

# Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Clínica, Social y  
Experimental



## Adaptación y evidencias de valides de la Substance Dependence Severity Scale (SDSS)

Memoria para optar al grado de doctor  
presentada por:

**Antonio Vélez Moreno**

Fecha de lectura: 6 de julio de 2017

Bajo la dirección de los doctores:

Francisco González Sainz

Óscar M. Lozano Rojas

Esperanza M. Torrico Linares

**Huelva, 2017**



# **Adaptación y evidencias de valides de la Substance Dependence Severity Scale (SDSS)**

**Tesis doctoral**

**Doctorando:**

**Antonio Vélez Moreno**

**Directores:**

**Dr. Francisco González Sainz**

**Dr. Óscar M. Lozano Rojas**

**Dra. Esperanza M. Torrico Linares**



**Universidad  
de Huelva**

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud

Huelva, Mayo de 2017



El doctorando Antonio Vélez Moreno y los directores de la tesis Francisco González Sainz, Óscar M. Lozano Rojas y Esperanza M. Torrico Linares garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores al ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Huelva, 25 de Mayo, 2017

Director de la tesis

Director de la tesis

Fdo.: Dr. Francisco González Sainz

Fdo.: Dr. Óscar M. Lozano Rojas

Directora de la tesis

Doctorando:

Fdo.: Dra. Esperanza M. Torrico Linares

Fdo.: Antonio Vélez Moreno



## **Agradecimientos**

Cuando se alcanza la meta de un objetivo, es importante acordarse de todas las personas que han estado al lado de uno para remar en la misma dirección. Por este motivo, me gustaría dar las gracias a todas las personas o instituciones que han formado parte de este trabajo.

En primer lugar, dar gracias al Instituto de Salud Carlos III por seguir apostando por la investigación en un momento en el que nadie lo hacía.

No puedo pasar por alto al Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva. Gracias por la acogida, la ayuda, las enseñanzas, etc. Quiero destacar especialmente a Juan Ramírez por todo su apoyo e implicación en el trabajo, pero sobre todo por sus enseñanzas. Por último, no puedo olvidarme de los pacientes que han formado parte de la investigación porque las investigaciones son por ellos y para ellos.

El Departamento de Psicología Clínica, Experimenta y Social siempre me ha mostrado su apoyo, pero muy especialmente del Área de Metodología. Fermín, Carmen, Kiko, Pepe, Manolo, Fran, mil gracias por todo lo que habéis hecho por mi a lo largo de estos años.

Un punto y aparte merecen los directosres del trabajo. A Francisco le doy las gracias por ser un referente en los aspectos teóricos. A Espera le agradeceré eternamente ser un faro siempre que hay niebla. Y a Óscar la paciencia infinita, el apoyo, las correcciones. Mil gracias.

Gracias a mi familia que siempre a estado a mi lado y se ha sacrificado de forma infinita para que yo pueda seguir trabajando. Especialmente a mis padres, que me lo han dado todo y lo siguen haciendo con todo el amor de su corazón, y a mi hermano, por abrirme puertas por donde voy y llevarme de la mano.

Por último, dar las gracias a las dos personas más importante de mi vida, Lorena y Tomás. Gracias por todos los segundos de vuestra vida y por todo lo que me aporatis. Sin vosotros la vida carece de sentido. Tomás, a ti, a parte de las gracias, te pido persón, te quiero.

## Índice

0. Introducción .....	11
0.1. Justificación del estudio.....	11
0.2. Organización del trabajo.....	14
I. Fundamentación teórica.....	15
Capítulo 1. Evolución de la nosología relacionada con el trastorno por consumo de sustancia .....	17
1.1. Antecedentes conceptuales de los criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias.....	17
1.2. Diseño y publicación de la primera edición del DSM.....	20
1.3. Publicación del DSM-II: evolución de la nosología.....	21
1.4. Teorías influyentes en el DSM-III (DSM-III-R).....	22
1.5. Nueva perspectiva teórica en la nomenclatura: DSM-III y DSM-III-R.....	28
1.6. Afianzando los criterios: DSM-IV y DSM-IV-TR.....	30
1.7. Cambio en la perspectiva diagnóstica: DSM-5.....	33
1.8. Evolución de los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).....	37
Capítulo 2. La entrevista diagnóstica Substance Dependence Severity Scale (SDSS).....	41
2.1. Contextualización de los instrumentos de evaluación de la dependencia.....	41

2.2. Substance Dependence Severity Scale (SDSS).....	44
II. Estudio empírico .....	49
Capítulo 3. Objetivos.....	51
3.1. Objetivo general y objetivos específicos.....	51
Capítulo 4. Estudios empíricos.....	55
4.1. Estudio I: Proceso de adaptación de la SDSS.....	55
4.2. Estudio II: Reliability and validity evidence of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS).....	65
1. Introduction .....	65
2. Method.....	68
3. Results. ....	72
4. Discussion.....	78
4.3. Estudio III: The Impact of Personality Disorders and Severity of Dependence in Psychosocial Problems.....	83
1. Introduction. ....	83
2. Method.....	87
3. Results. ....	90
4. Discussion.....	98

4.4. Estudio IV: Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS.....	103
1. Introducción.....	103
2. Método.....	106
3. Resultados.....	110
4. Discusión.....	116
Capítulo 5. Discusión.....	121
Capítulo 6. Conclusiones.....	127
Referencias y anexos.....	131
Referencias.....	133
Anexo I. Substance Dependence Severity Scale (SDSS).....	155
Anexo II. Reliability and validity evidence of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS).....	183
Anexo III: The Impact of Personality Disorders and Severity of Dependence in Psychosocial Problems.....	193
Anexo IV. Estudio IV: Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS.....	211



## **0. Introducción**

### **0.1. Justificación del estudio**

El presente trabajo aborda la evaluación del paciente por consumo de sustancias como parte esencial y previa del tratamiento. Este objetivo parte de la necesidad de realizar un buen diagnóstico diferencial y una buena medición de la sintomatología del paciente en la práctica clínica (Delic y Pregelj, 2013). Para hacer frente a dicho objetivo, la investigación realiza la adaptación de un instrumento que ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas en su contexto de origen. Este instrumento es la Substance Dependence Severity Scale –SDSS– (Miele et al., 2000a, 2000b, 2001).

La presente investigación ha sido fruto del trabajo realizado en el contexto de un proyecto de investigación financiado por el Instituto de Salud Carlos III (PI10/01155). Además, ha contado con la colaboración del Servicio Provincial de Drogodependencias de Huelva para facilitar el acceso a los pacientes que han dado vida al proyecto.

En líneas generales, el estudio se plantea para avanzar en la medición de los trastornos por consumo de sustancias. A continuación se exponen los motivos por los que se ha escogido la SDSS como instrumento para la adaptación.

La evaluación del trastorno por consumo de sustancias siempre ha tenido una gran dificultad debido a la extensión que adquiere, afectando a diversos ámbitos de la vida del paciente como el físico, el conductual o el psicológico.

La nosología asociada al trastorno por consumo de sustancias ha ido evolucionando a lo largo de los avances científicos. La llegada de los distintos manuales diagnósticos otorgó un consenso a la comunidad científica que facilitaba el diagnóstico y la comunicación entre

profesionales. Este sistema ha mostrado una serie de limitaciones en la evaluación del paciente a pesar de las ventajas que ofrece en el consenso entre profesionales (Krueger y Bezdjian, 2009).

Las limitaciones encontradas en el sistema categorial han llevado a una reconceptualización del diagnóstico del trastorno. La llegada del DSM-5 (APA, 2013) ha abordado dichas limitaciones otorgando un carácter dimensional a la evaluación del trastorno, lo que da una mayor sensibilidad a la medición de los pacientes (Compton et al., 2013; Lundin et al., 2015).

La evaluación del paciente suele venir determinada por una entrevista que realiza el profesional. No obstante, los instrumentos de medición ofrecen una gran ayuda al reducir las variables a observar, aumentando la fiabilidad en el diagnóstico (González-Saiz, 2003). Además, el clínico debe tener una serie de estrategias que permitan realizar una medición lo más exhaustiva posible (Rounsaville, Carroll y Onken, 2001).

En la actualidad los instrumentos utilizados para evaluar el trastorno por consumo de sustancias pueden dividirse en función del objetivo final de medición. Por un lado, existen instrumentos cuyo objetivo es la medición de la presencia o no del trastorno en base a los criterios manuales. Por otro lado, existen instrumentos cuyo objetivo es la medición del estado de gravedad del paciente respecto a la dependencia a la sustancia en base a una serie de constructos asociados al consumo.

Ambos grupos de instrumentos reflejan una serie de limitaciones. Tanto si se utiliza un grupo como otro, se pierde parte de la información de la patología del sujeto. La evaluación del paciente necesita la medición de un diagnóstico que permita la coordinación entre profesionales, pero, a su vez, que permita la evaluación de la gravedad en la relación

### 13 ADAPTACIÓN SDSS

que presenta el paciente con respecto al trastorno por consumo de sustancias (Miele et al., 2000a).

Estos condicionantes llevan a la realización de la presente investigación. El objetivo principal del trabajo es aportar a nuestra cultura un instrumento que permita medir de la forma más eficaz posible el trastorno por consumo de sustancias, solventando las limitaciones mencionadas anteriormente de otros instrumentos.

Por otro lado, para realizar una correcta adaptación del instrumento, se han tenido en cuenta distintos aspectos. La influencia del entorno del paciente puede condicionar la relación y el consumo con la sustancia (Jellinek, 1960), lo que modifica sus pautas de consumo y la evolución del tratamiento. Este hecho afecta a la correcta medición del paciente. No se debe pasar por alto la cultura que va asociada a cualquier trastorno. Este aspecto es fundamental a la hora de realizar una medición del paciente. El proceso de adaptación de un test debe servir para determinar la viabilidad de la medición en una lengua o cultura diferente a la de su origen. Para ello, la presente investigación se rige por las directrices de la International Test Commission (ITC, 2010).

Un último aspecto a tener en cuenta en la medición del paciente, es la propia relación del paciente con el consumo. Aunque existen una serie de síntomas que suelen repetirse en todos los pacientes, cada paciente muestra una historia determinada y concreta sobre su relación con la sustancia (Edwards y Gross, 1976). Por lo que el instrumento debe mostrar evidencias de una capacidad de sensibilidad a la hora de discriminar entre pacientes en un continuo de gravedad.

El correcto diagnóstico y la sensibilidad en la gravedad del mismo, son los condicionantes que van a determinar la elaboración de un modelo de tratamiento u otro. La

correcta elaboración del tratamiento es la que marca el éxito del mismo, la adherencia del paciente y la superación del trastorno.

## **0.2. Organización del trabajo**

Este trabajo está dividido en dos bloques. El primer bloque está dedicado a la fundamentación teórica, mientras que el segundo está enfocado a describir la parte empírica de la investigación

El primer bloque está compuesto por dos capítulos. El primer capítulo realiza una contextualización del trastorno por consumo de sustancias realizando una revisión de la nosología desde sus inicios hasta la actualidad. En este capítulo se abordan las variables, contextos y criterios que han influido en la creación de las distintas teorías que han intentado explicar el trastorno, así como la influencia de dichas teorías en los principales manuales y la evolución de los criterios diagnósticos. Por último, se ha abordado los distintos conceptos con respecto a la naturaleza subyacente en el trastorno describiendo distintos enfoques teóricos.

El segundo capítulo se ha dedicado a la descripción de la SDSS y su contextualización con respecto a los distintos instrumentos de medición en dependencia. De cara a dicha contextualización, se han abordado diferentes aspectos como los objetivos de medición de los instrumentos o las propiedades psicométricas de los mismos.

El segundo bloque comienza en el tercer capítulo en el que se detallan los objetivos de la presente investigación y el procedimiento para llevarla a cabo. Dentro de este bloque, el capítulo cuarto detalla los estudios que se han realizado a lo largo de estos años de cara a poder hacer frente a los objetivos de la investigación planteados en el anterior capítulo.

El capítulo cinco ha sido dedicado a discutir los resultados obtenidos en los estudios, mientras que en el capítulo seis se han incluido unas conclusiones o reflexiones finales.

# **I. Fundamentación teórica**



## Capítulo 1

# Evolución de la nosología relacionada con el trastorno por consumo de sustancia

### 1.1. Antecedentes conceptuales de los criterios diagnósticos de los trastornos por consumo de sustancias.

A pesar de que el consumo de drogas se conoce desde la antigüedad, el constructo de dependencia o adicción a las diferentes sustancias de abuso tiene una historia relativamente reciente. Las primeras aportaciones conceptuales en este campo surgen al tratar de definir los distintos tipos de bebedores de alcohol (Edwards, 1992). Posteriormente, estas primeras propuestas se hacen extensivas a la comprensión de los modos de consumir otras sustancias diferentes del alcohol (Grunberg y Acri, 1991; Grunberg, 1994).

Durante siglos, el consumo de drogas estuvo vinculado a diferentes ritos en distintas culturas, no suponiendo, por tanto, un problema relevante en términos epidémicos y de salud pública. Sin embargo, el consumo excesivo de alcohol tuvo durante mucho tiempo una consideración moral. El punto de inflexión en esta visión tiene lugar de forma progresiva a lo largo del siglo XVIII, fruto de la influencia del racionalismo sobre el pensamiento médico. Así, la *"embriaguez"* pasa de ser considerada un vicio a entenderse como un *"hábito"* (Drummond, 1992). Autores como Edwards (1992) y Babor (1992) señalan como *"antecedentes históricos"* del concepto de dependencia del alcohol a los trabajos de Benjamin Rush en Estados Unidos (Rush, 1785) y de Thomas Trotter en Gran Bretaña (Trotter, 1804). Estos médicos entienden el *"hábito"* del consumo de alcohol como la fase final de un proceso

en el que el sujeto establece una relación con el alcohol cada vez más estrecha. Trotter afirmaba que *"el hábito de la embriaguez es una enfermedad de la voluntad"*. Por otro lado, hacen una aproximación a lo que hoy entendemos como *"deterioro de la capacidad de control"*, así como una cierta distinción, difusa todavía, entre la conducta adictiva y sus consecuencias. En esta misma línea se sitúan los trabajos posteriores de Samuel Woodward (1838).

En 1819, Bruhl-Cramer introduce el concepto de *"trunksucht"*, siendo difícil encontrar una adecuada traducción al castellano. Mientras que los autores ingleses traducen este concepto como *"dipsomanía"*, entendida en ese momento como una *"búsqueda de la bebida"*, Wanke (1984) lo define como una *"demanda insoslayable hacia un estado vivencial concreto"* y en nuestro país se traduce *"sucht"* como *"manía"* (Freixa y Bach, 1978). Para la psiquiatría del siglo XIX, ésta tenía el significado genérico de una *"tendencia orientada hacia un sector determinado"* (Porot, 1977. Cfr. Rodríguez-Martos, 1989). Por esta razón, en las primeras clasificaciones psiquiátricas, Esquirol (1845) ubica la *"embriaguez"* dentro de las denominadas *"monomanías"*.

El sueco Magnus Huss acuña el término *"alcoholismo"* en 1849 en el contexto del estudio de una epidemia de consumo de alcohol que tiene lugar en este país. Este autor observó una relación significativa entre el uso excesivo de aguardiente y determinadas enfermedades médicas. Sin embargo, esta primera concepción de *"alcoholismo"* no trata de definir la naturaleza de la relación del sujeto con el alcohol, sino que describe las consecuencias somáticas de su consumo excesivo.

A finales del siglo XIX surge en Francia una diferenciación conceptual sobre distintos modos de beber, que podemos interpretar como los antecedentes de una *"tipología alcohólica"* (Babor, 1992). Así, se distinguía el *"beveur d'habitude"* (que traduciríamos

## 19 ADAPTACIÓN SDSS

como "*bebedor habitual*"), el "*absinthisme*" (entendido como el hábito a determinados licores y/o a las consecuencias de su consumo) y el "*beveur d'entraînement*" (sería un tipo de bebedor excesivo cuyo determinante básico es de naturaleza social).

El concepto de alcoholismo como trastorno o enfermedad surge progresivamente durante la segunda mitad del XIX y se consolida a comienzos del actual, sobre todo de la mano de Kerr (1888) y Crothers (1902). Aquí, la entidad "*alcoholismo*" viene definida por un conjunto de "síntomas", alguno de los cuales coinciden con los que hoy conforman el constructo de dependencia al alcohol. Aunque las consecuencias médicas del consumo siguen participando en cierta medida de esta concepción, tienen un menor peso específico. Estos autores proponen como posibles factores "*etiológicos*" a elementos de aprendizaje, una vulnerabilidad neurobiológica, un trastorno neurológico primario subyacente y se empieza a hablar de una tendencia hereditaria. Es en este momento cuando, por primera vez aparece la idea de un trastorno genérico fruto de la extrapolación del concepto de "*embriaguez*" al consumo excesivo de otras sustancias. Así, aparecen los términos de "*morfínismo*", "*narcomanía*", "*hábito mórfico*" e "*intoxicación aguda y crónica por opio*".

La concepción del alcoholismo como enfermedad condujo a un intento de respuesta institucional, surgiendo así los primeros "*asilos para alcohólicos*". En 1870 se fundó la "*Asociación Americana para la Curación de la Embriaguez*" (Crothers, 1893. Cfr. Edwards, 1992). Sólo la citación de los tres primeros puntos de su "*decálogo*" deja lugar para pocos comentarios: "(1) *La embriaguez es una enfermedad. (2) Como otras enfermedades, es curable. (3) La tendencia constitucional hacia esta enfermedad puede ser congénita o adquirida, pero viene frecuentemente inducida por el consumo habitual de alcohol o de otras sustancias narcóticas*".

En Alemania, Emil Kraepelin sienta las bases para las modernas clasificaciones psiquiátricas con la publicación de su *Tratado de Psiquiatría* (Kraepelin, 1909). Incluye las "psicosis tóxicas" dentro de las 13 categorías nosológicas principales, aunque pone el énfasis más en los trastornos orgánicos asociados al consumo crónico de alcohol que en sus manifestaciones conductuales y mentales. El primer tercio del siglo XX se caracterizó por un enlentecimiento en el debate científico y la investigación sobre la adicción a sustancias. Así, aunque en 1928 tuvo lugar en la Academia de Medicina de Nueva York el primer *National Conference on Nomenclature of Disease*, creando la primera edición de la *Standard Classified Nomenclature of Disease*, estas clasificaciones no incluyeron en su nomenclatura trastornos como la ansiedad, la depresión o el abuso de sustancias (Nathan et al., 2016).

## **1.2. Diseño y publicación de la primera edición del DSM.**

El DSM-I fue uno de los primeros intentos de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1952) de estandarizar un conjunto de criterios diagnósticos para los principales trastornos psiquiátricos. Impulsado por autores como Manninger y Meyer, este último aportando conceptos psicobiológicos, en su desarrollo prevaleció la orientación psicodinámica, lo que condicionó los esquemas clasificatorios (Del Barrio, 2009; Nathan et al., 2016). En esta edición, la adicción no tiene una categoría diagnóstica propia sino que es considerada como un conjunto de síntomas ligado a otros trastornos mentales o como un factor de riesgo para el desarrollo de éstos (Verhuel, 2001).

El DSM-I describe 106 trastornos psiquiátricos descritos de forma breve y poco detallada, divididos en 11 categorías (APA, 1952). Los cuadros de intoxicación por alcohol y otras sustancias fueron incluidos dentro de los llamados síndromes cerebrales agudos y crónicos. Por otro lado, dentro de los trastornos de personalidad se incluyeron otros síntomas

## 21 ADAPTACIÓN SDSS

relacionados con la ingesta de alcohol u otras sustancias. El “*Sociopathic Personality Disturbance*” se encuentra en una de las cuatro categorías de trastornos de la personalidad, incluyendo el criterio de adicción (alcoholismo, adicción a otras sustancias) dentro de las 4 condiciones que definen el trastorno. El concepto de alcoholismo fue descrito como “*casos en los cuales queda patente una adicción al alcohol sin que exista un trastorno subyacente reconocible*” (APA, 1952, pp. 38-39) y la adicción a la sustancia queda definida como “*sintomatología usual de un trastorno de personalidad, y será clasificado aquí mientras el sujeto presente una adicción en el momento actual*” (APA, 1952, p. 39).

Algunos autores criticaron la brevedad con la que se describieron los trastornos dentro de esta primera edición, debido a que determinaba una escasa replicabilidad de los diagnósticos (Del Barrio, 2009).

### **1.3. Publicación del DSM-II: evolución de la nosología.**

Dieciséis años después de la aparición del DSM-I, se publicó la segunda edición (APA, 1968). El DSM-II propuso un total de 182 trastornos y contó con una mayor influencia de los psiquiatras de orientación kraepeliniana que se tradujo en una mayor atención a las causas orgánicas de los trastornos.

Con respecto al trastorno por consumo de sustancias, los conceptos de alcoholismo y dependencia de otras sustancias fueron incluidos en la categoría cinco de “*Trastornos de personalidad y no trastorno psicótico*” (APA, 1968). Dentro de la categoría de “*alcoholismo*” se incluyó a los episodios de consumo excesivo de alcohol, los episodios habituales de consumo de alcohol, la adicción al alcohol, y otros. La descripción del alcohol especifica la aparición de síntomas de abstinencia y la falta de capacidad del sujeto para no

consumir durante un día (APA, 1968). El sujeto debía realizar un consumo alto de forma continuada durante tres meses o más, para cumplir el criterio que afirmaría que se ha establecido la adicción al alcohol.

Por otro lado, la dependencia de otras sustancias se describió como la adicción de un sujeto a una sustancia distinta del alcohol, tabaco o cafeína y requería evidencias de un uso habitual o signos claros de necesitar y buscar la sustancia. El DSM-II no incluyó categorías para el síndrome de abstinencia a marihuana y cocaína (APA, 1968).

Aunque esta edición presentó un número mayor de categorías diagnósticas, siguió describiendo los diagnósticos con criterios escasos y poco operativos, lo que condicionó la fiabilidad inter-evaluadores. No obstante, durante los años entre la primera y la segunda edición y, posteriormente a las dos ediciones, se realizaron nuevas aportaciones conceptuales por parte de diferentes autores que influyeron decisivamente en la construcción de criterios específicos para los trastornos adictivos en las posteriores ediciones del manual.

#### **1.4. Teorías influyentes en el DSM-III (DSM-III-R).**

##### ***1.4.1. Teoría de Jellinek.***

En torno al Centro de Estudios sobre Alcohol de Yale, en Estados Unidos, tiene lugar un relanzamiento de las ideas sobre la "adicción al alcohol" de la mano de Jellinek. Tras sus primeros trabajos (Bowman y Jellinek, 1941), publica "*Phases of alcohol addiction*" (Jellinek, 1952) y su ya clásico "*The Disease Concept of Alcoholism*" (Jellinek, 1960). Este autor propone un concepto de adicción que tiene como antecedente y fundamento a las ideas de Kerr (1988) y Crothers (1902). Entiende que el alcoholismo es una entidad clínica propia distinta de las consecuencias orgánicas del consumo de alcohol y que sitúa en la órbita de las

## 23 ADAPTACIÓN SDSS

enfermedades mentales. Define la adicción al alcohol como aquel patrón de consumo que viene definido por tolerancia, síndrome de abstinencia, pérdida del control, incapacidad de abstenerse, así como por las consecuencias psicosociales de la conducta de beber. Se supone la existencia de una cierta vulnerabilidad alcohólica de tipo idiosincrático.

Este autor considera que existen un conjunto de variables que afectan al desarrollo del alcoholismo: vulnerabilidad psicológica, vulnerabilidad física, elementos socioculturales y elementos económicos. Entiende por “*vulnerabilidad psicológica*” a los problemas psicológicos que llevan a convertir el consumo en una dependencia psicológica. No considera imprescindible la dependencia física de la sustancia para el desarrollo del alcoholismo. Los “factores socioculturales” son entendidos como la presión social que recibe el sujeto por parte de su contexto para consumir en determinadas circunstancias (Jellinek, 1960). En esta variable, se diferencian las características en función del país de consumo del sujeto y en la concepción que tiene dicho país o cultura sobre el alcohol y el consumo del mismo. En relación a los factores económicos, Jellinek destaca el precio del alcohol en el lugar de consumo y la posibilidad de consumo por parte del sujeto.

Estos factores participarían en la etiología de alcoholismo. A medida que el sujeto consume alcohol, van apareciendo una serie de síntomas que señalan el establecimiento del alcoholismo en el sujeto: adquisición de tolerancia al alcohol, hábitos nutricionales y físicos y progreso natural del alcoholismo. La tolerancia quedaría definida como una adaptación del organismo a la ingesta de alcohol y las cantidades de consumo. Jellinek distingue entre tolerancia y dependencia como dos entidades diferentes, aunque el sujeto puede ir desarrollando una dependencia a la vez que se desarrolla la tolerancia, e incluso la tolerancia puede ser una causa del desarrollo de la dependencia.

Con respecto a las principales características adictivas, Jellinek atribuye el término adicción a la aparición de una serie de síntomas que surgen en el comportamiento del sujeto y le llevan al consumo de la sustancia: la tolerancia, la abstinencia, pérdida de control, deseo y consumo. En función de las características de estos síntomas se pueden establecer distintos niveles de gravedad en la dependencia de los sujetos. El último concepto sería el progreso natural del alcoholismo que se refiere al proceso que va teniendo lugar durante el desarrollo del alcoholismo y que es diferente en cada sujeto. Se entiende que la enfermedad de alcoholismo es progresiva, no se establece ante el primer consumo o ante un número concreto de consumo de alcohol, sino que se desarrolla y evoluciona en el sujeto en función del consumo que vaya realizando.

Jellinek fue uno de los primeros investigadores en definir los conceptos de "*pérdida de control*" y de "*incapacidad de abstenerse*" (Jellinek, 1960). Entiende por "*pérdida de control*" a la situación que tiene lugar en un episodio de bebida en el que el alcohólico no es capaz de parar de beber o bebe más de lo que pretendía, una vez que prueba la primera copa. Cuando un alcohólico tiene fracasos repetidos en su intento de dejar de beber o de reducir el consumo, hablaríamos de "*incapacidad de abstenerse*".

Este autor propone definiciones para distintos tipos de alcoholismo según la naturaleza de la adquisición y según el daño en el sujeto (Tabla 1). El *alcohólico tipo Alpha* presenta una tipología del alcoholismo más "psicológica", con presencia de tolerancia leve, sin síndrome de abstinencia y con aparición de síntomas de dependencia física muy leves. Los hábitos saludables van cambiando a lo largo de los años de buenos a pobres, y puede existir influencia sociocultural y económica en el establecimiento del alcoholismo. En el *alcohólico tipo Beta*, no existiría una naturaleza psicológica, la naturaleza puede ser considerada sociocultural. No existe pérdida de control por parte del sujeto y puede existir

## 25 ADAPTACIÓN SDSS

tolerancia. En cambio, sí existe alta probabilidad de arrestos y problemas con la justicia y de desarrollar la enfermedad de manera crónica. El *alcohólico tipo Gamma* presenta una alta naturaleza psicológica y fisiológica de la adquisición del alcoholismo. Presenta una alta tolerancia y pérdida de control, pero sin síndrome de abstinencia. Dentro de la evolución de la dependencia, primero aparece la psicológica y después la física. El alcoholismo va progresando hasta la posibilidad de aparición de enfermedad crónica. Finalmente, el *alcohólico tipo Delta* indica una alta influencia fisiológica y sociocultural en la adquisición del alcoholismo. Además, presenta una alta tolerancia, síndrome de abstinencia y pérdida de control en la mayoría de situaciones. Presenta dependencia física, con la aparición de síntomas de dependencia psicológica en determinadas situaciones. Los hábitos saludables son pálidos y se van tornando hacia inadecuados.

Tabla 1  
*Tipos de alcoholismo basados en la teoría de Jellinek*

Tipo de alcoholismo	Etiología			
	Vulnerabilidad Psicológica	Vulnerabilidad fisiológica	Elementos socioculturales	Elementos económicos
Alpha	3-4 +	0-1 +	1-3 +	0-3 +
Beta	+	0-1 +	3 + (ingesta cultural grave los fines de semana)	0-3 +
Gamma	3-4 +	3-4 +	1-3 +	0-3 +
Delta	+	3-4 +	3-4 +	2-4 +

### ***1.4.2. El Concepto Sindrómico de Dependencia.***

Griffith Edwards y Milton Gross publicaron una descripción de lo que denominaron Síndrome de Dependencia del Alcohol (Edwards y Gross, 1976). Este trabajo supuso un punto de inflexión y un avance claro en el desarrollo de los sistemas de clasificación

diagnóstica en adicciones. Se trata de la descripción empírica de un conjunto de síntomas observables de forma consistente y que conforman una estructura sindrómica. El cuadro completo originalmente propuesto por estos autores, viene definido por: compulsión subjetiva hacia la bebida, limitación o estrechamiento del repertorio de bebidas, prioridad dada a las actividades relacionadas con el consumo de alcohol, incremento de la tolerancia al alcohol, síntomas de abstinencia, consumo de alcohol para aliviar la abstinencia y rápida reinstauración del síndrome después de un período de abstinencia a la bebida.

Los postulados básicos del "*Síndrome de Dependencia del Alcohol*" son los siguientes (Edwards y Gross, 1976; Edwards et al., 1977; Edwards, 1986; Babor et al., 1987):

*1°. El síndrome viene definido por un conglomerado de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que están relacionados entre sí, constituyendo un proceso psicobiológico común.*

*2°. Estos elementos se manifiestan a lo largo de un continuum de gravedad.*

*3°. Se verifica una independencia conceptual y estadística entre el síndrome de dependencia y los problemas relacionados con el alcohol.*

*4°. Los elementos del síndrome pueden tener una expresión y configuración diferentes debido a las influencias patoplásticas de la personalidad y de la cultura.*

#### ***1.4.3. El concepto bi-axial de la adicción.***

Poco después de que Edwards y Gross publicaran su trabajo, la OMS organiza una reunión con el propósito de discutir las implicaciones de su propuesta sobre los sistemas de clasificación. Una de las conclusiones más relevantes de este foro (Edwards et al., 1977), fue la propuesta del denominado "concepto bi-axial". Según éste, la adicción vendría definida por

## 27 ADAPTACIÓN SDSS

dos ejes; uno de ellos estaría constituido por la dependencia propiamente dicha y el otro por los "problemas" ocasionados por aquella.

El consumo de drogas está asociado con una amplia variedad de "problemas" que pueden resultar tanto del efecto directo de la intoxicación como de su consumo crónico y abarcan todo un conjunto diverso de consecuencias médicas, psiquiátricas, psicológicas y sociales.

A pesar de que el concepto bi-axial unifica ambos elementos en un mismo trastorno formando un conjunto indivisible, se conciben como estadísticamente independientes. Este aspecto refleja la aparición de problemas en ausencia o presencia de dependencia, y viceversa. Las consecuencias del trastorno son independientes, aunque correlacionan las unas con las otras (Hasin et al., 2006a). La figura 1 muestra la relación entre ambas variables.

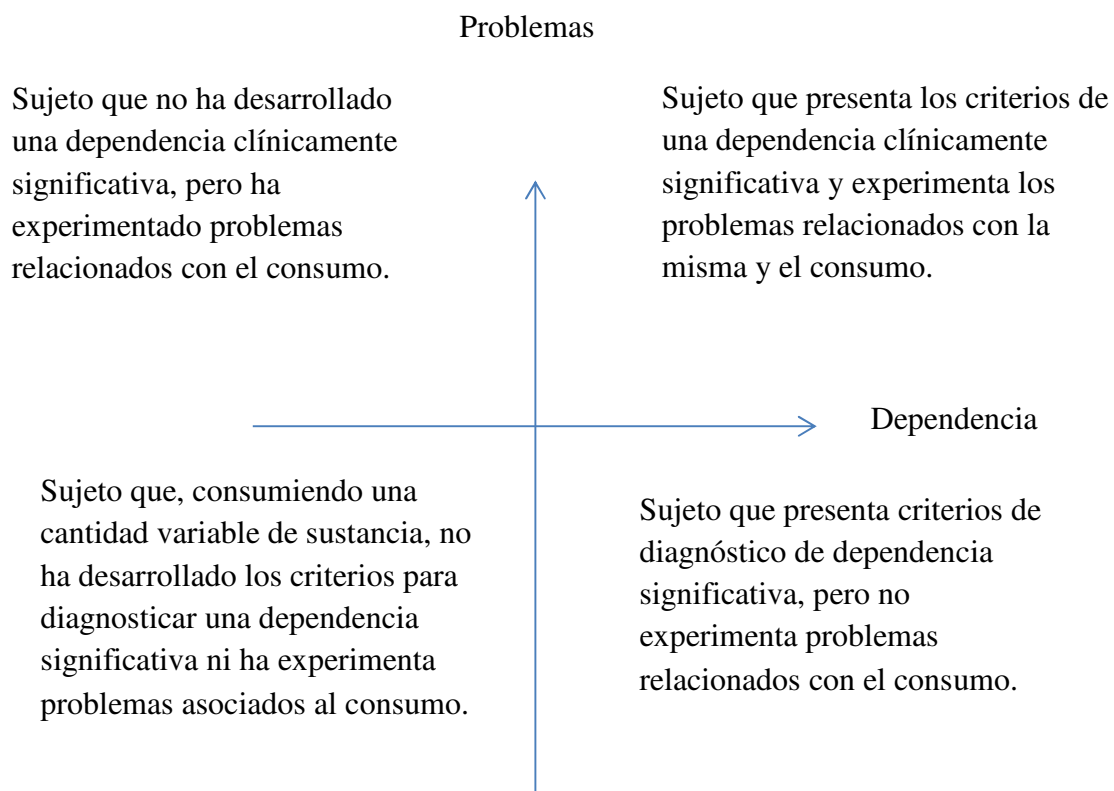


Figura 1: Concepto bi-axial: relación entre las dimensiones (González-Saiz, 2003)

### **1.5. Nueva perspectiva teórica en la nomenclatura: DSM-III y DSM-III-R.**

En 1973, Robert Spitzer, de la Universidad de California, recibe por parte de la APA el encargo de dirigir el grupo de trabajo para desarrollo del DSM-III, tras arreciar las críticas a la falta de replicabilidad de los criterios del DSM-I y del DSM-II que ponía en cuestión la solvencia clínica y científica de la APA. En ese momento, solo algunas instituciones habían resistido la invasión psicoanalítica y entre ellas destacaba un grupo de psiquiatras de la Universidad de Washington, los profesores Robins, Guze y Winokur. Estos autores sostenían que los diagnósticos no debían elaborarse a partir de inferencias especulativas sino que debían basarse en datos obtenidos en estudios empíricos. Uno de sus colaboradores, Feighner, acabó publicando en 1972 un artículo denominado “Diagnostic criteria for use in psychiatric research” en la revista *Archives in General Psychiatry*, en el que proponía que los sistemas de clasificación debían emplear este enfoque basado en datos. Para el desarrollo del DSM-III, Robert Spitzer partió del enfoque Feighner.

Esta tercera edición incluyó 265 diagnósticos, un tamaño bastante superior a los 106 de la primera edición y a los 182 de la segunda. Los diagnósticos se acompañaban de material adicional que añadían información para la evaluación y el diagnóstico diferencial, incluido el trastorno por consumo de sustancias (APA, 1980). Este manual rompió con la descripción breve por parte de las anteriores ediciones, lo que facilitaba al clínico la utilización del manual y la mejora en el juicio clínico.

A diferencia de las ediciones anteriores, en el DSM-III la adicción a sustancias es conceptualizada como una entidad nosológica propia. Así, los diagnósticos de “dependencia” y “abuso” quedan incluidos bajo el epígrafe de “trastorno por consumo de sustancia”. El DSM-III describe el trastorno como cambios que se producen en el comportamiento asociado a la ingesta más o menos frecuente de sustancias que tienen un efecto sobre el sistema

## 29 ADAPTACIÓN SDSS

nervioso (APA, 1980). El “abuso” de sustancias queda definido en base a tres criterios: patrón patológico de consumo de la sustancia, deterioro del funcionamiento social o laboral ocasionado por el patrón patológico del consumo, y duración del consumo de al menos un mes, de cara a diferenciarlo del consumo no patológico de la sustancia. La “dependencia” de sustancias se consideraba una entidad de mayor gravedad que el “abuso” dentro del DSM-III y requiere uno o más síntomas de dependencia fisiológica, ya sea tolerancia o abstinencia para las sustancias que estaban asociadas a la dependencia (nicotina, barbitúricos, opiáceos, anfetaminas), excepto alcohol y cannabis que, además de los criterios de dependencia fisiológica, requieren de un patrón de consumo patológico o deterioro social derivado del consumo (APA, 1980).

Posterior a la publicación del DSM-III, Rounsaville, Spitzer y Williams (1986) propusieron el Síndrome de Dependencia del Alcohol de Edward y Gross como un referente teórico de la adicción, de modo que esta concepción sindrómica fue tomada en cuenta y sirvió de base para la modificación del DSM-III. Su influencia se aprecia en la definición del DSM-III-R de “dependencia” como un conjunto de síntomas físicos, comportamentales y cognitivos en los que el consumo de la sustancia adquiere una mayor prioridad en el comportamiento del sujeto. Con ello, el DSM-III-R optó por incluir tanto síntomas físicos como comportamentales en los criterios de dependencia, al contrario que el DSM-III que sólo incluía los síntomas físicos, excepto en alcohol y cannabis. El criterio de “abuso” incluido en el DSM-III-R quedó como una subcategoría para consumidores que no cumplían los criterios de “dependencia” pero que presentaban problemas relacionados con el consumo (Kleber, 1990; Nathan et al., 2016).

### 1.6. Afianzando los criterios: DSM-IV y DSM-IV-TR.

La elaboración del DSM-IV fue dirigida por Allen Frances. Los trastornos relacionados con sustancias de esta edición mantuvieron el mismo referente sindrómico que la edición precedente (APA, 1994). Se propusieron criterios para 11 tipos diferentes de sustancias: alcohol, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, penicilina, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. La sección de trastornos relacionados con el consumo incluía dos grandes grupos: los “Trastornos por consumo de sustancias”, que incluía las categoría de “abuso” y “dependencia” y los “Trastornos inducidos por sustancias”, que incluía la “intoxicación”, el “síndrome de abstinencia”, el “delirium inducido por sustancias”, la “demencia persistente inducida”, el “trastorno amnésico inducido”, la “psicosis inducida”, la “ansiedad inducida”, la “disfunción sexual inducida” y los “Trastornos del sueño inducidos” (APA, 1994).

El DSM-IV presentaba siete criterios diagnósticos frente a los nueve que presentaba el DSM-III-R, al sintetizar información en algunos criterios. Así, los criterios 3 (“dedica mucho tiempo al consumo”) y 4 (“interferencia con las obligaciones y/o conducta peligrosa”), quedan bajo el criterio 5 (“mucho tiempo en la obtención, consumo y en la recuperación de los efectos...”) y los criterios 8 (“síntomas de abstinencia”) y 9 (“consumo para aliviar los síntomas de abstinencia”) del DSM-III-R quedan bajo el criterio 2 (“síndrome de abstinencia característico o alivio del síndrome de abstinencia”) en el DSM-IV (Tabla 2).

Tabla 2  
*Criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-IV-TR*

<b>Trastorno por consumo de sustancias</b>	
Dependencia de sustancias	
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:	
1	Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

## 31 ADAPTACIÓN SDSS

- a Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2 Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - a El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
  - b Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3 La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4 Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5 Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6 Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7 Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

---

### Abuso de sustancias

---

- A Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- 1 Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
  - 2 Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
  - 3 Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
  - 4 Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales continuos o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- B Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.
- 

La dependencia queda definida en el DSM-IV como la agrupación de tres o más de una serie de síntomas que se dan en algún momento durante los últimos 12 meses (APA, 1994). El DSM-IV se aleja de la concepción de las ediciones anteriores ya que ni la tolerancia ni la abstinencia son necesarias o suficientes para el diagnóstico de la dependencia (APA, 1994).

El DSM-IV presenta un modelo mixto de la evaluación del síndrome de dependencia en el sentido de seguir un modelo categorial (observar o no los criterios mínimos necesarios) y un modelo dimensional (dependencia leve, moderada o grave).

En relación a las propiedades psicométricas, el DSM-IV muestra buenas estimaciones de fiabilidad test-retest para el diagnóstico de dependencia. En cambio, cuando se combina dependencia y abuso, la fiabilidad baja, aunque la fiabilidad del abuso mejora cuando es evaluado como una categoría independiente a la dependencia (Hasin et al., 2006b). Las evidencias de validez para el DSM-IV son altas para el criterio de dependencia, obteniendo valores *kappa* aceptables para sustancias como alcohol y cocaína (Hasin et al., 2006b). En cambio, las evidencias de validez, en cuanto al abuso, reflejan pobres resultados, obteniendo índices *kappa* entre 0,00-0,20 (Hasin et al., 2006b). El problema podría presentarse en la concepción del abuso asociado a la dependencia, puesto que parecen aumentar las evidencias cuando ambas escalas se miden de forma independiente (Hasin et al., 2006b).

La investigación realizada por Hasin et al. (2006a) muestra un comportamiento de la dependencia de alcohol desde un modelo dimensional, aspecto que refleja la necesidad del enfoque dimensional mostrado por el DSM-IV. Feingold y Rounsaville (1995) obtienen resultados similares al buscar evidencias de validez que den soporte al enfoque bi-axial, obteniendo un mejor ajuste del modelo de 2 factores independientes entre dependencia y problemas asociados al consumo.

En conclusión, la cuarta edición del DSM aporta una optimización de los criterios de la edición anterior de cara al diagnóstico, unificando o eliminando algunos criterios que no tenían un buen ajuste dentro del trastorno. Además, es el primer manual que empieza a hablar de la “gravedad” del trastorno, pudiendo determinar el diagnóstico del paciente dentro de un rango.

### **1.7. Cambio en la perspectiva diagnóstica: DSM-5.**

El DSM-5 mantiene el número de diagnósticos incluidos en el DSM-IV (Nathan et al., 2016). Uno de los aspectos que aparecen en el DSM-5, a diferencia de su predecesor, es la ausencia del sistema multiaxial, quedando los diagnósticos bajo un mismo marco (APA, 2013). Con respecto a los trastornos relacionados con sustancias, el DSM-5 agrupa bajo la denominación de “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” a los trastornos relacionados con consumo y la adicción de sustancias. Esta quinta edición divide a los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias. La intoxicación, la abstinencia y otros trastornos inducidos entran dentro de la categoría de trastornos inducidos por sustancias.

El DSM-5 presenta criterios diagnósticos para 10 sustancias diferentes: alcohol, caféina, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (anfetaminas, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias, además del añadido de juego patológico (APA, 2013). La inclusión del juego patológico se debe a la alta investigación que apoya un desarrollo similar de la patología a las otras sustancias en el establecimiento de la dependencia y el abuso (Sellman et al., 2014).

Pero lo que sin duda representa un cambio sustancial en el DSM-5 respecto de su precedente es la “fusión” de los anteriores criterios de abuso y dependencia en uno solo, en base a las evidencias psicométricas aportadas por análisis desde la Teoría de la Respuesta al Ítem. Fruto de ello es también la supresión del criterio de problemas legales relacionados con el consumo que formaba parte de los criterios de abuso en el DSM-IV y la inclusión del criterio de deseo intenso o *craving* (APA, 2013) (Tabla 3).

Tabla 3  
*Criterios diagnósticos DSM-5*

<b>Trastorno por consumo de sustancias</b>	
A	Patrón problemático de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1	Se consume sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2	Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3	Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4	Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5	Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6	Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7	El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8	Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9	Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10	Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
a	Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
b	Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
11	Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
a	Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.
b	Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

La unión de la dependencia y abuso en una única dimensión viene apoyada por distintos estudios que reflejan en sus resultados una mejor adaptación del trastorno por consumo de sustancia a una única dimensión (Becoña, Rodríguez y Salazar, 1994). Helzer et al. (2007) reflejan los resultados obtenidos por Hall et al. (2003), Hasin, Muthuen, Wisnicki y Grant (1994) y Proudford et al. (2006) que apoyan una única dimensión con 11 criterios diagnósticos eliminando el criterio de “problemas legales relacionados con el consumo” para la sustancia de alcohol. Los estudios de Saha et al. (2006) y Martin et al. (2006) también

## 35 ADAPTACIÓN SDSS

apoyaban la unidimensional dentro del trastorno por consumo de sustancias para la sustancia de alcohol a través de los resultados obtenidos en el estudio. Helzer et al. (2007) muestran en su estudio una revisión de artículos que presentan evidencias en favor de la unidimensionalidad con respecto a cada sustancia, aunque otros estudios como los realizados por Muthen (1993, 1995, 1996), Nelson et al. (1999) y Hardford y Muthen (2001), reflejan un mejor ajuste para un modelo de dos factores. Una excepción sería la de los criterios referidos a la nicotina, que no se ajustaría al modelo unidimensional de 11 criterios planteado en otras investigaciones.

El umbral de criterios mínimos para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se establece en dos o más criterios en el DSM-5, modificando la necesidad de 1 o más criterios para el abuso y 3 o más criterios para la dependencia en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA, 2013).

La gravedad es medida en el DSM-5 en base al número de criterios que presenta el sujeto. Así, se considera como “*leve*” la presencia de 2-3 síntomas, “*moderado*” la presencia de 4-5 síntomas, y “*grave*” la presencia de más de 5 síntomas (APA, 2013). La variación de la gravedad va en función de la reducción y el aumento de la frecuencia de consumo y/o de la dosis, según lo que refiera el usuario, sus personas allegadas o el juicio del clínico (APA, 2013). Esta descripción de la gravedad otorgando una especificación de los síntomas necesarios para cada rango, unido a la unión de ambos ejes en una misma dimensión, otorga al clínico mayor sensibilidad diagnóstica con respecto a cada paciente.

El criterio del tiempo de medición de los síntomas se mantiene en 12 meses como en el DSM-IV y DSM-IV-TR. Por otra parte, el término “adicción” se elimina del DSM-5 para evitar confusiones y connotaciones negativas.

A partir de la publicación de la quinta edición, las investigaciones actuales siguen una línea de estudio interesada en obtener una estimación de la fiabilidad y evidencias de validez que den soporte a la nueva clasificación planteada por el DSM-5. Lundin et al. (2015) realizaron un estudio sobre población general comparando la prevalencia diagnóstica entre DSM-III-R, DSM-IV y DSM-5. Los resultados obtenidos aportaban una K de Cohen de 0,85 entre DSM-5 y DSM-III-R y 0,84 entre DSM-5 y DSM-IV. Dentro de la muestra, 120 sujetos presentaron al menos 2 síntomas de dependencia pero no recibieron diagnóstico dentro del DSM-IV (son los denominados “*huérfanos de diagnóstico*”), pero casi el 30% de esos sujetos recibieron diagnóstico por parte del DSM-5 (Lundin et al., 2015), lo que podría mejorar la asistencia sanitaria en esta población debido a la mayor sensibilidad en el diagnóstico aportado por la dimensión. Bartoli et al. (2015) realizaron una revisión entre el 2010 y 2014 sobre los estudios que han utilizado ambos manuales (DSM-IV y DSM-5) para realizar una comparativa entre los resultados de ambos. Los resultados mostrados por Bartoli et al. (2015) reflejaron un índice de concordancia entre diagnósticos DSM-IV y DSM-5 en estudios sobre población clínica (*kappa* entre 0,79 y 0,90) y una concordancia menor en población no clínica (*kappa* entre 0,60 y 0,83). Dentro de los estudios sobre población no clínica, el DSM-5 otorga más diagnósticos nuevos en comparativa con el DSM-IV según la revisión del estudio, lo que aumenta la prevalencia del diagnóstico (Lundin et al., 2015). Compton et al. (2013) obtienen una mayor sensibilidad en el diagnóstico de alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos en DSM-5, comparado con DSM-IV, en trastornos por consumo de sustancias. Los resultados son más concordantes entre ambos manuales cuando se presentan más síntomas, es decir, cuando se encuentran entre los rangos de moderado y grave de DSM-5, lo que otorga una mayor sensibilidad diagnóstica y discriminante al DSM-5, sobre todo para el cannabis (Compton et al., 2013).

Hasta la fecha, existen un gran número de estudios que aportan evidencias sobre una mayor sensibilidad diagnóstica en el trastorno relacionado con sustancias debido al ajuste en una única dimensión de los criterios y al establecimiento de los rangos de severidad en el DSM-5, en comparación con las ediciones anteriores.

### **1.8. Evolución de los criterios diagnósticos de los trastornos relacionados con sustancias en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).**

La CIE publica su primera edición en el año 1900 promocionado por la OMS. La influencia de las ideas de Kraepelin se ve reflejada en la importancia de las causas orgánicas en los conceptos de enfermedades. Las cinco primeras ediciones de la CIE sólo incluían enfermedades mentales con causa orgánica. Es con la sexta edición de la CIE, en 1948, cuando se publicó la primera inclusión de enfermedades propiamente mentales sin la necesidad de una base orgánica (Del Barrio, 1990).

La Segunda Guerra Mundial provocó la necesidad de un mayor estudio sobre los trastornos mentales de cara a la realización de un diagnóstico más fiable, válido y útil (igual que ocurrió con la elaboración del DSM-II) lo que influye en la realización del siguiente manual de la CIE: CIE-9. La elaboración de la CIE-9 fue coordinada con la colaboración del equipo que participó en el DSM-II y se publicó más tarde (OMS, 1978). En la CIE-9-MC, la OMS definió el alcoholismo como el vector final de un conjunto de factores fisiológicos, psicológicos y genéticos y se caracterizaba por una dependencia emocional y, algunas veces, dependencia orgánica (OMS, 1978). El abuso de alcohol tenía criterios diferentes a los de dependencia. El requisito básico para el abuso de alcohol requería que no se cumpliera el criterio de dependencia y se consideraba cualquier consumo desde la ingesta excesiva hasta la intoxicación (OMS, 1978).

La siguiente edición (CIE-10), se publicó en 1994 e incluye el concepto sindrómico de dependencia de Edwards y Gross (1976) para la definición de los “Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas” (OMS, 1994). Las categorías incluidas son: intoxicación aguda, intoxicación patológica y consumo perjudicial. El consumo perjudicial queda definido como el consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud, ya sea físico o mental. La categoría de “abuso” de las últimas ediciones del DSM, pasa a denominarse en la CIE-10, “consumo perjudicial” y también sigue una ordenación jerárquica; sólo se puede diagnosticar si no se cumplen los criterios para la categoría de dependencia. No existe un criterio de tiempo para el diagnóstico de consumo perjudicial y no se contemplan los problemas sociales o personales, sólo se conciben los físicos o psicológicos (Hasin et al., 2006b). La intoxicación aguda queda definida como un estado secundario a la ingesta de una sustancia psicoactiva que altera la conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento (OMS, 1994). Esta décima edición de la CIE define el síndrome de dependencia en base a los criterios que aparecen en la tabla 4 (OMS, 1994).

Tabla 4  
*Síndrome de dependencia CIE-10*

---

Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia; posibilidad de síndrome de abstinencia física.

---

A Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses:

---

- 1 Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia.
  - 2 Disminución de la capacidad de controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
-

- 3 Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  - 4 Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
  - 5 Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
  - 6 Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.
- 

El síndrome de abstinencia queda definido en la CIE-10 como un grupo de síntomas, que varían en gravedad y clasificación, que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma (OMS, 1994).

El diagnóstico de dependencia consigue una mayor estimación de la fiabilidad cuando se unen en un único factor con el consumo perjudicial. Sin embargo, el consumo perjudicial alcanza una mayor estimación de la fiabilidad cuando se evalúa de forma independiente a la dependencia y por el contrario, la dependencia muestra peores resultados cuando se mide de forma independiente al consumo perjudicial. Los criterios DSM-IV y CIE-10 presentan alta concordancia en diagnósticos de dependencia pero muy baja concordancia entre abuso y consumo perjudicial (Hasin et al., 2006b).

La comparación entre DSM-5 y CIE-10 en cuanto al diagnóstico, ofrece resultados de alta concordancia entre ambos (Hoffmann y Kopak, 2015). Dentro de los 11 criterios diagnósticos del DSM-5, cinco de ellos coinciden con los criterios diagnósticos de dependencia de la CIE-10: deseo, craving, falta de cumplimiento en las obligaciones, problemas sociales o cese de actividades, y abstinencia (Hofman y Kopak, 2015). Los

resultados comparativos muestran un alto porcentaje de concordancia en los diagnósticos entre el rango “*severo*” del DSM-5 y la CIE-10. En el rango “moderado” del DSM-5, coinciden en diagnóstico de la CIE-10 un 60% de la muestra del estudio de Hoffmann y Kopak (2015). La diferencia se observa en el rango “*leve*” del DSM-5, en el cual sólo son necesarios dos síntomas para el diagnóstico en esta quinta edición, por lo que un tercio de la muestra diagnosticada en el rango “*leve*” se queda sin diagnóstico en la CIE-10, cuyos resultados son parecidos a los obtenidos por otros estudios con el DSM-IV al ser comparado al DSM-5.

Actualmente se está realizando la elaboración de la CIE-11, en la que se prevé algunos cambios como la inclusión del consumo perjudicial, la cual se definirá como un consumo repetitivo que está causando daño en el individuo tanto físico como psicológico y, por otro lado, la dependencia presentaría tres nuevos criterios que se proponen para formar el diagnóstico (Tyburski et al., 2014) (Tabla 5). Por tanto, no seguiría la actual propuesta del DSM-5 de incluir bajo una dimensión, los criterios de “dependencia” y “consumo perjudicial”.

Tabla 5

*Criterios propuestos para la dependencia de la CIE-11 (Tyburski et al., 2014)*

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
A	Dificultades en contralar el consumo de sustancia en términos de comienzo, finalización o niveles de consumo, suele combinarse con un fuerte deseo o sensación compulsiva de consumir la sustancia.
B	Dar mayor prioridad al consumo de sustancia que a otras actividades, obligaciones, relaciones sociales y problemas de salud. El consumo de la sustancia tiene un papel dominante en la vida del sujeto.
C	Presencia de síntomas fisiológicos como tolerancia, síntomas de abstinencia.

## Capítulo 2

### La entrevista diagnóstica Substance Dependence Severity Scale (SDSS)

#### 2.1. Contextualización de los instrumentos de evaluación de la dependencia.

Al igual que ocurre con otros muchos trastornos, en el proceso de tratamiento del abuso y dependencia un primer paso fundamental es el diagnóstico del paciente. Este diagnóstico resulta complejo por la naturaleza y extensión que el propio trastorno adquiere, alcanzando a la dimensión de la salud física, psicológica y social de los pacientes. Generalmente, sólo aquellos consumidores que han perdido el control sobre el consumo y están padeciendo consecuencias en su salud física, en el ámbito laboral, familiar o de relaciones sociales, son quienes deciden acudir a los especialistas en la atención a las drogodependencias. La combinación de estos factores dificulta a los profesionales el establecimiento del diagnóstico, si bien su importancia es fundamental para poder establecer las necesidades terapéuticas de cada paciente (Gernstein y Harwood, 1990). Así pues, establecer un diagnóstico adecuado de una manera válida y fiable constituye una piedra angular para la planificación de la modalidad terapéutica a seguir, y para fijar una línea base sobre la que se establezca la evaluación de la efectividad de las intervenciones iniciadas.

Como se ha visto en el capítulo anterior, tanto el sistema de clasificación DSM como la CIE especifican un conjunto de criterios diagnósticos para el diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias. Estos criterios diagnósticos deben ser complementados con instrumentos de evaluación para estandarizar dicho procedimiento. Para ello, existen numerosos instrumentos de evaluación cuyo objetivo es la evaluación de estos trastornos. No obstante, la revisión de la literatura especializada muestra que es posible diferenciar dos aproximaciones en la evaluación de la dependencia a sustancias. De manera general, se puede establecer una distinción atendiendo a si el instrumento tiene como objetivo evaluar de acuerdo a los sistemas de clasificación nosológica DSM y CIE, o si éstos persiguen evaluar un constructo más próximo a una conceptualización de “gravedad de dependencia”.

De entre los primeros, aquellos que siguen estrictamente los sistemas de clasificación diagnóstica, los trastornos por consumo de sustancias son habitualmente evaluados por escalas específicas dentro de entrevistas diagnósticas que también evalúan otros trastornos. Generalmente, los ítems de estas escalas representan estrictamente los enunciados de los criterios diagnósticos que aparecen en las diferentes clasificaciones. Este es el caso de entrevistas Diagnostic Interview Schedules of DSM-IV (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981), DSM-IV Checklist (Helzer et al., 1985; Helzer et al., 1985), Composite International Diagnosis Interview -CIDI- (Robins et al., 1988), Composite International Diagnosis Interview Second Edition -CIDI-2- (Kessler et al., 1998), Structured Clinical Interview for DSM-IV -SCID- (Albanese, Bartel, Bruno, Morgenbesser y Schatzber, 1994; Spitzer y Williams, 1985) o Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders – PRISM- (Hasin, Trautman, Miele y Endicott, 1996; Hasin et al., 1999). Todas estas entrevistas han aportado evidencias de fiabilidad y validez que avalan su uso, fundamentalmente orientadas a analizar la viabilidad del diagnóstico aportado (p.e. Compton et al., 1996; Cottler, Robins y Helzer, 1989; Horton, Compton y Cottler, 2000; Blouin, Perez

y Blouin, 1987; De Pablo et al., 1992; Goethe y Fisher, 1995; McMillan, Laphan y Baca, 2009; Robins et al., 1981, 1982; Üstün et al., 1997). Sin embargo, en tanto que su finalidad es recoger fielmente el diagnóstico de acuerdo con los sistemas de clasificación diagnóstica, han recibido diferentes críticas que están íntimamente relacionadas con estos procedimientos de clasificación categorial (Helzer, Bucholz y Gossop, 2007; Krueger et al., 2004; Scheier, Ben-Abdallah, Inciardi, Copeland y Cottler, 2008; Sarr, Bucholz y Phelps, 2000).

Frente a estas escalas que evalúan siguiendo un procedimiento de evaluación categorial, existe otro conjunto de escalas que han optado por evaluar un constructo que puede ser etiquetado como “gravedad de la dependencia”. Su definición operativa se fundamenta parcialmente en los criterios diagnósticos del DSM y la CIE principalmente, aunque sin reproducirlos todos fielmente como los anteriores; así, algunas de estas escalas omiten ciertos criterios diagnósticos del DSM o la CIE, otras incorporan ítems no especificados en las clasificaciones diagnósticas, etc. Además, optan por establecer un sistema de evaluación con un formato de respuesta que permite a los evaluados especificar su grado de presencia o intensidad de los síntomas evaluados, y su puntuación final recoge la “gravedad de la dependencia”. El número de escalas que siguen este formato de evaluación es bastante superior al de las anteriores. No obstante, entre las más utilizadas se encuentran la Severity of Dependence Questionnaire (Stockwell, Edwards, Taylor y Rankin, 1979), el 39-Item Alcohol Dependence Data -ADD- (Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983), The Alcohol Use Disorders Identification Test –AUDIT- (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001), o la Severity Dependence Scale -SDS- (Gossop et al., 1995), entre otras. Las propiedades psicométricas de estos instrumentos también han sido ampliamente contrastadas (p.e. Alvarado et al., 2009; Celio et al., 2011; Cuenca-Royo et al., 2012; González-Saiz y Carulla, 1999; Gossop et al., 1995; Gossop, Marsden y Stewart, 2001; Hides et al., 2006; Lawrinson et al., 2007; Martin, Copeland, Gates y Gilmour, 2006; Stockwell, Murphy y

Hadgson, 1983; Santis et al., 2009; Van der Pol et al., 2013) El hecho de que estos instrumentos no sigan estrictamente los criterios diagnósticos ha supuesto que en la práctica son utilizados en gran número de ocasiones como herramientas de cribado.

## **2.2. Substance Dependence Severity Scale (SDSS).**

La SDSS (Miele et al., 2000a; Miele et al., 2000b) es una entrevista clínica semi-estructurada que mide la severidad de la dependencia a diferentes sustancias. Se asemeja a las entrevistas diagnósticas señaladas anteriormente en que, como aquellas, sus ítems están operacionalizados a partir de los criterios diagnósticos especificados en el DSM o la CIE. Y, por otro lado, se trata de un instrumento dimensional, del que se deriva una puntuación que permite establecer un valor de gravedad de la dependencia. Complementariamente, el sistema de puntuaciones también permite establecer la presencia/ ausencia de un determinado trastorno. Así pues, se trata de una entrevista que sigue los criterios diagnósticos de las clasificaciones DSM y CIE, y al mismo tiempo, permite la evaluación de manera dimensional.

Otra de las características diferenciadoras de la SDSS es que establece como periodo de evaluación los últimos 30 días. El hecho de que los autores establecieran este rango temporal, se debe a que otorga una mayor representatividad para mostrar el momento actual en el que se encuentra la persona evaluada con respecto a su dependencia, y permite contrastar de manera más sensible la evolución de los pacientes en relación al trastorno durante su proceso terapéutico, en comparación con otros instrumentos que establecen el periodo temporal en los últimos 12 meses, tal y como sigue las clasificaciones nosológicas (Miele et al., 2000a).

## 45 ADAPTACIÓN SDSS

Las características anteriores hacen de la SDSS una herramienta con elevado valor para su administración en el ámbito clínico, permitiendo no sólo su utilidad como instrumento diagnóstico, sino también para contrastar el impacto que las intervenciones con los pacientes puedan tener.

Con respecto a su organización, la SDSS está dividida en dos secciones: a) una sección de screening que profundiza sobre el patrón de consumo de sustancias durante los 30 días previos; y, b) otra sección que evalúa la gravedad de los trastornos por consumo de sustancias utilizando el mismo periodo temporal, y sus ítems están referidos a los criterios diagnósticos de las clasificaciones DSM y CIE. Las drogas estudiadas en ambas secciones son el alcohol, la cocaína, la heroína, los sedantes, los estimulantes, los analgésicos, la metadona (uso ilícito) y otras drogas no especificadas anteriormente. Conjuntamente, la administración de esta escala lleva un periodo de 30-45 minutos.

En la sección de screening, para cada una de las sustancias se realiza un conjunto de preguntas establecidas mediante una narración no estructurada del consumo de las personas, a través de las cuales se les pregunta por la frecuencia de consumo, la cantidad de consumo habitual y máximo, el tiempo desde el consumo, si ha habido periodos de abstinencia o la vía de información.

En relación a la sección de la escala de gravedad, en su versión inglesa está diseñada para evaluar la gravedad de la dependencia según la CIE-10 y el DSM-IV, abuso según el DSM-IV y consumo perjudicial según CIE-10, para cada una de las drogas especificadas anteriormente. La versión española ha sido diseñada siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV inicialmente. Posteriormente, una vez publicado el DSM-5, se han introducido modificaciones para adaptarla a esta versión, y el estudio de fiabilidad y evidencias de validez se encuentra en una fase preliminar.

En su versión del DSM-IV, la gravedad de la dependencia es medida a través de 11 ítems que operacionalizan los 7 criterios diagnósticos. El abuso está evaluado con cuatro ítems referidos a los cuatro criterios diagnósticos. Cada uno de los ítems es evaluado en términos de la frecuencia de los síntomas y de su gravedad. Para evaluar la frecuencia de los síntomas, cada participante debe indicar en una escala el número de días que tuvo presente los síntomas en el último mes, mediante una tarjeta que se le entrega en el que se establecen las categorías. La gravedad es evaluada a través de un formato de respuesta que presenta una graduación. En los ítems es posible encontrar un formato de respuesta que va desde '0' que indica 'ausente' hasta '5' que indica 'muy grave'. El otro formato de respuesta empleado es entre '0' ausente' y 2 'presente'. En el anexo 1 se puede encontrar la SDSS al completo.

### ***2.2.1. Propiedades psicométricas de la SDSS.***

Como todo instrumento, la SDSS ha realizado los estudios pertinentes de estimación de la fiabilidad y evidencias de validez del mismo. Con respecto a la estimación de la fiabilidad para los criterios DSM-IV, la SDSS muestra unos resultados entre buenos y excelentes para las sustancias de alcohol, cocaína, heroína y sedantes obteniendo ICC entre 0.54 y 0.87 (Miele et al., 2000a). En cambio, obtuvo ICC entre 0.41 y 0.62 para la sustancia de cannabis, reflejando un resultado justo (Miele et al., 2000a). Los resultados de acuerdo entre dos entrevistadores diferentes muestran resultados excelentes al obtener puntuaciones iguales o superiores a un ICC de 0.92 para todas las escalas de la SDSS (Miele et al., 2000a). La consistencia interna de la SDSS oscila en un rango entre justo y excelente al obtener  $\alpha$  entre 0.69 y 0.91, estando la mayoría de sub-escalas en el rango de bueno (Miele et al., 2000a). Los resultados obtenidos para la estimación de la fiabilidad con la K de Cohen muestra un resultado bueno para las sustancias de sedantes, cannabis y heroína con puntuación de 0.60, 0,66 y 0.63, la sustancia de alcohol presenta un resultado excelente con

## 47 ADAPTACIÓN SDSS

una  $k$  de 0.78, y la sustancia de cocaína presenta un resultado justo con una  $k$  de 0.59 (Miele et al., 2000a).

El estudio de la validez de los criterios DSM-IV muestra una correlación con respecto a los rangos de severidad clínica que oscila entre valores de 0.86-0.97 para las escalas de severidad (Miele et al., 2000a), y correlaciones entre -0.34 y -0.57 con la Global Assessment Scale (GAS) (Miele et al., 2000a; 2000b). También se obtienen correlaciones entre 0.33 y 0.82 con el ASI y DRInc/InDUC (Miele et al., 2000b).

Con respecto a los criterios de CIE-10, la estimación de la fiabilidad muestra unos ICC entre 0.69-0.90 para la dependencia y 0.39-0.73 para el consumo perjudicial (Miele et al., 2001). Los resultados de  $\alpha$  de Cronbach oscilan entre 0.81-0.92 para la dependencia y 0.39-0.60 para el consumo perjudicial (Miele et al., 2001). La  $k$  de Cohen muestra resultados entre 0.54-0.78 para la dependencia y 0.43-0.61 para el consumo perjudicial (Miele et al., 2001).

El estudio de la validez con respecto a los criterios CIE-10 muestran correlaciones significativas para todas las sustancias, excepto el cannabis, con respecto a la escala de dependencia y la puntuación en el GAS (entre -0.37 y -0.42) y con respecto al consumo perjudicial y el GAS (entre -0.39 y -0.44) (Miele et al., 2001).

Los resultados psicométricos obtenidos en los diferentes estudios sobre la fiabilidad y la validez de la SDSS muestran un instrumento que puede servir para los fines que fue creado y ser sensible a la medición del paciente. La fiabilidad se muestra entre buena y excelente en función de los estadísticos utilizados en los estudios en casi todas las escalas del cuestionario (Miele et al., 2000a; 2000b; 2001). Las evidencias de validez con respecto a instrumentos de medición muestran correlaciones significativas en casi todas las sub-escalas del instrumento (Miele et al., 2000a; 2000b; 2001).

Teniendo en cuenta las propiedades psicométricas mostradas por la SDSS en los estudios de validación de la misma, y siendo el único instrumento que mide la severidad del trastorno, además del diagnóstico, en función de criterios DSM y CIE, confiere una gran utilidad al mismo para su uso en la práctica clínica (Miele et al., 2000a; 2000b; 2001 ).

## **II. Estudio empírico**



## Capítulo 3

### Objetivos

#### 3.1. Objetivo general y objetivos específicos.

El objetivo general del presente trabajo ha sido adaptar al español la Substance Dependence Severity Scale –SDSS-, y mostrar sus propiedades psicométricas en términos de la estimación de la fiabilidad y evidencias de validez, y contextualizar su administración en el marco de la evaluación de los pacientes. Para ejecutar este objetivo general, se han planteado una serie de objetivos específicos. Cada uno de estos objetivos específicos están presentados como estudios concretos, de tal forma que conjuntamente den respuesta al objetivo general planteado.

#### Primer estudio

Dentro del proceso de adaptación, el primer objetivo de este trabajo es mostrar el proceso de adaptación de la SDSS desde su versión original – diseñado en EEUU- al ámbito nacional.

Para llevar a cabo la adaptación de este instrumento se ha optado por seguir las fases especificadas en la guía elaborada por la International Tests Commission (ITC, 2010). Esta comisión fija una serie de directrices en cuatro grandes áreas donde se pueden producir los errores más frecuentemente: contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación de puntuaciones. En el presente trabajo, se ha realizado un análisis de estas cuatro áreas para

la SDSS, llegándose hasta una versión que es la que ha sido administrada para analizar sus propiedades de fiabilidad y evidencias de validez.

### Segundo estudio

Una vez se dispuso de la versión original, el siguiente objetivo marcado fue estimar la fiabilidad y aportar evidencias de validez de la versión española de la SDSS. Este segundo trabajo corresponde a todo el procedimiento, análisis y discusión relativo a los resultados que se obtuvieron en términos de la fiabilidad y evidencias de validez. Hay que señalar que la fiabilidad ha sido estimada utilizando como marco psicométrico la Teoría Clásica de los Tests. Para aportar evidencias de validez, se han realizado análisis en relación a otras variables que, de acuerdo a la literatura especializada, se encuentran en su red nomotética.

### Tercer estudio

Tal y como ya se ha señalado, la SDSS está prevista utilizarla en el contexto clínico. Es por ello que el siguiente objetivo marcado ha sido analizar el funcionamiento de la SDSS en el marco de la evaluación de pacientes con trastornos por consumo de sustancias y sus resultados terapéuticos. Así pues, una vez estimadas las propiedades psicométricas, a través de este estudio se ha pretendido mostrar el funcionamiento de las puntuaciones del test dentro de un marco teórico de evaluación clínica, al que habitualmente se enfrentan los profesionales clínicos. En este sentido, se ha estudiado el funcionamiento de las puntuaciones de la SDSS en relación a la comorbilidad con trastornos de personalidad y con medidas de resultados terapéuticos.

### Cuarto estudio

Finalmente, se han querido aportar evidencias de validez centrándose específicamente en la sensibilidad y especificidad de la escala de alcohol de la SDSS en relación al sistema de

## 53 ADAPTACIÓN SDSS

clasificación nosológica del DSM-IV. Para abordar este objetivo se ha planteado el último estudio, puesto que es necesario un sistema de puntuaciones de la SDSS convergente con el sistema nosológico del DSM-IV. Es por ello que se ha analizado la sensibilidad y la especificidad de las puntuaciones de la escala de alcohol de la SDSS con las puntuaciones de Dependencia que aporta la M.I.N.I., que evalúa según criterios DSM-IV.



## Capítulo 4

### Estudios empíricos

#### 4.1. Estudio I: Proceso de adaptación de la SDSS

El proceso de adaptación de un test incluye todas las actividades implicadas en la decisión de si un test puede o no medir el mismo constructo en una lengua o cultura diferente. Así pues, hay que reflexionar sobre la existencia del constructo a medir en la otra cultura, seleccionar traductores adecuados, determinar el procedimiento de adaptación y contrastar las propiedades psicométricas de la versión adaptada (Hambleton, 2005).

Para llevar a cabo la adaptación de este instrumento se ha optado por seguir las fases especificadas en la guía elaborada por la International Tests Commission (ITC, 2010). Esta comisión fija una serie de directrices en cuatro grandes áreas donde se pueden producir los errores más frecuentemente: contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación de puntuaciones. A continuación se analizarán cada una de estas áreas para la adaptación de la prueba que nos ocupa.

La adaptación de un instrumento a otras lenguas y culturas requiere de un cuestionamiento inicial de hasta qué punto el constructo a medir es extrapolable a la cultura destinataria de la adaptación (Hambleton, 2001). Esto es, se trata de preguntarse si el constructo existente en la cultura originaria del test puede ser extrapolado a la cultura receptora de la versión adaptada.

En el caso del instrumento que nos ocupa, se trata de cuestionarse si el constructo ‘severidad de la dependencia’ es extrapolable desde el ámbito norteamericano en el que surge el instrumento a nuestro ámbito nacional. En relación a esto, el constructo severidad de la dependencia, tal y como es empleado por las autoras de la SDSS, sienta sus bases en la conceptualización del abuso y la dependencia a sustancias ofrecida por el sistema de clasificación DSM-IV (APA, 1994). Este sistema de clasificación originario de la American Psychiatry Association fue exportado hace más de una década a nuestro entorno cultural, y constituye junto al sistema de clasificación CIE-10 (diseñado por la Organización Mundial de la Salud), los sistemas de clasificación diagnóstica de referencia tanto para psiquiatras como para psicólogos en España.

Su amplia expansión no ha estado exenta de críticas, y se puede hablar de dos tradiciones con respecto a este proceso. Una tradición que se inicia desde una posición de universalismo de los trastornos, y en el caso concreto de los trastornos por consumo de sustancias presume que existe un rasgo subyacente de trastornos por dependencia aplicable al conjunto de personas (Room, 2006). Esta tradición admite problemas en la aplicación de un diagnóstico o instrumentos de medida en culturas particulares, pero la solución a estos problemas la vinculan a la operacionalización de los trastornos, y no es cuestionada la universalidad del concepto subyacente. La segunda tradición es más nominalista y particular, y visualiza el diagnóstico de abuso y dependencia de sustancias influenciado por idiosincrasias culturales que difícilmente deben pasar desapercibidas.

Se han realizado algunos estudios de ámbito internacional para intentar aportar conocimientos sobre esta temática. Uno de los más ambiciosos fue financiado por la Organización Mundial de la Salud y, entre sus objetivos, se encontraba conocer la aplicabilidad de los trastornos por consumo de sustancias en nueve países, entre ellos España

(Room, Janca, Bennett, Schmidt y Sartorius, 1996). El estudio se desarrolló aplicando técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación. Los resultados encontrados pusieron de manifiesto que en un nivel conceptual los términos de abuso y dependencia eran similares en los nueve países estudiados.

Además del hallazgo anterior, esta posición sobre la universalidad del abuso y dependencia a sustancias es compartida por el autor del presente texto. Desde mi óptica, existen síntomas fisiológicos como la tolerancia o la abstinencia que son claros indicadores de los trastornos por consumo de sustancias, y éstos trascienden los aspectos culturales.

A pesar del resultado descrito en el anterior estudio, en éste aparecieron diferencias en la comprensión de los criterios diagnósticos. Éste corresponde a un segundo nivel de análisis en el proceso de adaptación de un instrumento, y está directamente relacionado con la definición operativa del constructo (Tanzer y Sim, 1999). Concretamente, tanto el diagnóstico de abuso como el de dependencia se realizan de acuerdo a la presencia de síntomas o criterios, que constituyen sus indicadores comportamentales y los operativiza. Entre estos se encuentran algunos criterios de tipo fisiológico (abstinencia, tolerancia, el deseo de consumo) que, como ya se ha mencionado, resulta difícilmente cuestionable su universalización. Sin embargo, en los criterios también se incluyen otros más subjetivos de carácter psicológico (p.e. continuar consumo a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos..., se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia..., etc.) y social (reducción o abandono de importantes actividades sociales..., problemas legales..., etc.). Por ejemplo, los “problemas legales” derivados del consumo de sustancias presentan una amplia heterogeneidad entre las legislaciones de los diferentes países. Este puede ser también uno de los motivos por los que en el DSM-5 este criterio diagnóstico ha desaparecido (APA, 2013).

Otro ejemplo se puede encontrar en el criterio de “se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo o en la recuperación de sus efectos” y su aplicación al abuso o dependencia de alcohol, ya que las posibilidades de adquisición de esta sustancia es muy desigual entre países. También su recuperación de los efectos depende en buena medida de la corpulencia física y otros factores mentales (Gureje, Mavreas, Vázquez-Barquero y Janca, 1997).

Así pues, en el caso del constructo que nos ocupa, para poder hacer la adaptación de la versión norteamericana de la SDSS a la cultura española ha sido necesario identificar cómo establecer una adecuada equivalencia de aquellos criterios diagnósticos más subjetivos del constructo ‘severidad de la dependencia’. Inicialmente se contrastó la semejanza entre la versión española y norteamericana del DSM-IV, pues sobre ésta descansa la operacionalización del constructo de la SDSS. Este contraste de ambas versiones mostró que la forma de entender los criterios diagnósticos es igual en ambas culturas. Pero además, tal y como recomiendan algunos autores (Barbero, Vila y Holgado, 2008), para llevarla a cabo se formó un comité integrado por expertos en psiquiatría y psicología, con experiencia tanto en el ámbito investigador como en el clínico. Una vez seleccionados los expertos (dos psiquiatras y dos psicólogos), se contactó a través de email con éstos y se les preguntó sobre la pertinencia de mantener la definición del DSM-IV para tales aspectos subjetivos. Los seis expertos coincidieron en la necesidad de mantener la definición operativa tal y como estaba identificada en el DSM-IV.

Una vez establecida la equivalencia del constructo, se empezó a desarrollar la construcción y adaptación del instrumento. Para ello, se seleccionó un traductor nativo norteamericano residente en España, y un experto en el ámbito de las adicciones y con conocimiento de inglés. La selección de los traductores constituye un aspecto central para la

adaptación de un instrumento (Barbero et al., 2008; Hambleton y Kanjee, 1995; Muñiz y Hambleton, 1996). Es por ello que se optó por seleccionar más de uno y después contrastar sus traducciones. Cada uno de los traductores tradujeron los ítems de la SDSS.

Siguiendo la aproximación propuesta de Jeanrie y Bertrand (1999), una vez que se finalizaron estas traducciones, se entregaron al grupo de expertos para que evaluaran la equivalencia entre los ítems de la versión original y la versión adaptada. La labor de los expertos consistió fundamentalmente en ver si los ítems redactados recogían convenientemente la equivalencia de los criterios fijados. Para la equivalencia conceptual (Matsumoto, 1994), los expertos valoraron el grado en el que el significado de los ítems es similar o distinto entre la versión original y la versión adaptada. Para la equivalencia lingüística, siguiendo las recomendaciones de Jeanrie y Bertrand (1999), se comparó con la versión original del ítem los ítems traducidos, centrándose en: 1) utiliza un lenguaje perfectamente equivalente, en su forma y significado; 2) utiliza un lenguaje equivalente en su significado sólo; 3) utiliza un lenguaje equivalente en su forma sólo; 4) no utiliza un lenguaje equivalente.

A partir de los juicios emitidos por los expertos, se analizó el grado de acuerdo entre las valoraciones. También se tuvo en cuenta la escala de evaluación de abuso y dependencia de sustancias que aparece en la Psychiatric Reasearch Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM; Torrens et al., 2004). Como resultado, de manera global se obtuvo un elevado acuerdo tanto conceptualmente como lingüísticamente. No obstante, se introdujeron algunas modificaciones en los ítems. Desde una perspectiva conceptual, se introdujeron modificaciones que afectaron principalmente a la sección de screening de la SDSS, fundamentalmente al establecimiento de equivalencias entre las formas de consumo y las cantidades que aparecen descritas en los ítems. En los ítems que componen la escala de

severidad, las modificaciones introducidas fueron de carácter lingüísticas, y afectaban fundamentalmente a formas verbales.

Esta versión que surgió tras el consenso de los expertos fue administrada a un grupo de 15 sujetos extraídos de la población objetivo. Un miembro del equipo de investigación mantuvo entrevistas con ellos, valorando: 1) hasta qué punto los ítems eran correctamente comprendidos; y, 2) se les pidió que transcriban el significado de lo que entendían con cada uno de los ítems. El resultado de estas primeras administraciones fue que los participantes comprendían adecuadamente las preguntas.

Finalmente, otra de las áreas donde la ITC pone énfasis es en la administración de los tests. A este respecto, es necesario asegurarse que las condiciones de aplicación no constituyen una fuente de error respecto al test original (Muñiz y Hambleton, 1996). En este sentido, se realizó un manual para la SDSS en el que se explica su procedimiento de administración.

En este manual se ofrece una descripción del instrumento, que es muy similar a la versión original que se ha comentado con anterioridad en esta investigación. La entrevista presenta una primera parte de screening sobre las pautas de comportamiento del paciente con respecto a la sustancia. Hay varios aspectos importantes en esta parte de cara a su administración. Primero, presenta la evaluación de cada sustancia y, para ello, utiliza determinados nombres que presenta cada sustancia en el lenguaje coloquial de la cultura donde se administra, por lo que se han traducido las nomenclaturas. Para facilitar el reconocimiento de sustancias consumidas, se le facilita al paciente una lista de tóxicos, la cual viene anexa en la entrevista, al inicio de la entrevista. Otro aspecto es la vía de administración, preguntando por la manera que el sujeto tiene de consumir. Es importante que el entrevistador sea muy cauto con sus preguntas pues podría propiciar el interés del

## 61 ADAPTACIÓN SDSS

sujeto por una nueva vía de consumo. Otro aspecto a evaluar dentro de esta sección es la cantidad consumida por el paciente. Se diferencia entre dos tipos de cantidades: cantidad media y cantidad máxima en los últimos 30 días. Dentro de las cantidades, se le facilita al sujeto distintas opciones para detallar la cantidad, incluida la del dinero que puede posicionar al paciente y dar una perspectiva al entrevistador sobre las cantidades. En el caso del alcohol, se le facilita una lista con equivalencias sobre las cantidades de alcohol para facilitar al sujeto una respuesta. Tanto para la cantidad media como para la máxima, se evalúa la frecuencia de consumo en los últimos 30 días. De cara a que el paciente otorgue información sobre la frecuencia de consumo, se le facilita distintos rangos de tiempo para que se posicione. Dichos rangos de frecuencia vienen anexados en la entrevista.

La otra parte de la entrevista comprendería la evaluación de los criterios nosológicos de los principales manuales. En esta sección, el entrevistador se encuentra con el recordatorio del período de medición de la entrevista, otra escala que mide la frecuencia del síntoma y una última escala que mide la gravedad del síntoma. La gravedad del síntoma puede venir marcada en dos tipos de puntuación: un tipo de puntuación evalúa entre los valores 0-5 en donde 0 significa ausencia, 1 sub-umbral y, a partir del 2, presencia y mayor gravedad en el síntoma. Otra forma de puntuación implica valores entre 0-2, donde 0 es ausencia del síntoma, 1 sub-umbral y 2 es presencia del síntoma. Se aprecia que, por un lado se mide la presencia o no del síntoma, y por otro su gravedad.

La evaluación de la escala presenta dos tipos de medida: por un lado la presencia del diagnóstico y, por otro lado la medida de la severidad. Con respecto al diagnóstico, el sujeto presenta una puntuación de 1 siempre que haya tenido una puntuación igual o mayor a 2 en la medición. En algunos síntomas que son medidos en base a dos criterios (siguiendo los criterios DSM), sólo bastará para puntuar cuando presente dicha puntuación en alguno de los

criterios y sólo se le dará la puntuación de 1 aunque presente más de un criterio para dicho síntoma. Igual que en el DSM-IV, el sujeto debe presentar un mínimo de 3 síntomas para el diagnóstico de dependencia y un mínimo de un síntoma para el diagnóstico de abuso.

En el caso de la evaluación de la gravedad, cada puntuación directa que reciba el sujeto en las preguntas que miden los criterios se sumarán obteniendo una puntuación global que marcará la gravedad de la dependencia y el abuso en el paciente.

Un aspecto importante del manual son los consejos que se le dan al entrevistador para el correcto uso de la entrevista. El perfil de pacientes en este tipo de trastornos suele llevar asociados problemas cognitivos, conductuales y emocionales, lo que puede dificultar la administración de la entrevista. Para ello, el entrevistador debe observar con detalle al paciente y tener mucha empatía con él. La empatía con el paciente no significa realizar un tratamiento, ya que se está evaluando el trastorno para estructurar el tratamiento. Además, la empatía no implica hacer juicios ante las respuestas de los pacientes, ya que, en muchas ocasiones, buscan la aprobación de la persona que realiza la entrevista. Por ello, es importante que el entrevistador cuide la relación con el paciente, el lenguaje verbal y corporal que emplea en la entrevista, y utilice el mismo lenguaje que el paciente de cara a una motivación hacia la entrevista y un buen ritmo de la misma.

Por último, el manual contiene anexada la entrevista para su utilización. No sólo viene la entrevista en base a criterios DSM-IV, sino que, gracias a la colaboración de los autores originales (Miele et al., 2000a, 2000b), se ha realizado la elaboración de la entrevista en base a criterios DSM-5, añadiendo el criterio de “craving”, prescindiendo de ítems que presentaban un dudoso comportamiento (Hartman et al., 2008; Saha et al., 2006) y unificando abuso y dependencia en un mismo eje al igual que en el DSM-5 (APA, 2013). La evaluación de la entrevista en base al DSM-5 es similar, presentando dos medidas: presencia del

## 63 ADAPTACIÓN SDSS

trastorno y gravedad del trastorno. En este caso, siguiendo el DSM-5, el sujeto debe presentar 2 o más criterios para el diagnóstico, pero se le especifica el rango de gravedad en función del rango que se especifica en esta última versión. Por otro lado, la SDSS muestra una escala de gravedad por medio de la suma de las puntuaciones directas de los síntomas.

Así pues, este manual tiene como propósito reducir el margen de error entre entrevistadores, y resulta obvio que resulta de gran utilidad disponer de este manual traducido. Este manual ha sido realizado teniendo como referencia el aportado por los autores de la versión en inglés, y a partir de la experiencia acumulada durante el proceso de evaluación con la SDSS.



#### **4.2. Estudio II: Reliability and validity evidence of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS) (ver anexo II)**

Este trabajo ha sido publicado en la revista *European Addiction Research* (JCR 2013: 2.33) :

Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Rojas, A.J., Torrico-Linares, E., Fernández-Calderón, F., Ramírez-López, J., Lozano, O.M. (2015). Reliability and validity of the Spanish versión of the Substance Dependence Severity Scale. *European Addiction Research*, 21, 39-46. DOI: 10.1159/000365282

### **1. Introduction**

Development of instruments for the evaluation of disorders by substance use is a basic subject of research in the scope of drug addiction. Since the appearance of the Edwards and Gross bi-axial addiction concept (Edwards & Gross, 1976) and its later inclusion in nosological classification (Rounsaville, Spitzer & Williams, 1986), a wide variety of techniques (self-administered, interviewer administered, clinician administered, computer administered) have been used to assess the problems related to use, patterns of use, and substance use disorders (SUD).

Among the first are classic instruments such as the Addiction Severity Index -ASI- (McLellan et al., 1992), a semi-structured interview designed to address potential problematic areas in substance-abusing patients, and its versions –EuropASI- (Blanken et al., 1994), T-ASI- (Kaminer, Bukstein & Tarter, 1991), the Opiate Treatment Index –OTI- (Darke et al., 1991), and the Maudsley Addiction Profile -MAP- (Marsden et al., 1998) evaluated problems associated with substance use. The Timeline Follow-Back Instrument (TLFB) is a self-report method of quantifying alcohol use patterns (Marsden et al., 1998). The instruments that

evaluate SUD, and more specifically, substance dependence, are differentiated as diagnostic instruments following the DSM or CIE classification systems, and instruments that evaluate the severity of dependence.

Dependence diagnostic instruments strictly adopt the diagnostic classification criteria. They are usually integrated as sections of the SUD evaluation in diagnostic interviews that also evaluate other mental disorders. Examples of this type of diagnostic interview adapted to the DSM-IV or CIE-10 diagnostic criteria are the Structured Clinical Interview for DSM-IV – SCID- (First et al., 1995), Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) (Hasin et al., 1996), Composite International Diagnostic Interview- Second Edition -CIDI-2- (Kessler et al., 1998), Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV - DIS-IV- (Robins et al., 2000) and the Mini International Neuropsychiatric Interview -MINI- (Sheehan et al., 1998).

The instruments that evaluate the severity of dependence are more flexible in their application of the DSM or CIE diagnostic criteria. They generally adopt a polytomous response format that expresses severity in several items. Severity is usually evaluated by a score derived from the sum of the different items that comprise the scales. Nowadays, one of the most commonly used is the Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1995), on which the items evaluate the psychological component of dependence. Other scales employed to evaluate severity of dependence are the Severity of Dependence Questionnaire (Stockwell et al., 1979), Alcohol Dependence Scale (Horn et al., 1984), Leeds Dependence Questionnaire (Raistrick et al., 1994), and others.

One of the few instruments which evaluate the severity of dependence based on the DSM-IV and CIE-10 diagnostic criteria is the Substance Dependence Severity Scale (Miele et al., 2000a, 2000b, 2001). As its authors point out, the SDSS is a semi-structured clinical

interview consisting of a substance-specific severity scale with items keyed to every criterion of DSM-IV dependence and abuse (Miele et al., 2000b). This scale has a first use screening section and a second part that evaluates frequency and severity of substance dependence and abuse symptoms. This second section is made up of 11 items that evaluate the seven diagnostic criteria for substance abuse. Furthermore, each item is evaluated on a frequency scale (DAYS), and a severity scale (SEV).

Apart from this, one of the purposes of its development was to provide an instrument that evaluates change in dependence severity during treatment (Miele et al., 2001), that is, to provide an instrument sensitive to change in patients during therapy. Therefore, unlike the 12 months set by the DSM-IV and the CIE-10, the authors decided to make the last 30 days the time framework for evaluation.

The psychometric studies of this instrument have shown satisfactory results in terms of reliability and validity evidences (Miele et al., 2000a, 2000b, 2001). Because of this, along with the particularities of the scale mentioned above, the National Drug Abuse Clinical Trials Network (CTN) has recognized the scale's value as a substance dependence evaluation instrument (Forman et al., 2004). In spite of this recognition and its particularities, there is no Spanish adaptation of this scale. In this sense, the purpose of this study is:

- a) Describe how the English version of the SDSS was adapted to Spanish, following the instructions of the International Test Commission (2010) for adaptation of instruments.
- b) Provide data on the reliability of the substance abuse and dependence scales.
- c) Provide proof of validity of the scores derived from the dependence scale.

## **2. Method.**

### ***2.1. Participants.***

The sample was made up of 211 patients with substance abuse or dependence problems. Patients were recruited in the clinic “Servicio Provincial de Drogodependencias (SPDH)” in Huelva (Spain). This is a public center that provides treatment for substance-related disorders in an outpatient setting.

The fieldwork was done from April 2010 to April 2013. During this time, a total of 648 patients began treatment in this center for substance abuse or dependence (except tobacco). All of them were invited to participate in the study although most did not want to, alleging problems with the time the interview would take.

The sample was comprised of 70.9% men, with a mean age of 39.2 years (sd=10.6). The nationality of 98.2% of the sample was Spanish. The mean number of years of education was 7.22 (sd=1.2). The main source of income of 16.4% was their job, 42.4% received some type of social benefits (pension, unemployment, etc.), and 20.9% received aid from family members. The remaining percentage resorted to illegal activities (selling drugs, etc.) to obtain funds.

All the participants had taken alcohol at some time in their lives, and 52.2% in large amounts. Almost the half (48.8%) had used heroin, 67.8% had used cocaine and 66.8% cannabis. During the month before the interview, 42.7% had taken alcohol, 48.3% had used cannabis, 30.3% had used cocaine and 10.4% had used heroin.

All the participants in the study received a voucher for 10 Euros to be spent on products (excluding alcoholic beverages) at a supermarket near their treatment center.

A subsample of 35 users of alcohol, 39 users of cocaine, 24 consumers of heroin and 40 users of cannabis was used to calculate the test-retest correlation as a measure of reliability.

## **2.2. Instruments.**

### *Adaptation of the Substance Dependence Severity Scale.*

Before proceeding to adaptation, the members of the research team contacted the first author of the SDSS articles, requesting an interview and permission to adapt the instrument.

The SDSS was adapted following the recommendations of several different researchers (Hambleton, 2005; Sireci et al., 2006) later collected in the International Test Commission (2010) instructions for adapting instruments from one culture to another.

The contextual analysis for evaluating the extent of adaptation of the construct to the Spanish population was done by a team of researchers and clinicians. Studies analyzing the cultural components of the diagnostic criteria of abuse and dependence were reviewed (Room, 2006; Room et al., 1996). The wide implementation of the DSM-IV in Spain was also considered, so the team thought that it was feasible to proceed with its adaptation.

Adaptation of the items began with translation of the English version of the SDSS into Spanish. Two translations were done independently: one was done by a native of the U.S.A. living in Spain. The other was done by a member of the research team who spoke English and had experience in the field of SUD. After that, the research team compared the similarity, conceptual and linguistic equivalence of each of the versions. Changes made were included in the first version of the SDSS, which was sent again to the native translator. She also checked that the items as written were conceptually and linguistically equivalent.

Apart from this, the translated items were also compared with the Spanish version of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (Torrens et al., 2004), since this interview was one of the bases for development of the SDSS.

Finally, the items as written were given to a sample of 15 SPDH patients for a pilot test. During this test, the items were evaluated by whether they were properly understood by the target population.

*Instruments employed in the validation study.*

-*EuropASI* (Blanken et al., 1994). This instrument is the European adaptation of the 5th version of the Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al., 1992). It evaluates problems related to substance use in six areas of life: physical health, employment/resources, drugs/alcohol, legal situation, family history, family/social relationships and psychiatric condition. The severity in each of the areas is evaluated by a score from 0 (no problem) to 9 (extreme problem). In this study, the Spanish version was used (Bobes et al., 1996).

-*HRQoLDA*. (Lozano et al., 2008, 2009; Zubaran et al., 2012). This test is designed to evaluate the quality of life related to health specifically in substance users. It is made up of 20 items scored with a five-choice answer format. The range of scores varies from 20 to 100, where a higher score indicates better health-related quality of life. The estimated reliability in this sample had an internal consistency of  $\alpha=0.873$ .

**2.3. Procedure.**

The interview was given by a clinical psychologist with several years of experience. Before starting the tests, he received training in administration of the SDSS and the other instruments applied in the study. Before starting the field work itself, the SDSS manual was examined by members of the research team. The training , conducted by members of the

research team, consisted in: a) the interview session and scale administration manual, b) videotape role playing was used as a training and evaluation technique, c) pilot interviews with patients, which were recorded and later analyzed with the team members, were made.

At the beginning, the center's psychologists and psychiatrists informed the patients that a study was being carried out. They were informed of the duration and that it was anonymous and had nothing to do with the patient's therapy. Then, if the patients agreed to participate, they were sent to a room in the SPDH itself where they were received by the interviewer. After introducing himself, he informed them that the study was voluntary, assured them of its anonymity, and insisted again that it had nothing to do with the patient's therapy. When the patient agreed to participate, he had to sign his informed consent authorizing the research team to use the data collected for its statistical analysis.

The approximate duration of the interview was 60-90 minutes. After completion, the interviewer gave each participant the voucher for 10 Euros.

Finally, the patients were called back for the retest, setting a date from 3 to 7 days after the interview.

### ***2.4. Analysis.***

Univariate and bivariate statistics were employed for the description of the sample. Before going on to the inferential calculation, the normality of the scores on all the instruments used were checked by the Kolmogorov-Smirnov test.

The discrimination index of the items is expressed as the item-total corrected correlation. Reliability was estimated by internal consistency using Cronbach's alpha and stability by the test-retest correlation (Pearson).

The correlations between the SDSS subscales and the rest of the instruments were calculated using the Pearson correlation coefficient to establish validity evidences.

Finally, since the purpose of the HRDoLDA test is to evaluate the impact of substance addiction on quality of life, linear regression analysis was performed to establish the predictive capacity of the SDSS subscales over the HRQoLDA test. A regression model was calculated for each of the SDSS subscales to avoid collinearity of scores.

### **3. Results.**

#### *Analysis of items and reliability.*

Table 1 shows the item discrimination indexes and internal consistency coefficients (Cronbach's  $\alpha$ ) of the dependence and abuse scales for severity and frequency. The discrimination indexes were observed to be adequate for all the items on the alcohol, cocaine and heroin severity and frequency scales. However, in the evaluation of severity of cannabis dependence and frequency of symptoms, the discrimination index was low for the item, "Continued use in spite of appearance of physical problems." All the coefficients of estimated internal consistency (Cronbach's  $\alpha$ ) were acceptable at 0.737 to 0.877.

The items on the abuse scales had lower discrimination indexes. In Table 1, the items below 0.25 are shaded. Basically, deficient performance was observed by the item related to "use when physically hazardous" and the item on "legal problems" on the severity and frequency scales. Their internal consistency coefficients were less than acceptable on all the symptom frequency scales. Evaluation of severity showed low but acceptable values for cocaine and heroin.

## 73 ADAPTACIÓN SDSS

**Tabla 1.***Item-discrimination and reliability*

	Severity				Days			
	Alcohol (n=99)	Cocaine (n=112)	Cannabis (n=89)	Heroin (n=63)	Alcohol (n=99)	Cocaine (n=112)	Cannabis (n=89)	Heroin (n=63)
Dependence								
D1. Substance taken in larger amounts or over longer period	0.687	0.729	0.578	0.807	0.615	0.615	0.495	0.754
D2.A. Persistent desire to cut down or control substance use	0.372	0.485	0.429	0.502	0.269	0.269	0.364	0.266
D2.B. One or more unsuccessful attempts to cut down	0.653	0.753	0.499	0.84	0.585	0.585	0.487	0.57
D3. A great deal of time spent in activities necessary to get substance	0.596	0.747	0.509	0.795	0.681	0.681	0.293	0.704
D4. Activities reduced or given up	0.589	0.631	0.550	0.582	0.581	0.581	0.578	0.608
D5. Marked tolerance	0.623	0.613	0.507	0.526	0.727	0.727	0.480	0.725
D6.A. Withdrawal symptoms after cessation or reduction	0.652	0.610	-	0.548	0.684	0.684	-	0.664
D6.B. Subjective experience of severity of withdrawal...	0.517	0.521	-	0.458	0.703	0.703	-	0.699
D6.C. Substance taken to relieve or avoid withdrawal symptoms	0.699	0.540	-	0.439	0.554	0.554	-	0.605
D7.A. Continued substance despite of a recurrent psychological problem	0.691	0.765	0.613	0.658	0.648	0.648	0.641	0.566
D7.B. Continued substance despite of a recurrent physical problem	0.309	0.243	0.141	0.372	0.234	0.234	0.127	0.337
<b>Alpha Cronbach reliability</b>	<b>0.856</b>	<b>0.872</b>	<b>0.767</b>	<b>0.864</b>	<b>0.877</b>	<b>0.864</b>	<b>0.737</b>	<b>0.866</b>
<b>Test-retest reliability</b>	<b>0.897</b>	<b>0.952</b>	<b>0.818</b>	<b>0.932</b>	<b>0.913</b>	<b>0.878</b>	<b>0.796</b>	<b>0.936</b>
Abuse								
A1. Failure to fulfill major role obligations	0.451	0.651	0.504	0.747	0.329	0.488	0.359	0.711
A2. Recurrent substance use when physically hazardous	0.135	0.410	0.037	0.379	0.072	0.275	0.015	0.180
A3. Continued use despite a persistent or recurrent social/interpersonal problem	0.350	0.640	0.330	0.613	0.251	0.494	0.444	0.603
A4. Recurrent substance-related legal problems	0.119	0.154	0.033	0.293	0.022	0.216	-0.055	0.318
<b>Alpha Cronbach reliability</b>	<b>0.444</b>	<b>0.673</b>	<b>0.391</b>	<b>0.694</b>	<b>0.329</b>	<b>0.526</b>	<b>0.346</b>	<b>0.580</b>
<b>Test-retest reliability</b>	<b>0.772</b>	<b>0.856</b>	<b>0.576</b>	<b>0.902</b>	<b>0.798</b>	<b>0.708</b>	<b>0.515</b>	<b>0.899</b>

Test-retest calculation of reliability of the severity of dependence scales showed adequate values for all scales (alcohol:  $r=0.897$ ; cocaine:  $r=0.952$ ; cannabis:  $r=0.854$ ; heroin:  $r=0.932$ ). Evaluation of frequency of symptoms showed similar test-retest reliability coefficients. Specifically, for the alcohol scale it was  $r=0.913$ ; for cocaine  $r=0.878$ ; on cannabis it was  $r=0.834$ ; and for heroin  $r=0.936$ .

For the severity of abuse scales, the test-retest coefficient was low for cannabis ( $r=0.576$ ) and acceptable for alcohol ( $r=0.772$ ), cocaine ( $r=0.856$ ) and heroin ( $r=0.902$ ). On the symptom frequency scales, a low test-retest coefficient was observed for cannabis ( $r=0.515$ ), and acceptable for alcohol ( $r=0.798$ ), cocaine ( $r=0.708$ ), and heroin ( $r=0.899$ ).

Validity evidences: Relationships between severity of dependence, problems related to use and quality of life related to health.

Table 2 shows the correlations between the various SDSS subscales and problems related to use and quality of life. Correlations of cannabis abuse scales were not included, because as seen above, their reliability coefficients were low.

## 75 ADAPTACIÓN SDSS

Tabla 2

*Correlations between severity/frequency scores and EuropASI dimensions and HRQoL*

		Alcohol		Cocaine		Cannabis		Heroin	
		Dependence							
		SEV	DAYS	SEV	DAYS	SEV	DAYS	SEV	DAYS
EuropASI	Physical health	0.095	0.070	0.018	-0.001	-0.059	-0.088	0.214	0.117
	Employment	0.215*	0.216*	0.185	0.228*	-0.147	-0.086	0.383**	0.464**
	Alcohol use	0.700**	0.616**	0.136	0.179	-0.064	-0.056	-0.021	0.068
	Drugs use	0.030	0.031	0.710**	0.594**	0.336**	0.320**	0.602**	0.546**
	Criminality	0.096	0.107	0.091	0.069	-0.138	-0.089	0.164	0.238
	Family and social relations	0.406**	0.323**	0.389**	0.273**	0.185	0.203*	0.265*	0.145
	Mental health	0.447**	0.410**	0.506**	0.465**	0.107	0.155	0.558**	0.468**
HRQoL		-0.529**	-0.543**	-0.515**	-0.556**	-0.322**	-0.327**	-0.391**	-0.475**
		Abuse							
EuropASI	Physical health	-0.072	0.053	-0.114	-0.121	-	-	0.067	0.008
	Employment	0.170	0.330**	-0.009	0.082	-	-	0.142	0.283*
	Alcohol use	0.520**	0.468**	0.355**	0.350**	-	-	0.357**	0.235*
	Drugs use	0.297**	0.124	0.501**	0.432**	-	-	0.394**	0.332**
	Criminality	0.205	0.093	0.113	0.011	-	-	0.174	0.174
	Family and social relations	0.426**	0.380**	0.336**	0.339**	-	-	0.395**	0.319*
	Mental health	0.401**	0.294**	0.365**	0.335**	-	-	0.349**	0.289**
HRQoL		-0.510**	-0.470**	-0.359**	-0.390**	-	-	-0.290*	-0.254*

\*p&lt;0.05; \*\*p&lt;0.01.

The severity of alcohol dependence and frequency scales were highly correlated to the scores for problems related to alcohol and less related to EuropASI drug problems. Similarly, the cocaine, cannabis and heroin dependence scales were highly correlated with the EuropASI scores that evaluate drug problems, and low for alcohol. That is, empirical relationships expected from a theoretical perspective are observed on the severity of dependence and symptom frequency scales.

With respect to the other EuropASI dimensions, moderate relationships of the alcohol, cocaine and heroin scales were observed with patient psychiatric state. In the evaluation of cannabis, the relationship with symptom frequency and with severity was low ( $r=0.155$ ;  $p>0.05$  and  $r=0.107$ ;  $p>0.05$ ). The employment dimension is significantly related to the alcohol severity scale ( $r=0.215$ ;  $p<0.05$ ) and symptom frequency ( $r=0.216$ ;  $p<0.05$ ), frequency of cocaine symptoms ( $r=0.218$ ;  $p<0.05$ ) and severity ( $r=0.383$ ;  $p<0.01$ ) and heroin symptom frequency ( $r=0.464$ ;  $p<0.01$ ).

Finally, family and social relationships were observed to be related to the alcohol severity ( $r=0.406$ ;  $p<0.01$ ) and frequency ( $r=0.323$ ;  $p<0.01$ ) scales, cocaine symptom severity ( $r=0.389$ ;  $p<0.01$ ) and frequency ( $r=0.273$ ;  $p<0.01$ ), severity of heroin symptoms ( $r=0.265$ ;  $p<0.05$ ) and with symptoms frequency of cannabis ( $r=0.203$ ;  $p<0.05$ ).

Statistically significant relationships were observed between all the severity of dependence scales and quality of life related to health, showing that severe dependence is related to lower quality of life related to health.

With regard to the abuse scales (bottom section in Table 1), as expected, the scores on the EuropASI problems related to alcohol dimension correlate significantly with the alcohol

symptom severity ( $r=0.520$ ;  $p<0.01$ ) and frequency ( $r=0.468$ ;  $p<0.01$ ) scales. Statistically significant relationships were also observed with the cocaine and heroin severity and frequency scales. Scores on the EuropASI problems related to drug use dimension showed statistically significant relationships with the scores on the cocaine and heroin severity and frequency subscales, and with the alcohol symptom severity subscale.

The scores for family/social relationships have statistically significant correlations with all the abuse subscales. The scores derived from the EuropASI psychiatric state also shows statistically significant relationships with all the subscales. Finally, the scores on employment are significantly related to alcohol ( $r=0.33$ ;  $p<0.01$ ) and heroin ( $r=0.283$ ;  $p<0.05$ ) symptom frequency.

Like the dependence subscales, statistically significant relationships are observed between all the abuse subscale scores and HRQoL scores. However, these relationships are lower than those found for the dependence subscales.

Table 3 shows the results of the simple linear regressions for the dependence severity and frequency scales over the HRQoLDA test scores. All the subscales showed statistically significant regression coefficients over the HRQoLDA test scores. The variances explained were from 13.7% on the heroin severity subscale to 30.2% on the cocaine symptom frequency subscale. It is observed that the percentage variance in symptom frequency explained is slightly higher than in severity on all the subscales.

Tabla 3

*Regression analysis for severity and frequency scores in HRQoL*

		B	t	Sig	IC	R2 corrected
Alcohol	SEV	-0.787	-5.821	0.000	-1.056 - -0.519	0.272
	DAYS	-0.424	-5.994	0.000	-0.565 - -0.284	0.287
Cocaine	SEV	-0.684	-5.948	0.000	-0.912 - -0.456	0.258
	DAYS	-0.494	-6.523	0.000	-0.644 - -0.344	0.302
Cannabis	SEV	-0.879	-4.043	0.000	-1.311 - -0.446	0.158
	DAYS	-0.475	-3.977	0.000	-0.713 - -0.237	0.155
Heroin	SEV	-0.577	-3.092	0.003	-0.952 - -0.203	0.137
	DAYS	-0.425	-3.740	0.000	-0.653 - -0.196	0.210

#### 4. Discussion.

The need to have tests adapted to different cultures is an indispensable element for scientific progress in the field of addiction. On one hand, it enables researchers from different countries and cultures to interpret the results of these tests periodically published around the world adequately. It also contributes to exploring any differences and particularities there may be in measurement of the constructs. In this sense, few researchers and clinicians doubt today the benefits of, for example, the adaptation of the ASI to different cultures has had on progress in drug addiction research.

The purpose of this study was to adapt the SDSS to Spanish. This is one of the few diagnostic instruments recognized by the CTN that is not yet available in a Spanish version (Forman et al., 2004). As pointed out by the authors of the original version, the scale evaluates dependence dimensionally, following the diagnostic criteria of the DSM-IV and CIE-10. Psychometric studies have shown adequate reliability coefficients and favorable validity evidences, and it has been shown useful for evaluating both the severity of substance dependence and for monitoring change in patients (Miele et al., 2000a, 2000b, 2001).

The plan for studying validation was similar to the original study by Miele et al. (Miele et al., 2000a, 2000b), although not exactly the same. It was planned to estimate of the

coefficient of reliability using Cronbach's alpha and the test-retest procedure. As favorable validity evidences in this study, relationships with the dimensions of the EuropASI and the HRQoLDA test were analyzed.

Estimation of internal consistency of the severity and frequency dependence scales show adequate Cronbach alphas similar to those found by Miele et al. (2000a). The abuse scales, however, do not function as adequately as the dependence scales. Only when reliability is estimated using the test-retest procedure are acceptable values found for alcohol, cocaine or heroin severity and frequency scales. These low alpha coefficients may be due to a lack of homogeneity of the items. This effect does not occur when the test-retest reliability is employed. In addition, some authors have doubts about whether legal problems criterion should be part of the substance abuse construct (Saha, Chou & Grant, 2006; Proudfoot, Baille & Teesson, 2006), which represents a clear threat to the internal consistency of the abuse scale. Thus, scores derived from the abuse scales of the Spanish version of the SDSS must be questioned before their use.

Indirectly the low reliability of the measure of substance abuse found in this study supports the replacement of the abuse/dependence distinction of DSM-IV by the substance use disorder diagnosis of DSM-5. Substance use disorder combines criteria from abuse and dependence, where legal problems criterion have been excluded. Coherently with results showed, legal problems is the item with lower values of discrimination index.

As validity evidence, the dependence scale showed theoretically coherent relationships with the scores derived from the EuropASI for drugs and alcohol. That is, severity of alcohol dependence and symptom frequency showed converging correlations with the EuropeASI, and discrepancies with problems related to drug use. The symptom frequency and severity scores for cocaine, heroin and cannabis dependence showed converging

correlations with the EuropASI, and discrepancies with the scores on the scale evaluating problems related to alcohol. These results are similar to those found in the study by Miele et al. (2000b), with two exceptions: a) the magnitude of the correlations of the alcohol subscales is slightly higher in the original study, and b) in this study, statistically significant correlations were found between the cannabis dependence symptom severity and frequency scales.

Other theoretically expected relationships were found that provide proof of validity of scores on the SDSS scales. On one hand, coherent with previous studies, greater severity and frequency of dependence symptoms leads to greater deterioration of social relationships and more mental health problems (Graham et al., 2011; Monteiro, 2001; Colpaert et al., 2013; Midanik, Tam & Weisner, 2007). On the other hand, the severity and frequency of dependence symptoms was demonstrated to clearly impact on the perception of quality of life related to health of the patients. In this sense, the R<sup>2</sup> values quantify the variance explained by the severity and frequency of dependence symptoms as in excess of 25% in patients with problems with alcohol and cocaine.

Although this study provides favorable validity evidences in applying the Spanish version of the SDSS, some considerations should be kept in mind. One of these is that although this study was done with a larger sample size than in the original studies (Miele et al., 2000a, 2000b), it would be recommendable to provide new psychometric evidences found at other treatment centers and with different patient profile. Furthermore, the psychometric properties were based on a validation study done with a Spanish population. Its application to other Spanish-speaking populations would require new psychometric studies, since there are cultural differences between the population in Spain and the Latin American population that might not be detected with this Spanish version. On the other hand, the administration of the

test and re-test was lead by a single evaluator. The effect that this may have on the reliability is unknown. But it is unlikely that the memory of the interviewer has a high influence on the scores due to the time between the test and re-test and the large number of interviews conducted.

Currently, one of the lines of research of our research team is the development of the Spanish version of scale according to the DSM-5. This version incorporates a correction system that allows a score according to DSM-IV criteria and other according to DSM-5 criteria. In this sense, items to assess craving diagnostic criteria proposed in DSM-5 have been included. Future studies will analyze the results obtained from this new version.



### **4.3. Estudio III: The Impact of Personality Disorders and Severity of Dependence in Psychosocial Problems** (vr anexo III)

Este trabajo ha sido publicado en la revista *International Journal of Mental Health and Addiction* (JCR 2015: 1.018):

Antonio Vélez-Moreno, Antonio J. Rojas, Francisco Rivera, Fermín Fernández-Calderón, Esperanza Torrico-Linares, Juan Ramírez-López, Francisco González-Saiz, & Óscar M. Lozano. (En prensa). The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

doi:10.1007/s11469-016-9696-9

#### **1. Introduction.**

The study and understanding of comorbidity between substance use disorders (SUD) and personality disorders (PD) is rather complicated. From an epidemiological perspective, the concomitance of these two disorders has been widely tested and demonstrated in several reviews (Jané-Llopis & Matytsina, 2006; Samuels, 2011). From an etiological perspective, co-occurrence must be explained by a complex network of interactions among genetic, personal and environmental factors (Kendler, Prescott, Myers, & Neale, 2003; Krueger et al., 2002; Langbehm, Cadoret, Caspers, Throughton, & Yucuis, 2003). Verheul and van den Brink (2004) distinguished three superordinate comorbidity meta-models: 1) The primary substance use disorder model states that substance abuse contributes to development of psychopathology of personality through a process of social learning in combination with the neurotoxic effects of the substances; 2) the primary personality disorder model postulates that personality traits contribute to the development of SUD in three different ways (behavioral disinhibition, stress reduction and reward sensitivity pathways); 3) the common factor model proposes the existence of a third factor that contributes to development of both disorders.

Of the three, some authors have pointed that the primary PD has the most empirical support (Verheul, Bosch, & Ball, 2005). This model has a close conceptual relationship with the line of research that studies the impact of psychopathology of personality on standard substance abuse treatment outcomes. In this sense, a large number of studies have explored the relationship between this comorbidity with proper outcome treatment indicators, as well as clinical status variables which can be considered indirect outcome indicators. Some studies show that concomitance of these two disorders generates poorer therapeutic prognosis and more severe substance-related problems than either disorder does by itself (Hasin et al., 2011; Ross, Dermatis, Levounis, & Galanter, 2003; Westermeyer & Thuras, 2005). Several authors have observed that SUD patients with comorbid PD have higher risk of relapse (Bradizza, Stasiewicz, & Paas, 2006), more persistent substance use (Fenton et al., 2012), higher rates of dropping out treatment early (Vergara-Moragues, González-Saiz, Lozano, & Verdejo-García, 2013) and more suicidal behavior (Yen et al., 2003) than SUD patients without it. PD in substance users are related to psychosocial consequences: risk factor for homeless (Combaluzier, Gouvernet, & Bernoussi, 2009), poor employment functioning (McMahon & Enders, 2009), legal problems (Kessler et al., 2012) and in general, more severe psychosocial functioning (Westermeyer & Thuras, 2005; Langas et al., 2012).

Different studies have searched for confusing or intermediate variables that could modulate the relationship between PD and outcomes indicators. Variables such as motivation for change and duration of treatment time (Ball, Carroll, Cannibg-Ball, & Rounsaville, 2006; Meier, Barrowclough & Donmall, 2005), therapeutic alliance (Gerstley et al., 1989), types of comorbidity (Kessler, 2004) and neurocognitive impairment (Worley, Tate, Granholm & Brow, 2014) have shown this modulating role. The moderating role of severity of use, understood as both frequency and amount of the substance used, has also been studied (Levola, Aalto, Holopainen, Cieza & Pitäken, 2014; Urbanoski, Cairney & Adlaf, 2007).

However, the potentially modulating role of the severity of dependence as a syndrome entity has not been studied sufficiently. One possible explanation for this is that some previous studies have not differentiated adequately between the concepts of substance dependence and substance-related problems proposed by Edwards and Gross (1976), and incorporated in the ICD and DSM nosological system. The Bi-axial Addiction Model (Edwards & Gross, 1976) proposes that these substance-related problems (SRP) constitute an independent dimension of substance dependence. The alcohol and drug use is associated with a wide variety of medical, psychological and social problems. These problems may be due to: the direct effect or poisoning (e.g. accidents, aggressive behaviors), the aftermath of intoxication or withdrawal (e.g. depression, symptoms delusional or hallucinatory) or the cumulative effect of the chronic consumption of the substances (e.g. liver disease, insomnia, thinking paranoid, etc.) (Babor, 1992). But this is not enough to explain the severity of dependence as syndrome. For other hand, a proper measurement of SRP is of great importance because it is considered as a subrogated treatment outcome indicator (McLellan, 2002). Drummond (1992) considered the severity of dependence could intervene or mediate the relationships of other variables with the SRP but pointed out the limitations of the usual statistical models to control for confounding factors. To our knowledge, there are studies that analyzed the alcohol and drug use patterns (age onset, frequency, quantity) on personality disorders (e.g. Carrà, Scioli, Monti & Marinoni, 2006; Moss, Goldstein, Chen & Hy, 2015). Other studies have examined the relationships between substance use disorders and personality disorders (Jackson, Sher & Wood, 2000; Trull, Jahn, Tomko, Wood, & Sher, 2010). But there are no studies that have explored the mediator effect of the severity of dependence as syndrome entity with personality disorders symptoms and SRP using structural equations model.

It is necessary to know how severity of dependence is related with comorbidity to develop better interventions in treating patients with comorbid disorders (Lai, cleary,

Sithartham, & Hunt., 2015). In this sense, the goal of this study was to explore the modulating role of substance dependence severity in the relationship between PD symptoms and SRP (as an subrogated treatment outcome indicator) through three models of the relationship between them: 1) A model with the covariance effect of PD symptoms and severity of substance dependence on SRP, 2) a model with the effect of full mediation of severity of substance dependence between PD symptoms and SRP, 3) a model with the effect of partial mediation of severity of substance dependence. To do this, we adopted a structural equation model from a theory development approach (see Figure 1).

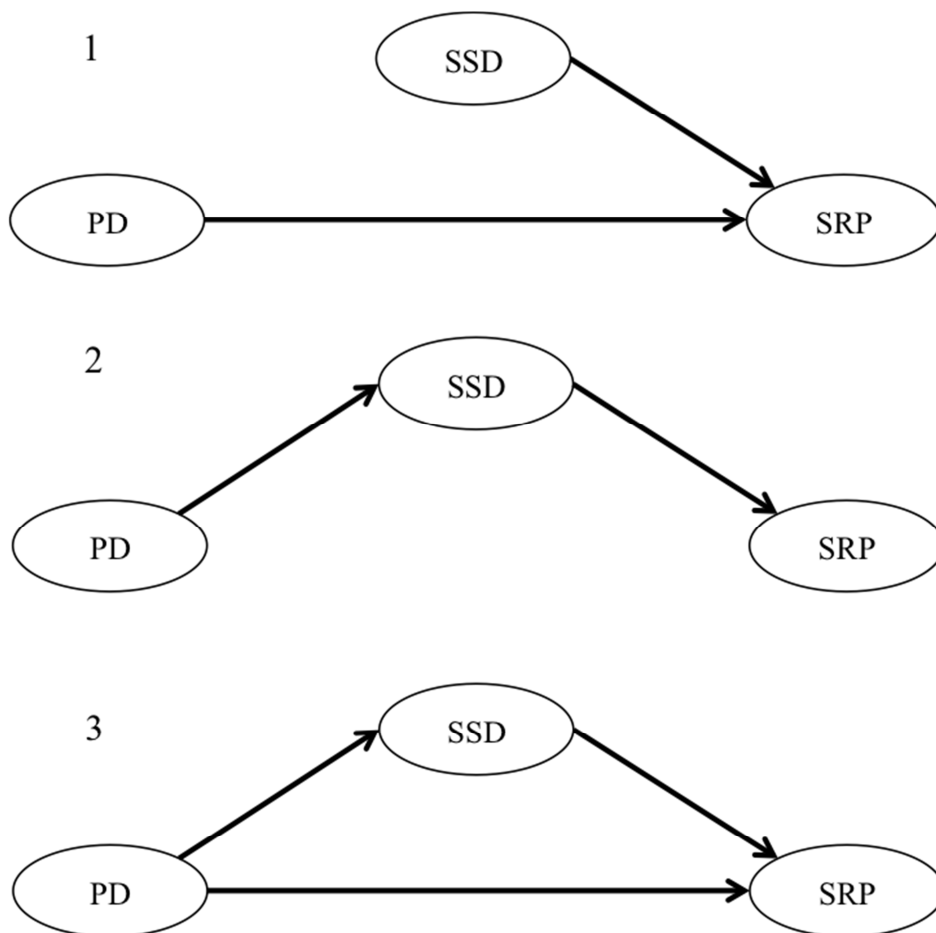


Figure 1. Models of relationships between PDs, SSD and SRP

## **2. Method.**

### ***2.1. Participants.***

The sample was comprised of 199 SUD patients recruited from the ‘Servicio Provincial de Drogodependencias Huelva [Huelva Provincial Drug Dependence Service] (SPDH)’, a public clinic in Huelva (Spain) which provides treatment for SUD in an outpatient setting. Patient interventions are collected in a program also used by other public treatment centers in Andalusia (Spain).

Most patients were male (78.7%). The mean age was 38.9 (SD = 10.6), with no statistically significant differences by gender. The mean number of years of education was 7.2 (SD = 1.9). All the patients in the sample met DSM-IV criteria for alcohol, heroin or cocaine abuse or dependence. Twenty-eight point seven percent of the patients began their treatment for alcohol dependence, 18.6% for cocaine dependence, 11.6% for cannabis and 3.5% for heroin. From the remaining patients, 37.6% began treatment for polysubstance dependence. In terms of abuse in the last 30 days, 44.3% of the patients had used alcohol, 50.3% cannabis, 28.6% cocaine, 9.5% heroin, and 7.0% sedatives. A subsample of 35 users of alcohol, 39 users of cocaine, 24 consumers of heroin and 40 users of cannabis was used to calculate the test-retest correlation as a measure of reliability. Retests were administered from 3 to 7 days after the interview. The interviews were given from April 2011 to September 2013.

### ***2.2. Instruments.***

Substance Dependence Severity Scale –SDSS- (Miele et al., 2000). The Spanish version of the SDSS was used (Vélez-Moreno et al., 2015). This interview assesses the severity of DSM-IV substance dependence during the 30 days prior to the interview. It is

made up of 11 items that evaluate the seven DSM-IV diagnostic criteria for dependence. Seven items are scored on a 6-point scale ranging from 0 (absent) to 5 (extreme), and four items are scored from 0 (absent) to 2 (present). On all items a score of '2' shows that the diagnostic criterion was met within the 30-day time frame. Total scores for the 11 dependence items range from 0 to 43. A higher score shows greater severity of substance dependence (SSD). Test-retest coefficients were  $r = .914$  for the alcohol dependence scale,  $r = .957$  for cocaine,  $r = .938$  for heroin and  $r = .852$  for cannabis.

International Personality Disorder Examination –IPDE- (Loranger et al., 1994). PD was diagnosed using ICD-10 criteria. The Spanish screening version developed by López-Ibor et al. (1996) was used in this study. The IPDE-SQ was selected over other screening instruments because it is easy to give and has adequate psychometric properties (López-Ibor et al., 1996). Since some PD symptoms can be similar to experienced by drug abuse use and withdrawal, a cut-off point of four was applied. This can improve the specificity for identifying PD with IPDE-SQ (Slade & Forrester, 2013).

EuropASI (Fureman, Parikh, Braga, & McLellan, 1990). The EuropASI is a semi-structured interview that assesses seven substance-related problem areas that are often affected by substance use: medical, employment, legal, alcohol, drug use, family-social functioning, and psychological status. This instrument is internationally used for the evaluation of addiction to substance treatment outcomes (McLellan, Cacciola, & Fureman, 1996). In our study, only employment, legal and family-social functioning problems were used as indicators of SRP. The other scales were not used to avoid the logical high covariance between severity of substance dependence with the EuropASI alcohol and drug use scales, and personality disorders with medical and psychological status. The Spanish version (Bobes, González, Sáiz, & Bousolo, 1996) was used in this study. Test-retest coefficients were  $r =$

.783 for employment,  $r = .929$  for alcohol problems,  $r = .925$  for drug use,  $r = .767$  for legal status and  $r = .851$  for family-social functioning area.

### **2.3. Procedure.**

Tests were given by a clinical psychologist who had received specific training in their administration. The first ten interviews (pilot interviews) were excluded from analysis.

Individual interviews were given in a room at the SPDH. First the interviewer informed patients that it was voluntary, guaranteed their anonymity and informed them that the purpose had nothing to do with their own therapy. When they agreed, the interviewee was asked to sign an informed consent form authorizing the research team to use the data compiled for statistical analysis. The interview lasted from 60 to 90 minutes. At the end, the interviewer gave each participant a 10-Euro voucher for use in a local supermarket. This voucher could not be used to purchase alcoholic beverages. This study was approved by the Huelva University research ethics committee.

### **2.4. Analysis.**

Pearson correlations and t test were used to analyze the relationships of all the indicators that were examined. Afterwards, the hypothesized models described (Figure 1) were assessed by Structural Equating Modeling (SEM). SEM testing was based on Maximum Likelihood (ML) estimation using EQS 6.1 (Bentler, 2003). Each factor was formed by indicators showing a statistically significant factor load.

Goodness of fit was studied using robust estimators because of the different levels of measurement of the variables involved and score normality (PD scores were evaluated as dichotomous variables, and SDSS and EuropASI scores were normally distributed). The use of robust estimation procedures along with the number of latent variables and indicators used

in the models made consistent estimation of coefficients and statistics possible in this sample of 199 patients (Westland, 2010).

The strategy was to compare competing nested models. The three hypothesized models were tested and compared in terms of their goodness of fit. Chi-square differences were used to compare the changes in fit statistics between the first and second model compared to the third model. In addition, several alternative indices, the non-normed fit index (NNFI), incremental fit index (IFI), comparative fit index (CFI) and root mean square error of approximation (RMSEA) were used because of their relatively insensitive to sample size and their ability to penalize lack of parsimony in the models. According to Hu and Bentler (1999), a model with good fit should have an NNFI, IFI and CFI of 0.95 or higher, and RMSEA below 0.06. The variance in each model ( $R^2$ ), and the reliability of each factor were also found.

Finally, the Lagrange Multiplier (LM test) and the Wald test were used to analyze for any improvement in the model. The LM test assessed the effect of freeing a parameter constrained at zero or set at a certain value, while the Wald test assessed the effect of eliminating or restricting parameters which had been considered unconstrained before.

### **3. Results.**

#### ***3.1. Relationship of PD, SSD and SRP.***

Using a cut-off of four for IPDE-SQ, 48.7% of patients showed symptoms compatible with schizoid disorders, 47.7% compatible with paranoid disorders, 42.2% with avoidant disorder, 37.7% with anankastic disorder, 26.6% with dependent disorder, 24.1% with impulsive disorder, 17.6% with antisocial disorder, 13.1% with borderline disorder and 11.6% with histrionic disorder. Twelve point one percent of the sample did not show PD,

25.1% had symptoms compatible with one PD, 18.6% had symptoms compatible with two PD and 44.2% of the sample had symptoms compatible with three or more PD.

On the other hand, Table 1 shows the relationship between probable PD and SDSS scores. In general, more severity of dependence is observed in patients with probable PD. Higher scores in cocaine severity of dependence are observed in patients with probable paranoid, antisocial, impulsive and histrionic disorders. Severity of dependence of heroin is related to antisocial disorder. Alcohol severity of dependence scores is higher in patients with probable paranoid, impulsive and borderline. Finally, severity of dependence of cannabis is not related with probable PD.

Table 1

*Descriptive Statistics and t test of Severity of Substance Dependence by Personality Disorders*

		Severity of Substance Dependence											
		Cocaine (n = 137)			Heroin (n = 97)			Alcohol (n = 101)			Cannabis (n = 138)		
		Mean (SD)	t	Cohen d	Mean (SD)	t	Cohen d	Mean (SD)	t	Cohen d	Mean (SD)	t	Cohen d
<b>Paranoid</b>	No	7.34 (10.1)			3.77 (7.0)			9.19 (9.5)			5.87(6.4)		
	Yes	13.3 (12.2)	-3.074**	.532	7.21 (10.1)	-1.975	.395	15.26 (12.3)	-2.756**	.552	5.87 (7.6)	-0.004	.078
<b>Schizoid</b>	No	9.22 (11.3)			4.23 (7.6)			12.68 (11.6)			6.64 (7.7)		
	Yes	12.07 (11.9)	-1.439	.245	7.10 (9.9)	-1.593	.325	12.09 (11.4)	0.259	.051	4.94 (7.2)	1.334	.228
<b>Antisocial</b>	No	9.21 (11.2)			4.41 (7.8)			11.32 (10.7)			5.40 (7.0)		
	Yes	15.61 (12.1)	-2.758**	.548	11.28 (11.5)	-3.075*	.699	16.2 (13.4)	-1.786	.402	7.96 (9.1)	-1.558	.315
<b>Impulsive</b>	No	8.96 (10.7)			5.27 (8.7)			10.2 (10.1)			5.16 (6.7)		
	Yes	15.08 (12.9)	-2.587**	.516	7.37 (10.1)	-0.914	.222	17.53 (12.8)	-3.071**	.635	7.94 (9.2)	-1.653	.345
<b>Borderline</b>	No	10.43 (11.6)			5.19 (8.4)			10.70 (10.2)			5.56 (7.1)		
	Yes	11.86 (11.9)	-0.529	.121	7.83 (11.1)	-1.129	.268	22.01 (13.4)	-3.118**	.949	7.79 (9.6)	-1.211	.264
<b>Histrionic</b>	No	9.71 (11.1)			5.31 (8.7)			11.59 (10.8)			5.29 (6.7)		
	Yes	17.81 (13.8)	-2.673**	.646	8.9 (11.1)	-1.201	.359	17.29 (14.3)	-1.750	.449	10.6 (11.1)	-1.814	.579
<b>Anankastic</b>	No	10.23 (11.4)			6.07 (9.0)			11.61 (10.3)			5.51 (7.1)		
	Yes	11.26 (12.1)	-0.513	.087	5.19 (8.98)	0.482	.097	13.36 (12.8)	-0.762	.150	6.55 (8.1)	-0.775	.136
<b>Anxious</b>	No	10.13 (11.9)			5.09 (8.4)			10.81 (10.1)			5.12 (6.8)		
	Yes	11.25 (11.3)	-0.561	.088	6.22 (9.5)	-0.617	.126	14.57 (12.8)	-1.643	.326	6.94 (8.2)	-1.339	.241
<b>Dependent</b>	No	10.06 (11.1)			4.93 (7.9)			11.56 (10.9)			6.04 (7.5)		
	Yes	12.15 (13.1)	-0.949	.172	7.95 (11.6)	-1.191	.304	14.73 (12.6)	-1.223	.269	5.35 (7.3)	0.463	.093

\*p<0.05; \*\*p<0.01

The relationships between SDSS scores and SRP are shown in Table 2. Severity of heroin and cocaine dependence is related to lower scores in family-social functioning and legal status. Alcohol severity is related to lower scores in family-social functioning. Severity of cannabis dependence is unrelated to any other problem.

Table 2

*Correlations between Substance Related Problems and Severity of Substance Dependence*

	Cocaine	Heroin	Alcohol	Cannabis
Employment	0.233**	0.268**	0.080	-0.013
Legal status	0.275**	0.241*	-0.115	-0.001
Family-social functioning	0.371**	0.193**	0.219**	0.123

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

Table 3 shows the mean scores and standard deviations for three EuropASI dimensions of each type of PD. Results show that paranoid and avoidant disorders are the most disruptive for patients. Most PD is related to poor family-social functioning. There are not relationships between probable histrionic and probable dependent disorders with SRP.

Table 3

*Descriptive Statistics and t test of Substance Related Problems by Personality Disorders*

		Employment			Legal status			Family-social functioning		
		Mean (SD)	t	Cohen d	Mean (SD)	t	Cohen d	Mean (SD)	t	Cohen d
Paranoid	No	3.12 (2.7)	-	.592	1.7 (2.2)	-2.342*	.313	4.23 (3.2)	-	.612
	Yes	4.69 (2.6)	4.072**		2.49 (2.8)			6.1 (2.9)	4.364**	
Schizoid	No	3.27 (2.7)	-	.459	1.93 (2.4)	-0.697	.101	4.73 (3.1)	-1.853	.263
	Yes	4.51 (2.7)	3.139**		2.19 (2.7)			5.56 (3.2)		
Antisocial	No	3.84 (2.8)	-0.346	.064	1.85 (2.4)	-2.146*	.422	4.89 (3.2)	-	.476
	Yes	4.02 (2.8)			3.02 (3.1)			6.3 (2.7)	2.430**	
Impulsive	No	3.89 (2.8)	0.060	.014	1.89 (2.4)	-1.503	.259	4.67 (3.1)	-	.653
	Yes	3.85 (2.8)			2.58 (2.9)			6.6 (2.8)	3.775**	
Borderline	No	3.65 (2.8)	-	.632	1.97 (2.5)	-0.926	.212	4.88 (3.2)	-	.653
	Yes	5.39 (2.7)	2.987**		2.58 (3.2)			6.85 (2.6)	2.985**	
Histrionic	No	3.89 (2.7)	-0.118	.022	1.95 (2.4)	-1.210	.307	5.03 (3.2)	-1.307	.295
	Yes	3.96 (3.4)			2.89 (3.6)			5.96 (3.1)		
Anankastic	No	3.67 (2.8)	-1.309	.189	1.68 (2.4)	-2.599*	.492	4.89 (3.3)	-1.442	.212
	Yes	4.2 (2.8)			2.67 (2.7)			5.55 (2.9)		
Anxious	No	3.39 (2.7)	-	.406	1.55 (2.1)	-	.470	4.42 (3.3)	-	.560
	Yes	4.53 (2.9)	2.872**		2.74 (2.9)			6.11 (2.7)	3.946**	
Dependent	No	3.84 (2.7)	-0.309	.048	1.94 (2.5)	-1.005	.158	4.93 (3.2)	-1.542	.258
	Yes	3.98 (3.1)			2.36 (2.8)			5.72 (2.9)		

\*p<0.05; \*\*p<0.01

### 3.2. Structural equation models for PD, SSD and SRP.

In Table 4 the fit indicators of the three models. The fit indicators of Models 1, 2 and 3 are adequate. Furthermore, the chi-square analysis, depending on the degrees of freedom, shows that fit of Model 3 is significantly better than Model 2 ( $p = .012$ ) and Model 1 ( $p = .038$ ). Therefore, freeing the direct effect of PD on SRP (Model 3) improve the indirect model of PD on SRP through SSD (Model 2). Differences observed in the variance explained by Model 2 ( $r^2 = .612$ ) or Model 3 ( $r^2 = .601$ ), are not significant while model 1 has minor variance explained ( $r^2 = .551$ ). On the other hand, the mediation effect of SSD between PD and SRP ( $B = 0.306$ , Sobel test = 3.475,  $p < .01$ ) is stronger than the mediation effect of Model 3 ( $B = 0.152$ , Sobel test = 2.649,  $p < .01$ ). Thus it is in turn slightly less than the combined effect of PD on SRP in Model 3 ( $B = 0.517$ ,  $p < .01$ ). Therefore, it concludes that model 3 is the best fit to the data analyzed.

Table 4

#### *Fit statistics of Models*

	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
<b>Absolute fit index</b>			
S-B $\chi^2$ / d.f.	74.880/63 = 1.19	76.842/63 = 1.22	70.596/62 = 1.14
<b>Relative fit index</b>			
NNFI	.962	.953	.970
CFI	.970	.962	.976
IFI	.971	.964	.977
<b>Index based on root mean square error of approximation</b>			
RMSEA	.030	.033	.027
(C.I. – 95%)	[.001, .054]	[.001, .056]	[.001, .052]
<b>Index based on <math>\chi^2</math></b>			
$\chi^2$	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	-
$\chi^2$ -difference from model 3	4.284	6.245	-
Df-difference from model 3	1	1	-
P with model 3	.038	.012	-

In three models, factor PD show the higher standardized weights in anxious and borderline disorders. In SSD factor, severity of dependence of alcohol is not statistically significant. The standardized weights are the lowest for the schizoid, impulsive and anankastic disorders (Figure 2), although in all cases they are statistically significant. However, entering the relationship between PD and SRP is observed to lower the standardized weights from Model 2 to Model 3.

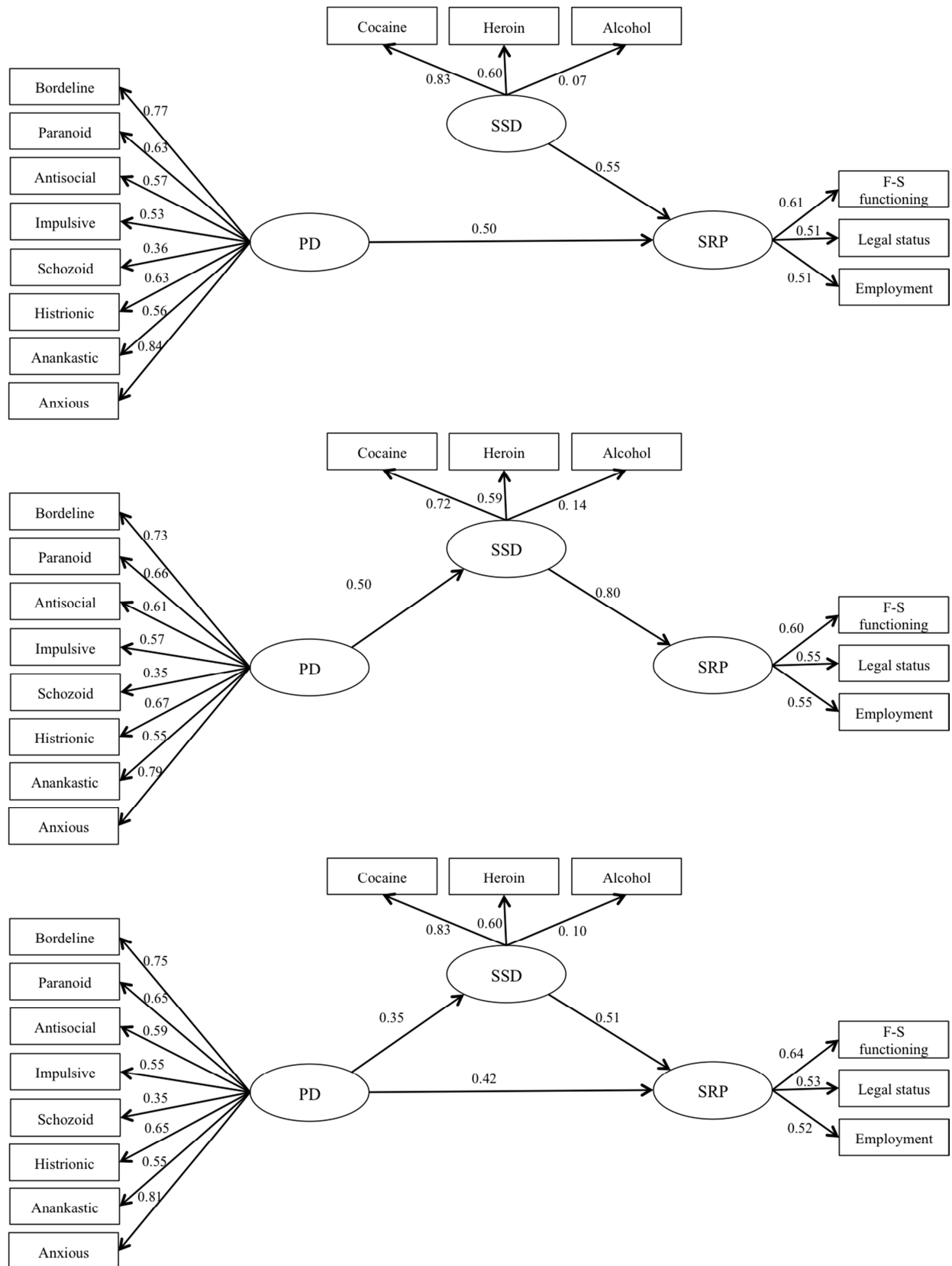


Figure 2. Structural Equations Models with standardized weights

#### 4. Discussion.

In general, results show that PD patients have more severe dependence and SRP. In this study, antisocial, impulsive and borderline disorders are related to severity of dependence on most substances. Furthermore, paranoid, avoidant, antisocial and borderline disorders are the PD most related to impairment in the areas of employment, social/family relations and legal situation. With respect to substances, dependence on heroin and cocaine appears to be the most closely linked to problems in the social/family, work and legal spheres. On the contrary, severity of cannabis use does not seem to significantly affect normal functioning in this sample. However, this may be because for most of these patients, cannabis is not the main drug used.

Along with the above results, and unlike other studies, in this one, the relationships between PD, SSD and SRP were analyzed using structural models. On one hand, it should be stressed that the three structural models, along with their measurement models, showed adequate fit to the data. This result supports the SRP of patients with PD and SUD is increased by the presence of both types disorders. In addition, the results show that: i) The two models with a mediation effect of SSD between PD and SRP have more explained variance (in a similar amount); ii) the difference between these two models lies, basically, in the standardized weights of the relationships. In the full mediation effect model, the factorial loads are higher. However, when the direct relationship between PD and SRP is entered, the factorial loads are observed to decrease. These results lead us to conclude that PD influences negatively to SSD. This result complements those provided by Trull et al. (2004), where PD symptoms provide significant incremental prediction of SUD. In our opinion, it has to be taken into account to understand the legal, family and employment problems of this patient profile. At the same time, substance use may magnify symptoms of co-occurring disorders.

The analysis of each factor provides relevant information about its components. In PD factor, the symptoms compatible with schizoid and anankastic disorders have the lowest weights. In contrast, the symptoms with greatest weights are avoidant, borderline, histrionic, and paranoid disorders. All symptoms compatible with PD have a significant contribution on the factor. We are agree with Jahng et al. (2011), who indicated that a common underlying factor to personality disorders represents much of comorbidity observed with SUD. In SSD factor is remarkable the low factor loading attributable to the severity of alcohol dependence. This result indicates that the alcohol severity of dependence does not help to explain the observed variability in the SSD factor. SSD factor is explained by severity of cocaine and heroin dependence. This may be because the sample is formed by relatively young patients, and for them, although alcohol is the main drug, this substance is usually consumed with cocaine and heroin. Both substances may be contributing more to the SSD factor than alcohol.

Several conclusions with therapeutic implications may be arrived at. This study, like others in this treatment context (Arias et al., 2013; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005), found a high prevalence of patients with probable PD, and it was also shown that PD influences SSD. However, in this research, higher prevalence than the previous studies has been found. This may be due to methodological differences, mainly because in this research a screening instrument has been used. In this sense, it has been reported that some PD symptoms can be very similar to those of SUD (Trull, Waudby, & Sher, 2004), which could disguise PD. Our results show that in these cases, therapeutic intervention focused on SSD have little probability of success, with the result that therapeutic treatment of SUD patients is also inefficient. Therefore, therapists must have specific training in the detection of other mental disorders, where highly discriminative tests and diagnostic interviews take an

important role. As Perron et al. (2010) suggest, in spite of the complexity of establishing PD diagnosis, the therapist must make an effort to diagnose patients correctly.

On the other hand, evidence from this study supports the implementation of integral programs for patients with psychiatric comorbidity, although more conclusive results on their effectiveness are still necessary (Flynn & Brown, 2008). The first model, with the independent covariance effects of PD and SSD on SRP, fit the data, but it was the model with less variance explained. That is, SRP is better explained with a relationship between PD and SSD. This questions whether a parallel intervention model without coordination between mental health and drug dependence services can be effective for these patients. However, this model is widely implemented in the most of countries. We therefore understand that these results support an integral intervention in which the patient can be comprehensively evaluated and his mental disorders treated holistically.

In spite of the clinical and research value of the results of this study, some limitations should be mentioned. The study design is cross-sectional, so all the measurements are concomitant and no causal relationships may be inferred. It was not the researchers' purpose to establish such relationships, but to show their existence through the use of structural models.

Drummond (1992) admits that although the measures of association among variables obtained in cross-sectional design does not necessarily indicate a causal relationship, path analysis models allow exploring causal hypothesis that can then be tested using longitudinal designs. In addition, it would be necessary to use instruments capable of temporarily placing the sequence of appearance of personality traits, syndromes of dependence, and the substance-related problems.

Another limitation is related to the use of the IPDE-SQ. This has been described as a reliable tool for screening PD (López-Ibor et al., 1996). In this study, the cut-off point was four. This cut has been proposed by other authors in the English version (Slade & Forrester, 2013) as in the Spanish version (Fernández, Vispo, & Becoña, 2011), because other authors have pointed out that a cut-off point of three can give rise to false positives (Magallón-Neri et al., 2013), especially patients with SUD, because symptoms may be very similar to those of PD. Despite the use of this cutoff, this would explain the high prevalence of probable PD patients has been found in this study. Nevertheless, the results have been checked against the clinical impressions of the therapists, who ratified that most of the patients have symptoms compatible with PD. Considering the ratification of the therapists, and that the purpose of this study was not to estimate prevalence but to contrast three models of relationships, the authors have chosen to retain the value most widely used in the specialized literature, even though the probable PD cases are high in comparison with other studies done with samples in similar contexts.



#### **4.4. Estudio IV: Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS (ver anexo IV)**

Este estudio ha sido publicado en la revista *Actas Españolas de psiquiatría* (JCR 2015: 0.813):

Antonio Vélez-Moreno, Óscar M. Lozano, Fermín Fernández-Calderón, Antonio J. Rojas, Pablo Sayans-Jiménez, Francisco González-Saiz, & Juan Ramírez López. (2015). Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 99-108.

##### **1. 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 población (Naciones Unidas, 2012). 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 opiáceos (Ministerio de España, 2011). 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 diagnóstico (Meier, Barrowclough y Donmall, 2005). 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-IV (APA, 1994), 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-5 (APA, 2013), 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 intervención (Maser y Patterson, 2002). 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 terapéutico (Van Os et al., 1999; Kirisci et al., 2006).

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 (Rubio et al., 1996), la Severity of Dependence Scale -SDS- (González-Saiz et al., 2008) o el Leeds Dependence Questionnaire -LDQ- (González-Saiz y Salvador-Carulla, 1999). 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 entredicho (Maisto y Saitz, 2003).

Recientemente se ha desarrollado la versión española de la Substance Dependence Severity Scale (SDSS), mostrando adecuadas propiedades psicométricas (Maisto y Saitz, 2003). Esta escala fue desarrollada para evaluar la gravedad de la dependencia a diferentes sustancias psicoactivas (Miele et al., 2000), 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 autores (Miele et al., 2000), 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) (Sheehan et al., 1998) es una de las más utilizadas como patrón estándar por los estudios de validación de escalas (Chishinga et al., 2012; Humeniuk et al., 2008; Myer et al., 2008; Newcombe y Humeniuk, 2005).

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.

## **2. Método.**

### ***2.1. 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%), benzodiazepinas (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 maníaco (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.

### **2.2. Instrumentos.**

#### Substance Dependence Severity Scale

La adaptación de la SDSS se ha realizado siguiendo las recomendaciones de psicómetras especialistas en la adaptación de pruebas (Hambleton, 2005; Sireci, Yang, Harter y Ehrlich, 2006), posteriormente recogidas en las directrices de la International Test

Comission (ITC, 2010) para la adaptación de instrumentos de unas culturas a otras. Los estudios de adaptación de este instrumento se pueden encontrar en Vélez-Moreno et al. (2013).

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 EuropASI (Bobes et al., 1996).

Escala de dependencia de alcohol de la Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan et al., 1998). 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 primaria (Ferrando, Gibert y Lecrubier, 1996). 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.

### ***2.3. 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.

### ***2.4. Análisis.***

Se han utilizado estadísticos descriptivos para la caracterización de la muestra, y se han aplicado las prueba  $\chi^2$  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.

### 3. Resultados.

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

Tabla 1

*Relación entre información sociodemográfica y consumo con las puntuaciones de la SDSS*

	<b>Puntuación SDSS</b>	<b>Estadístico</b>	<b>P</b>
<b>Total de la muestra</b>	12,9	-	-
<b>Género</b>			
Hombre	12	$t=2,886$	0,092
Mujer	16,5		
<b>Edad -media (dt)-</b>	-	$r=0,034$	0,727
<b>Años educación básica -media (dt)-</b>	-	$r=0,218$	0,022
<b>Situación laboral en</b>			

## 111 ADAPTACIÓN SDSS

### 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		

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;  $p<0,01$ ).

### 3.2. 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.

Tabla 2

*Índices de validez de los ítems de la SDSS*

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	6 <sup>a</sup>	0,871**	0,509**
		6b	0,772**	0,448**
		6c	0,352**	,38**
3	C	1	0,627**	0,566**
4	D	2 <sup>a</sup>	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	7 <sup>a</sup>	0,371**	0,446**
		7b	0,238*	0,238*

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.

### ***3.3. Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables.***

El análisis de la SDSS en relación a las variables del EuropASI 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 ( $r=0,004$ ;  $p>0,05$ ).

### ***3.4. 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 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.

Tabla 3

#### *Diagnósticos según SDSS y MINI*

		Dependencia según SDSS		Total
		No	Sí	
Dependencia	No	34,5	4,5	39,1

según MINI	Sí	19,1	41,8	60,9
Total		53,6	46,4	100

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).

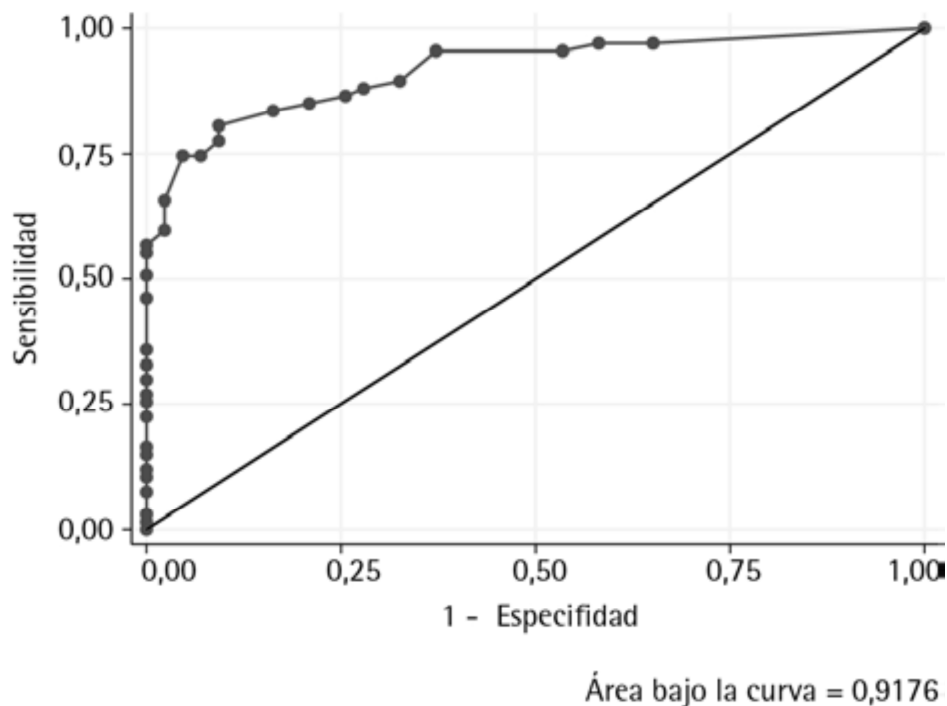


Figura 1 Curvas COR para las puntuaciones de la SDSS

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.

Tabla 4

*Estadísticos de sensibilidad/especificidad para las puntuaciones de a SDSS*

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.

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.

#### **4. Discusión.**

El presente trabajo ha aportado evidencias de validez de la escala de alcohol de la SDSS en relación al diagnóstico aportado por la MINI, otro instrumento diagnóstico de dependencia a alcohol ampliamente utilizado como patrón estándar en los estudios de validación de escalas (Chishinga et al., 2012; Humeniuk et al., 2008; Myer et al., 2008; Newcombe y Humeniuk, 2005). 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 DSM (Forman et al., 2004). 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 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 emplear (Helzer, Bucholz y Gossop, 2007). Además, el hecho de que el diagnóstico se fundamente en los criterios de clasificación diagnóstica del DSM permite una sencilla comunicación entre la comunidad científica (Hasin et al., 2006). 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 alcohol (González-Saiz y Salvador-Carulla, 1999), 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 (Córdoba et al., 2012; Ríofrío y Rodríguez, 2010). Este abordaje se realiza, inicialmente, a través herramientas de cribado, siendo las más utilizadas el CAGE, el CBA y el AUDIT (Iraurgi y González-Saiz, 2002). Tales instrumentos permiten identificar sujetos en riesgo de padecer trastornos. Posteriormente, es necesaria la administración de herramientas que permitan el diagnóstico o no de dependencia (McLellan et al., 2000), 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 NCME (APA, 2002) 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 drogodependencias (Arias et al., 2013) 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 mental (Sánchez-Peña, Álvarez-Cotoli y Rodríguez-Solano, 2012). Y, puesto que la comorbilidad se asocia a una mayor gravedad de la dependencia (Kessler et al., 2005), 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%<sup>2</sup>. 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.

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)*

**Ítem 1.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...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?

**Ítem 2.a.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...pensó que debería reducir o controlar su consumo de alcohol o dejarlo por completo?

**Ítem 2.b.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...intentó reducir o controlar su consumo de alcohol?

**Ítem 3.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...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?

**Ítem 4.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...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?

**Ítem 5.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...ha encontrado que la misma cantidad de alcohol tiene menos efecto que antes? ...ha encontrado que necesita beber más para conseguir el mismo efecto?

**Ítem 6.a.** Durante los últimos 30 días...

Cuando los efectos del alcohol se pasaban, ¿alguna vez experimentó (LISTADO DE SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA)?

**Ítem 6.b.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...cómo de fuertes eran los efectos del alcohol? ¿en general, diría Ud. que eran leves, moderados, graves o muy graves?

**Ítem 6.c.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...ha bebido para recuperarse de alguno de los efectos secundarios de la bebida? ...o bebió para evitar alguno de estos efectos secundarios?

**Ítem 7.a.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...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?

**Ítem 7.b.** Durante los últimos 30 días, ¿...

...ha tenido un problema de salud o médico que fuese provocado o empeorado por la bebida o sus efectos secundarios?

## Capítulo 5

### Discusión

El objetivo principal de esta investigación consiste en la validación de la versión española de la SDSS de cara a un uso clínico. La revisión de la literatura realizada en este trabajo en el capítulo uno, muestra la tendencia de la nosología hacia un enfoque unidimensional del trastorno por consumo de sustancias (APA, 2013; Gillespie et al. 2007; Lundin et al., 2015; Saha et al., 2006).

Los resultados con respecto a la fiabilidad de la entrevista muestran un comportamiento adecuado en cuanto a la consistencia interna y al test-retest para la escalas de dependencia. Estos resultados van en consonancia con los obtenidos por la versión original (Miele et al, 2000a, 2000b), excepto en la escalas relacionadas con el abuso de sustancias, en donde la versión española obtiene resultados negativos.

Con respecto a la validez, la investigación ha relacionado las escalas de la SDSS con variables dentro de su red nomológica. Los resultados relacionados con la validez, muestran correlaciones significativas con dichas variables, aportando evidencias a favor de la discriminación por parte de la SDSS de cara a los constructos que se están midiendo.

Por otro lado, la revisión de la literatura realizada en el capítulo dos de la presente investigación, diferenciaba dos tipos de instrumentos de medición relacionados con el trastorno por consumo de sustancias en base al objetivo de medición: por un lado, se refleja la existencia de instrumentos que evalúan el diagnóstico del trastorno en base a criterios manuales; por otro lado, se refleja la existencia de instrumentos que miden la gravedad de la

dependencia de sustancias en base a variables relacionadas con los problemas de consumo. Ambos bloques de instrumentos han contrastado en distintos estudios sus propiedades psicométricas para el aval de su utilización, como se especificó anteriormente. Las propiedades psicométricas de la SDSS mostrada en base a los resultados del primer estudio, van a la par de las obtenidas por otros instrumentos. Al presentar unas propiedades psicométricas adecuadas para su utilización, la diferencia que aporta la SDSS con respecto a los demás instrumentos radica en la capacidad de evaluar por medio de una única entrevista ambos objetivos de la medición. La SDSS presenta la capacidad de medir el diagnóstico del trastorno y la gravedad del mismo, consiguiendo no perder el consenso entre profesionales y otorgando información más específica del paciente. Estos resultados van acordes con la necesidad de una evolución por parte de los instrumentos mostrada por Krueger y Bezdjian (2009) motivada por las limitaciones del sistema categorial.

El segundo objetivo marcado por la investigación es analizar el funcionamiento clínico que presenta la SDSS en la evaluación de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias y los resultados terapéuticos.

El estudio realizado con pacientes en tratamiento por consumo de sustancias, muestra que los pacientes que presentan la probabilidad de presentar un trastorno de personalidad comorbido presentan mayor severidad en la dependencia y mayores problemas derivados del consumo.

La investigación evalúa, en base a tres modelos, la relación entre las variables de trastorno de personalidad, severidad de la dependencia y problemas relacionados con el consumo. Los resultados muestran un ajuste adecuado para ellos, revelando que los problemas relacionados con el consumo aumentan por la presencia de ambos trastornos. Estos resultados concluyen que los trastornos de personalidad influyen de forma negativa en

la severidad de la dependencia, pudiendo ser un predictor del trastorno por consumo de sustancias (Trull et al., 2004).

Por otro lado, los resultados del estudio dan soporte a la realización de tratamientos basados en la comorbilidad psiquiátrica, aunque aún se tengan que investigar la eficacia de los mismos en su aplicación (Flynn y Brown, 2008). Los problemas relacionados con el consumo de sustancias quedan mejor explicados a través de la relación entre el trastorno de personalidad y la severidad de la dependencia de sustancias, lo que muestra la necesidad de un abordaje de ambas patologías en el tratamiento. A nuestro parecer, un tratamiento que no evalúe la comorbilidad en el paciente y aborde desde esa perspectiva el tratamiento, no conseguirá el éxito por el que ha sido creado.

Estos resultados avalan la necesidad de un diagnóstico más exhaustivo del paciente. En la evaluación del paciente, el clínico debe utilizar los instrumentos necesarios para evaluar el principal motivo de entrada en tratamiento y la comorbilidad que pueda presentar (Delic y Pregelj, 2013). Para esta evaluación, los instrumentos utilizados por el paciente deben ser sensibles de cara a medir el momento actual del paciente y su relación con el trastorno. Los resultados encontrados en el estudio muestran que la SDSS es un instrumento sensible a la hora de medir las diferencias entre los pacientes y las sustancias utilizados, otorgando una información concreta del estado actual del paciente. Estas características la hacen una entrevista útil de cara al diagnóstico del paciente y al seguimiento del tratamiento. De acuerdo con Rounsaville et al. (2001), el terapeuta debe tener una serie de estrategias que le permitan evaluar el proceso de tratamiento, estando entre ellas la capacidad de medir la evolución del mismo. En este aspecto, la SDSS presenta la sensibilidad para realizar dicha medición, lo que la diferencia de otros instrumentos que se emplean en la evaluación.

En relación al párrafo anterior, la SDSS ya ha sido utilizada en contextos clínicos, mostrando una mayor sensibilidad y capacidad de abstraer información del paciente (Lozano, Rojas y Fernández-Calderón, 2017), cumpliendo con uno de los objetivos para los que fue adaptada.

El último objetivo de la investigación consiste en aportar evidencias de validez centrándose en la sensibilidad y especificidad de la escala de alcohol de la SDSS en base al sistema de clasificación nosológica del DSM-IV.

Para la evaluación de este objetivo, se ha utilizado como referencia la M.I.N.I. porque evalúa en base a criterios DSM-IV y es ampliamente utilizado como patrón estándar en los estudios de validación de escalas (Chishinga et al., 2011; Humeniuk et al., 2008; Myer et al., 2008; Newcombe y Humeniuk, 2005). La correlación con respecto a la presencia o ausencia de dependencia de alcohol se muestra significativa entre ambos instrumentos. En cambio, se producen correlaciones inversas al comparar la escala de dependencia de alcohol de la SDSS con las escalas de otras sustancias de la M.I.N.I.

Por otro lado, el porcentaje de diagnósticos realizados por ambos instrumentos es elevado (76%). La diferencia en el resto de muestra otorga un mayor porcentaje de pacientes diagnosticados por la M.I.N.I. y no por la SDSS. Este aspecto es debido a la diferencia en la variable de temporalidad de medida. La M.I.N.I. posiciona la evaluación en los últimos 12 meses. Por el contrario, la SDSS sitúa la evaluación en los últimos 30 días. La posición temporal de la SDSS provoca que el paciente haya reducido la sintomatología relacionado con el trastorno por consumo de sustancias, no cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico.

Los resultados con respecto a la sensibilidad y especificidad son significativos, mostrándose adecuados. Las propiedades psicométricas del estudio, muestran evidencias de

validez adecuadas para la finalidad de la escala de dependencia al alcohol de la SDSS, aportando mayor sensibilidad en la medición del paciente con respecto a otros instrumentos diagnósticos que sólo miden la presencia del diagnóstico, mostrando una mejor evaluación necesaria para el tratamiento del paciente acorde con las necesidades mostradas por Krueger y Bezdjian (2009).

El presente trabajo presenta una serie de limitaciones que deben ser descritas para el desarrollo de futuras investigaciones. Por un parte, uno de los inconvenientes encontrados en dicha investigación ha sido el acceso a la muestra. La muestra analizada en los distintos estudios refleja un tamaño bajo, en comparación con los análisis realizados en la versión original (Miele et al., 2000a, 2000b). Además, sólo se ha podido acceder a una muestra autóctona de España en tratamiento por trastorno por consumo de sustancias. En base a las directrices de la APA, AERA y NCME (2002), el análisis de un único perfil por parte de la investigación dificulta la generalización de los resultados y sus propiedades psicométricas. Por ello es importante que se realicen investigaciones con otro perfil de sujetos y con una muestra mayor.

Por otro lado, las entrevistas relacionadas con la medición de la fiabilidad test-retest han sido realizadas por el mismo entrevistador. De cara a futuras investigaciones es recomendable el análisis de la fiabilidad en base a otros mecanismos por medio de diferentes entrevistadores que enriquezcan la investigación.

Para finalizar, la presente investigación analiza la utilización de la entrevista en base a criterios DSM-IV. En la actualidad, ya está en uso el DSM-5 y, como se expresa en el manual de la entrevista, se ha confeccionado la entrevista en base a criterios de esta última edición. Este aspecto debe llevar a la investigación de las propiedades psicométricas, así como su uso clínico, de la entrevista basada en criterios del DSM-5.



## Capítulo 6

### Conclusiones

El presente estudio ha realizado la adaptación entre culturas de un instrumento que evalúa el trastorno por consumo de sustancias. Para realizar ese proceso se ha basado en un sistema de adaptación que permite extrapolar los términos nosológicos hacia otra cultura distinta (Barbero et al., 2008). Las culturas tienen una alta implicación en el comportamiento humano, afectando en la sintomatología de los trastornos, por lo que es importante un paso seguro en la adaptación de instrumentos procedentes de otras culturas.

Las características del instrumento propician un avance en la evaluación del paciente en el trastorno por consumo de sustancias. Una correcta evaluación del paciente es primordial para un correcto tratamiento. El estudio realizado por Trull et al. (2004) y los resultados de esta investigación reflejan la importancia de la medición de la comorbilidad del paciente. Una evaluación que no mida los posibles trastornos que pueda tener el paciente, lleva a un fracaso en el tratamiento al no considerar todas las variables que afectan al mismo.

Así como la diferenciación de trastornos es importante para un buen diagnóstico, la sensibilidad de la mediación es vital. A pesar de que las teorías han llevado a mostrar una serie de criterios que se repiten en el trastorno por consumo de sustancias (Edwards y Gross, 1976), cada paciente presenta una idiosincrasia propia, teniendo una relación diferente a los demás pacientes, acorde con algunas teorías que presentan distintos tipos de consumidores (Jellinek, 1960) o la diferenciación en función del tipo de sustancia consumida (Scheier et al., 2008).

El presente trabajo apoya las conclusiones de Krueger y Bezdjian (2009), que reflejan la necesidad de sistemas dimensionales de cara a una correcta evaluación y tratamiento del paciente dentro de los trastornos mentales, aspecto que ha sido abordado con la modificación en el trastorno por consumo de sustancias en el DSM-5 (APA, 2013), aportando mayor sensibilidad y especificidad a la medida, lo que mejora el diagnóstico y, por ende, el tratamiento. Pero la SDSS no se aleja del sistema categorial que aporta un consenso entre profesionales (Miele et al., 2000a). La SDSS consigue medir al sujeto dentro de una dimensión a través de los criterios del DSM-IV y DSM-5. Como se ha expresado anteriormente, el manual de la SDSS muestra dos evaluaciones generales: por un lado la evaluación de la presencia del diagnóstico y, por otro lado, la evaluación de la gravedad del trastorno, lo que le proporciona una gran eficacia. Estos aspectos provocan un ahorro de tiempo en la evaluación en los distintos servicios de atención en drogodependencias, sumando a un tiempo similar a las entrevistas de cribado, mejoran la atención sanitaria de los pacientes.

Por otro lado, el trastorno por consumo de sustancias suele presentar una baja adherencia al tratamiento pudiendo provocar recaídas y cronicidad (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2000). El presente estudio muestra como la SDSS es sensible a los cambios en los síntomas del trastorno posicionando la medida del sujeto en los últimos 30 días. Esta característica le da al instrumento la capacidad de medir la evolución del tratamiento.

Un instrumento debe servir para medir el constructo para el que ha sido creado. En este aspecto, la presente investigación ha servido para mostrar evidencias de la utilidad de la SDSS para medir el trastorno por consumo de sustancias y su gravedad, mostrando propiedades psicométricas adecuadas para su uso.

La razón de una investigación es aportar conocimientos que apoyen los hallazgos presentados o lleven a nuevos avances en la ciencia. Esta investigación ha mostrado un respaldo a la nueva codificación del DSM-5 al unificar el abuso y la dependencia en un mismo eje. Los resultados mostrados por la investigación reflejan un comportamiento pobre relacionado con las escalas de abuso. Por el contrario, los resultados de las escalas de dependencia reflejan un comportamiento adecuado, acorde con los resultados de otros estudios que analizan el sistema del DSM-5 (Compton et al, 2013).

En definitiva, la presente investigación aporta un instrumento útil basado en las últimas teorías que describen el trastorno por consumo de sustancias y siguiendo los estándares de adaptación de instrumentos entre culturas, dando respuesta al principal objetivo de dicho trabajo.



## **Referencias y anexos**



## Referencias

### A

- Albanese M. J., Bartel R. L., Bruno R. F., Morgenbesser M. W. y Schatzberg, A. F. (1994). Comparison of measures used to determine substance abuse in an inpatient psychiatric population. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1077–1078.
- Alvarado, ME., Garmendia, ML., Acuña, G., Santis, R. y Arteaga, O. (2009). Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista Médica de Chile*, 137, 1463-1468.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education. (2002). *Standards for educational and psychological testing*. Washington DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1st ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association. *DSM IV - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., y Babín, F. (2013). 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*, 25, 118–127.

## B

Babor, T. F., Cooney, N. L. y Lauerman, R. J. (1987). The dependence syndrome concept as a psychological theory of relapse behavior: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts. *British Journal of Addiction*, 82, 393-405.

Babor, T.F. (1992) Substance-related problems in the context of international classificatory systems, En: Lader, M.; Edwards, G.; Drummond, D.C. (Eds.) *The nature of alcohol and drug related problems* (Oxford, Oxford Medical Publications).

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. y Monteiro, M. (2001) *Audit. The Alcohol Use Disorders Identification Test guidelines for use in primary care. 2nd Edition*. Ginebra: Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization.

Ball, S., Carroll, K., Canning-Ball, M., y Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout drug abuse treatment: symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320–330.

Barbero, M. I., Vila, E. y Holgado, F. P. (2008). La adaptación de los tests en estudios comparativos interculturales. *Acción Psicológica*, 5(2), 7-16.

Bartoli, F., Carrà, G., Crocamo, C. y Clerici, M. (2015). From DSM-IV to DSM-5 alcohol use disorder: An overview of epidemiological data. *Addictive Behaviors*, 41, 46–50

Becoña, E., Rodríguez, A. y Sálazar, I. (1994). *Drogodependencias volumen I: introducción*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.

Bentler P. M. (2003). *EQS structural equations program for windows* (Vers. 6.1 Beta Build 70) [ComputerSoftware]. Encino, CA: Multivariate Software.

Blanken, P., Hendriks, V. M., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., Fahmer, E. M., Gsellhofer, B., Küfner, H., Kokkevi, A. y Uchtenhagen, A. (1994). *European Addiction Severity Index EUROPASI. A guide to training and administering EUROPASI interviews*. Brussels, European Commission. 1994.

Blouin, AG., Perez, EL. y Blouin, J. (1987). Computerized administration of the diagnostic interview Schedule. *Psychiatry Research*, 23, 335-344

Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *En Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.

Bowman, K. M. y Jellinek, E. M. (1941). Alcoholic mental disorders. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2, 312-390.

Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., y Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178.

## C

Carrà, G., Scioli, R., Monti, M. C. y Marinoni, A. (2006). Severity profiles of substance-abusing patients in Italian community addiction facilities: influence of psychiatric concurrent disorders. *European Addiction Research*, 12, 96–101.

Carey, KB., Carey, MP. Y Chandra, PS. (2003). Psychometric Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and Short Drug Abuse Screening Test with Psychiatric Patients in India. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(7), 767–774.

Celio, MA., Vetter-O'Hagen, CS., Lisman, SA., Johansen, GE. Y Spear, LP. (2011). Integrating field methodology and web-based data collection to assess the reliability of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 142– 144.

Chishinga, N., Kinyanda, E., Weiss, H. A., Patel, V., Ayles, H. y Seedat, S. (2011). Validation of brief screening tools for depressive and alcohol use disorders among TB and HIV patients in primary care in Zambia. *BMC Psychiatry*, 11, 75.

Colpaert, K., De Maeyer, J., Broekaert, E. y Vanderplasschen, W. (2013). Impact of addiction severity and psychiatric comorbidity in the quality of life of alcohol, drug and dual dependent persons in residential treatment. *European Addiction Research*, 19, 173–183.

Combaluzier, S., Gouvernet, B., y Bernoussi, A. (2009). Impact of personality disorders in a sample of 212 homeless drug users. *Encephale*, 35(5), 448–453.

Compton, WM., Cottler, LB., Dorsey, KB., Spitznagel, EL. y Mager, DE. (1996). Comparing assessments of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 179- 187.

Compton, WM., Dawson, DA., Goldstein, RB. Y Grant, BF. (2013). Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 387– 390.

Córdoba, R., Camaralles, F., Lizarbe, V. y Jiménez, M. (2012). Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria. *Atención Primaria*, 44(11), 635-7.

Cottler, LB., Robins, LN. y Helzer, JE. (1989). The Reliability of the CIDI-SAM: a comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction*, 84, 801-814.

Cuenca-Royo, AM., Sánchez-Niubó, A., Forero, CG., Torrens, M., Suelves, JM. y Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, 37, 709–715.

## D

Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N. y Wodak, A. (1991): *The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual. National Drug and Alcohol Research Centre Technical Report Number 11*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.

De Pablo, F., Albacete, A., Meroño, A., Artiz, M., Berbell, F., García, A., Giménez, L., Martínez, A., Mateu, A., Plaza, R., Sepulcre, R. y Sánchez, N. (1992). Validez de la versión española del diagnostic interview Schedule. Tercera versión revisada (DIS-III-R). *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(6), 257-262.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Rev. Historia Psicología*, 30(2-3), 81-90.

Delic, M. y Pregelj, P. (2013). Factor associated with the outcome of drug addiction treatment. *Psychiatria Danubina*, 25(2), 337–340.

Drummond, D. C. (1992a). Instrument decontamination in the medical office. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 77(6), 18-23.

Drummond D. C. (1992b). Problems and dependence: chalk and cheese or bread and butter? En, Lader M., Edwards C. y Drummond C. *The Nature of alcohol and drug related problems*. Oxford University Press, New York.

## E

Edwards, G. y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical síndrome. *British Medical Journal*, 1, 1059-1061.

Edwards, G., Gross, M. M., Keller, M., Moser, J. y Room, R. (Ed.) (1977) *Alcohol-related disabilities*. Ginebra: WHO Offset Publ. No. 32.

Edwards, G. (1986). The alcohol dependence syndrome: a concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171-183.

Edwards, G. (1992) Problems and dependence: the history of two dimensions, En: Lader, M.; Edwards, G.; Drummond, D.C. (Eds.) *The nature of alcohol and drug related problems* (Oxford, Oxford Medical Publications).

Esquirol, E. (1845). *Mental Maladies. Treatise on Insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard.

## F

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Robert A. Woodruff, R. A., Winokur, G. y Mum, R. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archive of General Psychiatry*, 26, 57-63.

Feingold, A. y Rounsaville, B. (1995). Construct validity of dependence síndrome as measuree by DSM-IV for different psychoactive substances. *Addiction*, 90(12), 1661-1669.

Fenton, M. C., Keyes, K., Geler, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., Grant, B., y Hasin, D. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*, 107, 599–609.

Fernández del Río, E., Martínez, C., y Becoña, E. (2011). Concordancia entre el cuestionario de cribado del IPDE y el diagnostic de trastornos de la personalidad en fumadores. *Psicología Conductual*, 19(2), 303–315.

- Ferrando, L., Gibert, J. y Lecrubier, Y. (1996). Fiabilidad y validez de la escala MINI versión CIE10. [Comunicación oral]. Actas del IV Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica*, 6(2), 107.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane J., Pope H. G. y Rounsaville, B. (1995). The structured clinical interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). II. Multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9, 92–104.
- Flynn, P. M., y Brown, B. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 36–47.
- Freixa, F. y Bach, L. (1978). *Sociopatología del alcohólico*. Barcelona: Fargraf.
- Forman, R., Svikis, D. S., Montoya, I. y Blaine, J. (2004). Selection of a substance use disorder diagnostic instrument by the national drug abuse treatment clinical trials network. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 1–8.
- Fureman, B., Parikh, G., Braga, A., & McLellan, A. T. (1990). *Addiction Severity Index: A guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years (Fifth edition)*. Pennsylvania: The University of Pennsylvania/Veterans Administration, Center for Studios of Addiction.

## G

- Gerstley, L., McLellan, A. T., Alterman, A. I., Woody, G. E., Luborsky, L., y Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis form patients with antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 508–512.
- Gillespie, N. A., Neale, M. C., Prescott, C. A., Aggen, S. H. y Kendler, K.S. (2007). Factor and item-response analysis DSM-IV criteria for abuse of and dependence on cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants and opioids. *Addiction*, 102(6), 920-930.
- Goethe, J. W. y Fisher, E. H. (1995). Validity of the diagnostic interview Schedule for detecting alcoholism in psychiatric inpatients. *Americian Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(4), 565-571.

- González-Saiz, F. (2003). Bases conceptuales para una clasificación de instrumentos de evaluación en drogodependencias. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 1(1), 61-89.
- González-Saiz, F. y Carulla, L. (1999). 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. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(1), 46-60.
- González-Saiz, F., De las Cuevas, C., Barrio, G. y Domingo-Salvany, A. (2008). Versión española consensuada de la Severity of Dependence Scale (SDS). *Medicina Clínica*, 131, 796-9.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. y Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Gossop, M., Marsden, J. y Stewart, D. (2001). Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems. *Addiction*, 97, 169-178.
- Graham, K., Bernards, S., Knibbe, S., Willsnack, S., Greenfield, T., Dietze, P., Obot, I. y Gmel, G. (2011). Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*, 106(8), 1391-1405.
- Grunberg, N. E. y Acri, J. B. (1991). Conceptual and methodological considerations for tobacco addiction research. *British Journal of Addiction*, 86(5), 637-641.
- Grunberg, N. E. (1994). Overview: biological processes relevant to drugs of dependence. *Addiction*, 89(11), 1443-1446.
- Gureje, O., Mavreas, V., Vázquez-Barquero, J. L. y Janca, A. (1997). Problems related to alcohol use: a cross-cultural perspective. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21(2), 199-211.

**H**

- Hambleton, R. K. y Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross-cultural assessment: use of improved methods for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(3), 147-157.
- Hambleton, R. K. (2001). The next generation of the ITC Test Translation and Adaptation Guidelines. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 164-172.
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. En R. K. Hambleton, P. F. Merenda y C. D. Spielberger (Eds.). *Adapting psychological and educational tests for cross-cultural assessment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hasin, D. S., Muthuen, B., Wisnicki, K. S. y Grant, B. (1994). Validity of the bi-axial dependence concept: a test in the US general population. *Addiction*, 89, 573-579.
- Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M. y Endicott, J. (1996) Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*. 1996;159:1195–1201.
- Hasin, D., Liu, X., Anderson, D. y Grant, B. (2006a). DSM-IV alcohol dependence: a categorial or dimensional phenotype? *Psychological medicine*, 36, 1695-1705.
- Hasin, D., Hatzenbuehler, ML., Keyes K. y Ogburn, E. (2006b). Substance use disorders: diagnostic and stadistical manual, fourth edition (DSM-IV) and international classification of diseases, tenth edition (CIE-10). *Addiction*, 101 (1), 59-75.
- Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Blanco, C., y Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug and nicotine use disorders. *Archive of General Psychiatry*, 68, 1158–1167.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy LT, Spitznagel EL, Stoltzman RK, Farmer A, y Brockington IF. (1985). A comparison of clinical and DIS diagnoses: Physician reexamination of lay interviewed cases in the general population. *Archive of General Psychiatry*, 42, 657–666.
- Helzer JE, Stoltzman RK, Farmer A, Brockington IF, Plesons D, Singerman B, y Works J. (1985). Comparing the DIS with a DIS/DSM-III-based physician reevaluation. In:

- Eaton WW, Kessler LG, editors. Epidemiologic field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. New York: Academic Press, 285–308.
- Helzer, J.E., Bucholz, K. K. y Gossop, M. (2007). A dimensional option for the diagnosis of substance dependence in DSM-V. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 24-33.
- Hides, L., Dawe1, S., Young, RMcD. y Kavanagh, DJ. (2007). The reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in psychosis. *Addiction*, 102, 35–40.
- Hoffmann, NG. y Kopak, AM. (2015). How well do the DSM-5 alcohol use disorder designations map to the ICD-10 disorders? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(4), 697-701.
- Horton, J., Compton, WM. y Cottler, LB. (2000). Reliability of substance use disorder diagnoses among African–Americans and Caucasians. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 203–209.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., et al. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103, 1039-1047.
- Huss, M. (1984). *Alcoholismus Chronicus, eller Chronisk Alkoholjsjukdom; est bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm.
- I**
- International Test Commission. (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. [<http://www.intestcom.org>].
- Iraurgi, I. y González-Saiz, F. (2002). *Instrumentos de Evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica.

**J**

Jackson, K. M., Sher, K. J., y Wood, P. K. (2000). Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24, 902–913.

Jahng, S., Trull, T., Wood, P., Tragesser, S. L., Tomko, R., Grant, J., Bucholz, K., y Sher, K. (2011). Distinguishing general and specific personality disorder features and implications for substance dependence comorbidity. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 656–669.

Jané-Llopis, E., y Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco. A review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25, 515–536.

Jeanrie, C. y Bertrand, R. (1999). Translating Tests with the International Test Commission's Guidelines: keeping validity in mind. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(3), 277-283.

Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673-684.

Jellinek, EM. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83(26), 1341-1345.

**K**

Kaminer, Y., Bukstein, O. y Tarter, R. E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: rationale and reliability. *International Journal Addition*, 1991, 26, 219–226.

Kendler, K., Prescott, C. A., Myers, J., y Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archive of General Psychiatry*, 60, 929–937.

Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56, 730–737.

Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B. y Wittchen, HU. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 171-185.

Kessler, R., Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-27.

Kessler, P., Terra, M., Faller, S., Stolf, R., Peuker, C., Benzano, D., y Brazilian ASI Group (2012). Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *American Journal on Addictions*, 21(4), 370–380.

Kirisci, L., Tarter, R. P., Vanyukov, M., Martin, C., Mezzich, A. y Brown, S. (2006). Application of ítem response theory to quantify substance use disorder severity. *Addictive Behaviour*, 31, 1035-49.

Kleber, D. (1990). The nosology of abuse and dependence. *Journal psychiatria research*. 24 (2), 57-64.

Kraepelin, E.(1909).*Psychiatrie*. Leipzig: Barth.

Krueger, R., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., y McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior and personality: modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 1189–1199.

Krueger, R. F., Nichol, P. E., Hicks, B. M., Markon, K. E., Patrick, C. J., Iacono, W. G. y McGue, M. (2004). Using Latent Trait Modeling to Conceptualize an Alcohol Problems Continuum. *Psychological Assessment*, 16(2), 107-119.

## L

Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., y Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*.

Langas, A., Malt, U. F., y Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 180.

- Langbehn, D., Cadoret, R., Caspers, K., Throughton, E. P., y Yucuis, R. (2003). Genetic and environmental risk factors for the onset of drug use and problems in adoptees. *Drug & Alcohol Dependence*, 69, 151–167.
- Lawrinson, P., Copeland, J., Gerber, S. y Gilmour, S. (2007). Determining a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 32, 1474–1479.
- Levola, J., Aalto, M., Holopainen, A., Cieza, A., & Pitäken, T. (2014). Health-related quality of life in alcohol dependence: a systematic literature review with a specific focus on the role of depression and other psychopathology. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 369–3843.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A., y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad: modulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahi, A., Diekstra, R. F., & Fergusson, B. (1994). The international personality disorder examination. The World Health Organization/ Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archive of General Psychiatry*, 51, 215–224.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavioral Research Methods, Instruments and Computers*, 38, 88-91.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., Pérez, C., Apraiz, B., Sánchez, F. y Marín A. (2007). Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*, 9, 97-107.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., Pérez, C., González-Saiz, F., Ballesta, R. y Bilbao, I. (2008). Validity evidence of the Health Related Quality of Life for Drug Abusers Test (HRQOLDA Test) based on Biaxial Model of Addiction. *Psicothema*, 20, 311–317.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J. y Pérez, C. (2009). Development of a specific Health-Related Quality of Life Test in Drug Abusers using the Rasch Rating Scale Model. *European Addiction Research*, 15, 63-70.

Lozano, O. M., Rojas, A. J. y Fernández-Calcerón, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health*, 26(2), 119-126.

Lundin, A., Hallgren, M., Forsman, M. y Forsell, Y. (2015) Comparison of DSM-5 Classifications of Alcohol Use Disorders With Those of DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 in a General Population Sample in Sweden. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 76, 773–780.

## M

Magallón-Neri, E. M., Forns, M., Canalda, G., de la Fuente, E., García, R., González, E., Lara, A., y Castro-Fornieles, J. (2013). Usefulness of the international personality disorder examination screening questionnaire for borderline and impulsive personality pathology in adolescent. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 301–308.

Maisto, S. A. y Saitz, R. (2003). Alcohol Use Disorders: screening and diagnosis. *The American Journal on Addictions*, 12, 12-25.

Marsden, J., Gossop, G., Stewart D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. y Strang, J. (1998). The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for assessing treatment outcome. *Addiction*, 93, 1857–1867.

Martínez Arias, R., Hernández Lloreda, MV y Hernández Lloreda, MJ. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza.

Martin, CS., Chung, T., Kirisci, L. y Langenbucher, JW. (2006). Item Response Theory Analysis of Diagnostic Criteria for Alcohol and Cannabis Use Disorders in Adolescents: Implications for DSM–V. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 807-814.

Martin, G., Copeland, J., Gates, P. y Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 90-93.

Maser J. D., y Patterson T. (2002). Spectrum concepts and DSM-IV: Contrasts and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America.*, 25(4), 855-85.

- Matsumoto, D. (1994). *People: Psychology from a cultural perspective*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole Publishing
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249–252.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- McLellan A.T., Cacciola J. S., Fureman I. (1996). The Addiction Severity Index (ASI) and the Treatment Services Review (TSR). In Sederer L. & Dickey B (Eds.). *Outcomes assessment in clinical practice*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, P. y Kleber, H. (2000). Drug Dependence, a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 1689-95.
- McMahin, R. C., y Enders, C. (2009). Personality disorder factor predict recovery of employment functioning among treated cocaine abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(3), 138–144.
- McMillan, GP., Lapham, S. y Baca, J. (2009). Validation of a DIS-III-R Rescoring Algorithm for DSM-IV Alcohol-Use Disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 143-146.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., y Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304–316.
- Midanik, L., Tam, T. y Weisner, C. (2007). Concurrent and simultaneous drug and alcohol use: results of the 2000 National Alcohol Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 72–80.
- Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerman, M. S., Trautman, K. D., Baline, J. y Hasin, D. S. (2000a). Substance Dependence Severity Scale (SDSS): reliability and validity of a clinician-administered interview for DSM-IV substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 63-75.

Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerman, M. S., Trautman, K. D., Baline, J. y Hasin, D.S. (2000b). Concurrent and predictive validity of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 77-88.

Miele, G. M., Carpenter, K. M., Cockerman, M. S., Trautman, K. D., Baline, J. y Hasin, D.S. (2001). Substance Dependence Severity Scale reliability and validity for ICD-10 substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26, 603-612.

Monteiro, M. G. (2001). A World Health Organization perspective on alcohol and illicit drug use and health. *European Addiction Research*, 7, 98-103.

Moss, H. B., Goldstein, R. B., Chen, C. M., y Hy, Y. (2015). Patterns of use of other drugs among those with alcohol dependence: associations with drinking behavior and psychopathology. *Addictive Behaviors*, 50, 192-198.

Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.

Myer, L., Smit, J., Roux, L. L., Parker, S., Stein, D. J. y Seedat, S. (2008). Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care STDS*, 22(2), 147-58.

## N

Nathan, P. E., Conrad, M., Skinstad, A. H. (2016). History of the Concept of Addiction. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 29-51.

Newcombe, D. A., Humeniuk, R. E. y Ali, R. (2005). Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): report of results from the Australian site. *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 217-26.

## O

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>

**P**

Perron, B., Bunker, A., Bender, K., Vaughn, M., y Howard, M. O. (2010). Treatment guidelines for substance use disorders and serious mental illnesses: do they address co-occurring disorders? *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1262-1278.

Proudfoot, H., Baille, A. y Teesson, M. (2006). The structure of alcohol dependence in the community. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 21-26.

**R**

Raistrick, D., Dunbar, G. y Davidson, R. (1983). Development of a Questionnaire to Measure Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95.

Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J. y Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89, 563-572.

Riofrío, C. y Rodríguez, J. J. Identificación del alcoholismo en atención primaria. *JANO*, 65-72.

Robins, LN., Helzer, JE., Croughan, J. y Ratcliff, KS. (1981). National institute of mental health diagnostic interview Schedule. Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N. y Towle, M. S. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Robins, L. N., Cottler, L. B., Buchholz, K. K., Compton, W. M., North, C. S. y Rourke, K. M. (2000). *Diagnostic Interview Schedule for the DSM-IV (DIS-IV)*. St. Louis, Washington: University School of Medicine.

Rodríguez-Martos, A. (1989) *Manual de Alcoholismo para el medico de cabecera* Barcelona: Salvat Editores.

Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L. y Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91, 199–220.

Room, R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*, 101(1), 31-39.

Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 263–279.

Rounsaville, B. J., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (1986). Proposed changes in DSM-III substance use disorders: description and rationale. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 463–468.

Rounsaville, B. J., Carrollo, K. M. y Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: getting started and moving from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142.

Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M. C., Ulibarri, S. y Mata, F. (1996). Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol en la población española. *Anales de Psiquiatría*, 12, 285-9.

Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, MC. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198, 11-14.

Rush, B. (1785). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*. Philadelphia, PA: Bartam.

## S

Saha, TD., Chou, SP. y Grant, B. (2006). Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36, 931–941.

Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23, 223–233.

- Sánchez-Peña, J.F., Álvarez-Cotoli, P. y Rodríguez-Solano, J. J. (2012). Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(3), 129-35.
- Santis, R., Garmendia, ML., Acuña, G., Alvarado, ME. y Arteaga, O. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 103, 155–158.
- Sarr, M., Bucholz, K. K. y Phelps, D. L. (2000). Using cluster analysis of alcohol use disorders to investigate 'diagnostic orphans': subjects with alcohol dependence symptoms but no diagnosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(3), 295-302.
- Scheier, L. M., Ben-Abdallah, A., Inciardi, J. A., Copeland, J. y Cottler, L. B. (2008). Tri-city Study of Ecstasy Use Problems: A Latent Class Analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 98(3), 249-263.
- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
- Sellman, JD., Foulds, JA., Adamson, SJ, Todd, FC. y Deering, DE. (2014). DSM-5 alcoholism: A 60-year perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(6), 507–511.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. y Dunbar, G. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sireci, S. G., Yang, Y., Harter, J. y Ehrlich, E. J. (2006). Evaluating guidelines for test adaptations: a methodological analysis of translation quality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37, 557–567.
- Slade, K., y Forrester, A. (2013). Measuring IPDE-SQ personality disorder prevalence in pre-sentence and earlstage prison populations, with sub-type estimates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 207–212.

Sobell LC, Sobell MB (1992): *Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption*; in Litten RZ and Allen J (eds): *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. New Jersey: Humana Press, pp 41–72.

Spitzer R. L. y Williams JB. W. (1985). *Structured clinical interview for DSM-III-R, patient version*. New York: Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C. y Rankin, H. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British journal of Addiction*, 74, 79-87.

Stockwell, T., Murphy, D. y Hodgson, R. (1983). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its Use, Reliability and Validity. *British journal of Addiction*, 78, 145-155.

## T

Tanzer, N. K., y Sim, C. Q. E. (1999). Adapting instruments for use in multiple languages and cultures: A review of the ITC guidelines for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment*, 15, 258-269.

Torrens, M., Domenec-Serrano, M. A., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. y Martín-Santos, R. (2004). Diagnosis comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical interview for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1231-1237.

Trull, T. J., Waudby, C. J., y Sher, K. J. (2004). Alcohol, tobacco and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 12, 65–75.

Trull, T. J., Jahn, S., Tomko, R., Wood, P., y Sher, K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24, 412–426.

Tyburski, EM., Sokolowski, A., Samochowiec, J. y Samochowiec, A. (2014). New diagnostic criteria for alcohol use disorders and novel treatment approaches. *Archives of Medical Science*, 10(6), 1191–1197.

## U

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-andanalysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-andanalysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)

Urbanoski, K., Cairney, J., Adlaf, E., y Rush, B. (2007). Substance abuse and quality of life among severely mentally consumers. A longitudinal modeling analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 810–818.

Üstün, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S., Cottler, L., Göğüs, A., Mavreas, V., Peters, L., Pull, C., Saunders, J., Smeets, R., Stipek, M., Vrsti, R., Hasin, D., Room, R., Van den Brink, W., Regier, D., Blaine, J., Grant, BF. Y Sartorius, N. (1997) Who Study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 161–169.

## V

Van der Pol, P., Liebrechts, N., De Graff, R., Korf, DJ., Van den Brink, W. y Van Laar, M. (2013). Reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in frequent cannabis users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(2), 138–143.

Van Os, J., Gilvarry, C. M., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White I, y Murray, R. (1999). To what extent does symptomatic improvement result in better outcome in psychotic illness? *Psychological Medicine*, 29(5):1183-95.

Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano, O. M., y Verdejo-Garcia, A. (2013). Psychiatric profile of three-month retention in cocaine-dependent patients treated in a therapeutic community. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74, 452–459.

Verhuel, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282.

Verheul, R. y Van Den Brink, W. (2004). Comorbidity of personality disorders and substance use disorders. En: Kranzler, H.R. and Tinsle, J.A. (Ed.). Dual diagnosis and psychiatric treatment. *Substance abuse and comorbid disorders* (pp. 261–316). 2° Edition. New-York: Marcel Dekker.

Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., y Ball, S. A. (2005). En J. M. Oldham, A. E. Skodol, y D. S. Bender (Eds.), *Substance abuse., Textbook of Personality Disorders* (pp. 463–476). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing Inc..

## W

Wanke, K. (1984). Wer ist gefährdet? En Mohl, H. (Ed.) *Sucht. Erfahrungen Probleme Informationen*. Munich: Goldmann.

Westermeyer, J., y Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1, 93–110.

Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*, 9(6), 476–487.

World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (9th rev.)*. Geneva: World Health Organization, 1975.

World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th rev.)*. Geneva: World Health Organization, 2010.

Worley, M. J., Tate, S. R., Granholm, E., & Brown, S. A. (2014). Mediated and moderated effects of neurocognitive impairment on outcomes of treatment for substance dependence and major depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 82, 418–428.

## Y

Yen, S., Shea, M. T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grillo, C. M., McGlashan, T. H., Skodol, A. E., Bender, D. S., Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., y Morey, L. C. (2003). Axis I

and II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 375–381.

**Z**

Zimmerman, M., Rothschild, L., y Chelminski, I. (2005). The prevalence of DMS-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 911–918.

Zubaran, C., Sud, R., Emerson, J., Zolfaghari, E., Foresti, K. y Lozano, O. M. (2012). Validation of the English version of the Health-Related Quality of Life for Drug Abusers (HRQOLDA) Test. *European Addiction Research*, 18: 220–227.

## **ANEXOS**

La entrevista y los artículos que forman parte de los “Anexos I al IV” han sido retirados de la tesis debido a restricciones relativas a derechos de autor. En sustitución de los artículos ofrecemos la siguiente información: referencia bibliográfica, enlace al texto completo (solo para miembros de la UHU) y resumen si lo tuviera.

### **ANEXO I**

- THE SUBSTANCE DEPENDENCE SEVERITY SCALE S.D.S.S. Gloria M. Miele; Deborah Hasin; Tamara Swartz; Melissa Smith; Kristin Dietz Research Assessment Associates, Inc. New York – Columbia University New York.

### **ANEXO II**

- Vélez Moreno, A., González Saiz, F., Rojas, A.J., Torrico Linares, E., Fernández Calderón, F., Ramírez López, J., Lozano, O.M. “Reliability and validity of the Spanish versión of the Substance Dependence Severity Scale”. European Addiction Research. Vol. 21, n. 1, págs.. 39-46. DOI: 10.1159/000365282

Enlace al texto completo del artículo (solo para miembros de la UHU):

<http://dx.doi.org/10.1159/000365282>

### **RESUMEN:**

Purpose: The purpose of this study was to estimate the reliability and provide evidence for the validity of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS). Methods: A total of 211 substance abusers recruited at a public center that provides treatment for substance-related disorders in an outpatient setting were assessed. Reliability was estimated by Cronbach's  $\alpha$  and test-retest. Validity evidence was studied by analyzing the relationships with the European Addiction Severity Index (EuropASI) and Health-Related Quality of Life for Drug Abusers (HRQoLDA). Results: Adequate reliability coefficients were found for the dependence scales of all addressed substances ( $\alpha = 0.737$  to  $0.877$ ; test-retest  $r = 0.796$ - $0.952$ ). Low internal consistency was found for the abuse scales ( $\alpha = 0.329$ - $0.694$ ), and adequate test-retest coefficients on alcohol, cocaine and heroin (test-retest  $r = 0.708$ - $0.902$ ). The reliability of the cannabis abuse scales was inadequate. The SDSS scores showed significant relationships with the EuropASI and HRQoLDA dimensions. Conclusions: The psychometric analyses validate the use of the severity of dependence scales. The SDSS abuse scales must be used taking the limitations detected into consideration.

### **ANEXO III**

- Vélez Moreno, A., Rojas, A.J., Rivera, F., Fernández Calderón, F., Torrico Linares, E., Ramírez López, J., González Saiz, F., Lozano, O.M.: “The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems”. International Journal of Mental Health and Addiction. Vol. 15, n. 5, págs.. 1008-1022, (2017). DOI:10.1007/s11469-016-9696-9

Enlace al texto completo del artículo (solo para miembros de la UHU):

<http://dx.doi.org/10.1007/s11469-016-9696-9>

#### RESUMEN:

The comorbidity between Personality Disorders and Substance Use Disorders is well documented. Relationships between these two mental disorders are complex, and their concomitance generates poorer therapeutic prognosis and more severe psychosocial problems than either disorder alone. The purpose of this study was to compare three models of the relationship between personality disorders, substance use disorders and substance-related problems. Substance use disorder patients ( $n = 199$ ) were recruited from outpatient centers for drug abuse care. The International Personality Disorder Examination Screening Questionnaire, European Addiction Severity Index and Substance Dependence Severity Scale were administered. For statistical analysis,  $t$  test, Pearson correlations and structural equation models were used. Patients with comorbidity showed more severe substance use disorder and more substance-related problems than patients without comorbidity. The three models fit well to the data, but two model with the effect mediation of severity of substance dependence between personality disorders and substance-related problems explained more variance observed. Considering the impact of personality disorders on family/social functioning, legal status and employment in these patients, integrated treatment models are needed to provide efficient care.

#### ANEXO IV

- Vélez Moreno, A., Lozano, O.M., Fernández Calderón, F., Rojas, A.J., Sayans Jiménez, P., González Saiz, F., Ramírez López, F.: "Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS. Actas Españolas de Psiquiatría. Vol. 43 (3), págs. 99-108, (2015). ISSN 1139-9287

Enlace al texto completo del artículo:

<https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/17/95/ESP/17-95-ESP-99-108-366428.pdf>

#### RESUMEN:

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 Europ-ASI. 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.

## **Anexo I**

# **Substance Dependence Severity Scale (SDSS)**



## **Anexo II**

### **Reliability and validity evidence of the Spanish version of the Substance Dependence Severity Scale (SDSS)**

Este trabajo ha sido publicado en la revista *European Addiction Research* (JCR 2013: 2.33) :

Vélez-Moreno, A., González-Saiz, F., Rojas, A.J., Torrico-Linares, E., Fernández-Calderón, F., Ramírez-López, J., Lozano, O.M. (2015). Reliability and validity of the Spanish versión of the Substance Dependence Severity Scale. *European Addiction Research*, 21, 39-46. DOI: 10.1159/000365282



## Anexo III

### **Estudio III: The Impact of Personality Disorders and Severity of Dependence in Psychosocial Problems**

Este trabajo ha sido publicado en la revista *International Journal of Mental Health and Addiction* (JCR 2015: 1.018):

Antonio Vélez-Moreno, Antonio J. Rojas, Francisco Rivera, Fermín Fernández-Calderón, Esperanza Torrico-Linares, Juan Ramírez-López, Francisco González-Saiz, & Óscar M. Lozano. (En prensa). The impact of personality disorders and severity of dependence in psychosocial problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*.

doi:10.1007/s11469-016-9696-9



## Anexo IV

### **Estudio IV: Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS**

Este estudio ha sido publicado en la revista *Actas Españolas de psiquiatría* (JCR 2015: 0.813):

Antonio Vélez-Moreno, Óscar M. Lozano, Fermín Fernández-Calderón, Antonio J. Rojas, Pablo Sayans-Jiménez, Francisco González-Saiz, & Juan Ramírez López. (2015). Evidencias de validez, sensibilidad y especificidad de la dimensión de gravedad de la dependencia a alcohol de la SDSS. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43, 99-108.

