DS, Montoya I, Blaine J. Selection of a substance use disorder diagnostic instrument by the national drug abuse treatment clinical trials network. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27(1):1-8.
26. Helzer J, Kathleen KB, Gossop M. A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16(1):S24-33.
27. Hasin DS, Liu X, Alderson D, Grant B. DSM-IV alcohol dependence: a categorical or dimensional phenotype? *Psychol Med*. 2006;36:1695-705.
28. Córdoba R, Camaralles F, Lizarbe V, Jiménez M. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(11):635-7.
29. Riofrío C, Rodríguez JJ. Identificación del alcoholismo en

- atención primaria. *JANO*. 2010;65-72.
30. Iraurgi I, González-Saiz F. Instrumentos de Evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica, 2002.
 31. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien P, Kleber H. Drug Dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000;284:1689-95.
 32. American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington DC: American Educational Research Association, 2002.
 33. Arias F, Szerman N, Vega P, Meías B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25(2):118-27.
 34. Sánchez-Peña JF, Alvarez-Cotoli P, Rodríguez-Solano JJ. Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012 May-Jun;40(3):129-35.
 35. Kessler R, Chiu WT, Demler O, Walters E. Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27

Anexo	Descripción de los enunciados de los ítems de la escala SDSS (para acceder a la escala completa y manual, contactar con el autor de correspondencia)
	<p>Item 1. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha habido momentos en que terminó por beber más de lo que tenía intención? ...terminó por beber durante un periodo de tiempo mayor de lo que había planeado, por ejemplo, hasta más tarde por la noche?</p>
	<p>Item 2.a. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...pensó que debería reducir o controlar su consumo de alcohol o dejarlo por completo?</p>
	<p>Item 2.b. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...intentó reducir o controlar su consumo de alcohol?</p>
	<p>Item 3. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha pasado demasiado tiempo ocupado en asegurarse la disponibilidad de alcohol? ...en un día o noche pasó varias horas bebiendo? ...en un día o una noche, ha estado enfermo, o se ha encontrado mal, pasando el mono o colocado ruante una hora o más por los efectos de la bebida?</p>
	<p>Item 4. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...pasó algún tiempo bebiendo en vez de ir a trabajar o estudiar? ...pasó algún tiempo bebiendo en vez de estar con la familia o amigos? ...pasó algún tiempo bebiendo en vez de hacer cosas que antes le gustaba hacer, como deportes, o algún tipo de actividad habitual o hobby?</p>
	<p>Item 5. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha encontrado que la misma cantidad de alcohol tiene menos efecto que antes? ...ha encontrado que necesita beber más para conseguir el mismo efecto?</p>
	<p>Item 6.a. Durante los últimos 30 días...</p> <p>Cuando los efectos del alcohol se pasaban, ¿alguna vez experimentó (LISTADO DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA)?</p>
	<p>Item 6.b. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...cómo de fuertes eran los efectos del alcohol? ¿en general, diría Ud. que eran leves, moderados, graves o muy graves?</p>
	<p>Item 6.c. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha bebido para recuperarse de alguno de los efectos secundarios de la bebida? ...o bebió para evitar alguno de estos efectos secundarios?</p>
	<p>Item 7.a. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha estado deprimido, tenido un bajón o perdido el interés por las cosas, y esto ha tenido relación alguna con la bebida? ...ha estado suspicaz o ha desconfiado de los demás, y esto ha tenido alguna relación con el consumo de alcohol o con sus efectos secundarios? ...ha estado muy molesto o nervioso en relación con la bebida o sus efectos secundarios?</p>
	<p>Item 7.b. Durante los últimos 30 días, ¿...</p> <p>...ha tenido un problema de salud o médico que fuese provocado o empeorado por la bebida o sus efectos secundarios?</p>