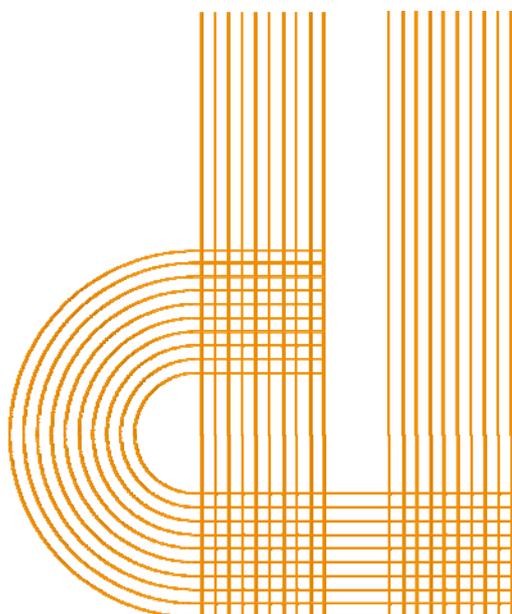


*Aplicación del SF-6D para medir el impacto de la
dependencia alcohólica en la calidad de vida*

Jacinto Mosquera Nogueira

Eva Rodríguez Míguez



Aplicación del SF-6D para medir el impacto de la dependencia alcohólica en la calidad de vida*

Jacinto Mosquera Nogueira (SERGAS). jacinto.mosquera.nogueira@sergas.es

Eva Rodríguez-Míguez (Universidade Vigo). emiguez@uvigo.es

Resumen

La dependencia alcohólica no solo reduce la esperanza de vida, sino que también provoca importantes pérdidas de calidad de vida en el dependiente y en las personas de su entorno. Este documento muestra nueva evidencia sobre el impacto de la dependencia alcohólica sobre la calidad de vida relacionada con la salud en España. Se reclutaron tres muestras: 150 alcohólicos, 64 familiares de alcohólicos, ambas muestras extraídas de una unidad de alcoholismo, y 600 personas procedentes de la población general. Aplicamos el SF-6D, un instrumento genérico basado en las preferencias, aplicando la tarifa estimada para España. Se ha obtenido que la pérdida media de calidad de vida asociada a la dependencia alcohólica es de 0.144 AVACs anuales para la persona que la padece y de 0.083 AVACs para sus familiares cercanos. Dicho impacto apenas experimenta variación cuando se controla por otras variables socioeconómicas, siendo superior al estimado en estudios similares. Las posibles explicaciones de estas diferencias son discutidas. Los resultados que se presentan en este trabajo pueden ser aplicados en los estudios de evaluación económica que miden los beneficios de las políticas destinadas a la reducción de la prevalencia de la dependencia alcohólica.

Palabras clave: dependencia alcohólica, SF-6D, años de vida ajustados por calidad.

* Financiación recibida por la Consellería de Economía e Industria (Xunta de Galicia) grant no. 10SEC300038PR y por el Ministerio de Ciencia e Innovación grant no. ECO2011-25661.

Introducción

El consumo abusivo de alcohol, sobre todo cuando se ha alcanzado una situación de dependencia alcohólica, provoca innumerables efectos en la salud. Así, el alcohol es el tercer factor de riesgo individual para enfermar, después del tabaco y la hipertensión (WHO 2002) y la segunda causa generadora de años de vida con discapacidad en varones, después de los trastornos depresivos (WHO 2008). Los diferentes estudios que han analizado dichos efectos han cuantificado, tanto su impacto sobre la esperanza de vida (Vaillant 2003, Campos et al. 2011, Markkula et al 2012, John et al. 2013), como sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para la estimación del impacto sobre la CVRS se suelen utilizar diferentes instrumentos genéricos, no basados en las preferencias, como el SF-36 (Daepfen et al. 1998, Kraemer et al. 2002, Stranges et al. 2006, Lahmek et al. 2009, Pettinatti et al. 2009), el SF-12 (Peltzer y Pengpid (2012) o una variante del SF-36 específica para dependencia alcohólica (AIQo19), desarrollado por Malet et al. (2006). Sin embargo, estos instrumentos no son recomendados para su aplicación en la evaluación económica, pues las valoraciones resultantes no son adecuadas para priorizar los recursos sanitarios (Taylor et al. 2004; Drumond et al. 2005). Por este motivo, desde diferentes ámbitos del estudio de las dependencias (Moller y Matic 2010, Popovici et al. 2008, Schori 2011), se recomienda el uso de otras medidas de calidad de vida, principalmente aquellas utilizadas para el cálculo de los *años de vida ajustados por calidad* (AVAC). Estas medidas estiman la CVRS mediante índices de utilidad en una escala numérica, donde 0 indica muerte y 1 buena salud.

La medición en AVACs del impacto de la dependencia alcohólica ha sido realizada desde diferentes enfoques. Por una parte, existen trabajos que miden de forma directa los índices de utilidad de padecer una dependencia alcohólica (Stouhard et al. 2000, Sanderson et al. 2004 y Kraemer et al. 2005). Aunque existe mucha variabilidad en los resultados, bien sea entre estudios, como dentro de un mismo estudio aplicando

diferentes metodologías, las estimaciones suelen mostrar que la dependencia alcohólica, en relación a la buena salud, supone una pérdida de calidad de vida superior a 0.3 AVACs anuales. Por otra parte, otros estudios miden dicha calidad de vida de forma indirecta mediante cuestionarios multiatributo, destacando la utilización del SF-6D (Pyne et al. 2011, Walters et al. 2009) y del EQ-5D (UKATT 2005, Parrott et al. 2006). Sin embargo, estos estudios no analizan los efectos del alcohol sobre la calidad de vida con respecto a una situación de no consumo, sino que analizan los efectos sobre la población dependiente de diferentes medidas de intervención. Por lo que nosotros sabemos, solo existen dos estudios que mediante la utilización de cuestionarios multiatributo miden la CVRS de las personas con dependencia alcohólica, en relación al resto de la población (Saarni et al. 2007 y Petrie et al. 2008). Aunque ambos estudios utilizan el EQ-5D como instrumento de medida (además Saarni et al. utilizan el 15D) obtienen resultados contradictorios. Mientras en el estudio de Saarni et al., realizado a una muestra representativa de la población finlandesa, apenas se aprecian diferencias entre la CVRS de la población general y la personas que sufren dependencia alcohólica, en el estudio de Petrie et al. realizado a una muestra de población rural australiana, se obtiene un impacto significativo (el mayor impacto lo obtienen los bebedores de muy alto riesgo los cuales experimentan una pérdida en su CVRS de un 11.7%).

Aunque la literatura se ha centrado en el análisis de los efectos sobre la CVRS de la persona bebedora, este consumo excesivo o dependencia también puede afectar significativamente a las personas de su entorno (Laslett et al. 2010, Nutt et al. 2010). Dichos efectos apenas han sido cuantificados en la literatura. En la revisión realizada, solo hemos encontrado un estudio en el que se analiza el impacto de la dependencia alcohólica sobre la CVRS de las personas del entorno del dependiente (Jarl et al. 2008). Sin embargo, en dicho estudio se utiliza el WHOQOL-BREF para calcular el impacto sobre la calidad de vida de familiares y amigos de alcohólicos, instrumento que como señalan los propios autores, no permite estimar AVACs y, por tanto, no resulta adecuado para su utilización en la evaluación económica.

El objetivo de este trabajo es aportar nueva evidencia empírica sobre los efectos que la

dependencia alcohólica provoca en la persona dependiente y en su entorno, tomando como grupo de control la población general, en línea con los trabajos de Saarni et al. y Petrie et al. Para ello se ha comparado la CVRS de una muestra de la población general gallega (una región de España) con la obtenida de una muestra de pacientes con dependencia alcohólica diagnosticada y sus familiares, procedentes de la misma región. Se ha aplicado el instrumento SF-6D (Brazier et al., 2002) para la obtención de los índices de utilidad. Por lo que nosotros sabemos, no existe ningún estudio que aplique el SF-6D con el objetivo de estudiar el impacto de la dependencia alcohólica en la CVRS, utilizando como grupo de control una muestra de la población general. Sin embargo, algunos autores han señalado las ventajas de las estimaciones obtenidas a partir de este instrumento, tal y como señalaremos en la siguiente sección.

Material y métodos

Muestras

Para analizar los efectos de la dependencia alcohólica se obtuvo la CVRS de tres muestras: 150 pacientes con dependencia alcohólica, 64 familiares de pacientes con dependencia alcohólica y 600 personas de la población general. La muestra de pacientes y familiares fue reclutada de una unidad de referencia en el tratamiento del alcoholismo del sistema sanitario público. Respecto a los pacientes se incluyeron a todos los que acudieron a consulta desde el 20 de enero de 2010 hasta completar una muestra de 150 sujetos. Se excluyeron a aquellos pacientes que, en el momento de la entrevista, presentaban intoxicación aguda por alcohol, patología psiquiátrica grave descompensada, deterioro cognitivo que a criterio del terapeuta del paciente impedían la realización de la entrevista, o se negaban a participar en el estudio.

Respecto a los familiares, se incluyeron a todas las personas que acompañaron a los pacientes que participaron en la entrevista, el día en que ésta fue realizada. El objetivo era reclutar familiares que tenían un vínculo estrecho con el dependiente y, por tanto, poder medir la posible influencia de la dependencia alcohólica en la calidad de vida de las personas próximas al dependiente. Si el día de la entrevista no acudía ningún

familiar se citaba al familiar que habitualmente lo acompañaba (si lo tenía) para ser incluido en la muestra. No había otro criterio de exclusión que la negativa a participar. Tanto los dependientes como sus familiares fueron entrevistados personalmente y de forma independiente por uno de los investigadores del estudio, lo cual facilitó la resolución de cualquier duda que pudiese surgir en el transcurso de la entrevista.

La muestra de población general se reclutó entre la población censada en Galicia (una región de España), en el año 2012, mediante un muestreo estratificado aleatorio en cuatro etapas, con ajuste final de cuotas por género y edad. Se excluyeron a aquellos sujetos que se negaron a ser encuestados, que presentaban una discapacidad que impedía su participación o que no estaban en su domicilio en el período de inclusión. A los sujetos incluidos en la muestra, se les entrevistó personalmente en su domicilio. Tanto el muestreo como las entrevistas fueron realizados por una empresa especializada, que utilizó 6 encuestadores profesionales entrenados por los investigadores de este estudio para la realización correcta del cuestionario.

Instrumento de medida de la CVRS

El cuestionario utilizado en este trabajo para medir la CVRS es el SF-6D. Su diseño fue realizado por Brazier et al. (2002 y 2004) a partir del cuestionario general SF-36 (Ware et al. 1993). El SF-6D, formado por 6 dimensiones (physical functioning, role limitations, social functioning, pain, mental health and vitality), con diferentes niveles cada una, permiten describir 18.000 estados de salud posibles. Consideramos que la aplicación del SF-6D tiene importantes ventajas. Por una parte, utiliza como método de valoración la lotería estándar, lo que permite introducir en las valoraciones la actitud frente al riesgo. Por otra parte, el EQ-5D presenta un efecto “techo” que dificulta la discriminación entre estados de salud cercanos a la buena salud, efecto que no parece observarse en el SF-6D (Johnson y Coons, 1998). También ha sido propuesto como el mejor método, tras un estudio comparativo entre la escala visual analógica, el intercambio temporal y la lotería estándar, realizado en alcoholismo (Kraemer et al 2005). Finalmente, existe un algoritmo diseñado por Brazier et al. (2004) que permite transformar las múltiples bases de datos que utilizaron el SF-36, en ítems del SF-6D, lo que permite obtener valoraciones de los estados de salud en

utilidades, válidas para su uso en la evaluación económica.

Sin embargo, existe evidencia de que el SF-6D presenta un efecto “suelo”, esto es, este instrumento presenta insensibilidad a la hora de discriminar entre los peores estados de salud (Longworth y Bryan, 2003). Esto provoca que la valoración de los estados de salud obtenidas con el SF-6D tengan un valor mínimo que es considerablemente mayor que el valor mínimo obtenido por otros instrumentos, sugiriendo una sobrevaloración de los estados peores. Por ejemplo, mientras el EQ-5D presenta valores negativos, indicando la existencia de estados peores que la muerte, el SF-6D estimado por Brazier et al. (2004) tiene un valor mínimo de 0.30. Aunque parte de esta insensibilidad puede tener su origen en el sistema descriptivo del instrumento, algunos estudios (Tsuchiya et al. 2006) muestra que ello también puede ser debido al método de valoración utilizado (lotería estándar).

Para mitigar este efecto “suelo”, Abellán et al. (2012) han propuesto la utilización del método de la lotería equivalente (McCord y de Neufville, 1986) para estimar las utilidades del SF-6D. A diferencia de la lotería estándar, en la cual el entrevistado siempre se enfrenta a la elección entre una opción segura (por ejemplo, estar 30 años en un determinado estado de salud) y otra opción en la cual existe un riesgo (por ejemplo una intervención quirúrgica con un 95% de éxito y 5% de riesgo muerte), esta técnica siempre obliga a elegir entre opciones con riesgo. Como resultado de este cambio metodológico obtienen un valor mínimo de -0.357, lo que parece sugerir que una parte importante del efecto suelo procedía el instrumento de valoración. En este trabajo hemos aplicado las utilidades estimadas por Abellán et al. para obtener la CVRS de las 3 muestras analizadas, por tres razones: a) el método utilizado suaviza el efecto “suelo” encontrado en otras tarifas del SF-6D; b) han sido obtenidas a partir de las preferencias de población española, de donde procede nuestra muestra y c) han sido obtenidas recientemente. El cuestionario SF-6D se pasó directamente a la muestra de población general y a través del SF-36 (versión 2) a la muestra de alcohólicos y de familiares. En este último caso utilizamos el algoritmo diseñado por Brazier et al. (2004) para transformar los ítems del SF-36 en ítems del SF-6D.

Además, los entrevistados tuvieron que contestar preguntas sobre sus características

sociodemográficas: edad, sexo, educación, tipo de convivencia, situación laboral y nivel de renta.

Análisis estadístico

Con el objetivo de estimar el impacto medio que la dependencia alcohólica tiene en la CVRS, se ha obtenido el índice de utilidad de los propios alcohólicos, de sus familiares y de la población general, aplicando las tarifas de Abellán et al. Por tanto, la utilidad oscilará entre 1 (buena salud) y -0.357 (peor nivel en todas las dimensiones), donde 0 corresponde a un estado equivalente a la muerte. El impacto de la dependencia alcohólica se analiza de dos formas. En primer lugar, se obtiene la utilidad media y mediana en cada una de las muestras. En segundo lugar, realizamos una regresión de mínimos cuadrados ordinarios, con el fin de suavizar los posibles efectos confusión a la hora de explicar la correlación entre dependencia y la CVRS. Así, la variable a explicar es la utilidad obtenida con SF-6D y las variables explicativas son: la muestra a la que pertenece el entrevistado, sexo, edad, tipo de convivencia, nivel de estudios, renta y situación laboral.

Resultados

Descripción de las muestras

Durante el periodo de reclutamiento acudieron a consulta un total de 161 pacientes. Se excluyeron a 2 sujetos por estar intoxicados por consumo de alcohol, a 2 por patología psiquiátrica descompensada y a 6 por deterioro cognitivo que impedía o dificultaba la comprensión del cuestionario. Sólo un sujeto que cumplía los requisitos de inclusión rechazó participar en la entrevista. Sólo en 65 casos existía un familiar implicado en el tratamiento, de los cuales uno se negó a participar. Respecto a la población general la tasa de respuesta fue del 72%.

La tabla 1 muestra el análisis descriptivo de las 3 muestras analizadas. Con respecto a la población general, la muestra de dependientes presenta un mayor porcentaje de varones, de parados, de sujetos que no viven en pareja (menos del 50%) y de sujetos

con un nivel de renta inferior. En todo caso, ambas muestras presentan características similares a las de la población objeto de estudio. Así, la muestra de alcohólicos es bastante similar a los datos aportados por la institución (referidos a todos los sujetos que acudieron a la unidad de alcoholismo en el año 2010) en cuanto a: sexo (72% de varones), edad media (44 años), parados (33,7%), vivir en pareja (53,2%) y nivel educativo (4% sin estudios, 58% con estudios primarios, 27% con estudios medios y 11% con estudios superiores). Por su parte la muestra de población general también presenta características similares a las de la población gallega en edad, sexo y situación laboral, aunque presenta un nivel educativo y un nivel de renta ligeramente inferiores (ver última columna de la tabla 1). Finalmente, la muestra de familiares está formada predominantemente por mujeres, que viven en pareja (más del 80%) y que, en un importante porcentaje, tienen trabajo (50%).

[Insertar tabla 1]

Media y mediana de las utilidades

La tabla 2 muestra la utilidad media y mediana, obtenida del SF-6D, para cada una de las muestras. La utilidad media de la muestra de alcohólicos y de sus familiares es de 0.663 y 0.724, respectivamente. Ambas medias son significativamente distintas ($p < 0.01$) de la utilidad media de la población general, que alcanza un valor de 0.807. Este análisis muestra que la pérdida de CVRS media de padecer una dependencia alcohólica se estima en 0.144 AVACs anuales, mientras que este impacto es de 0.083 para los familiares cercanos. El análisis de la mediana apoya estos resultados, aunque se agudizan las diferencias entre la población general y las restantes muestras. Así, mientras las personas dependientes experimentan una reducción de 0.165 AVACs año respecto a la población general, la reducción de los familiares es de 0.166. Además, mientras un 75% de la población general recibe un índice de utilidad superior al 0.75, este índice se reduce al 0.58 para la población dependiente (sólo un 60% de la muestra de dependientes tiene un índice superior a 0.75).

[Insertar tabla 2]

Efecto de otros factores en la CVRS

En la tabla 3 mostramos los resultados de la regresión realizada para controlar por las variables sociodemográficas. El impacto sobre la CVRS de ser alcohólico, tras controlar por estas variables, es muy similar al mostrado en la tabla 2. Así, la dependencia alcohólica está relacionada con una pérdida de 0.136 AVACs en los dependientes y de 0.069 AVACs en sus familiares cercanos. Como es habitual encontrar en la literatura, la edad y el ser mujer correlaciona negativamente con la salud y la educación y el vivir en pareja correlaciona positivamente. En regresiones previas se introdujo la variable renta familiar pero su efecto no fue significativo, quizás porque parte de su potencial efecto ya estaba recogido con la variable educación. Se optó por no incluir dicha variable porque un 12% de los encuestados de la población general y un 3% de la de dependientes y familiares no proporcionaron dicha información, perdiéndose un número importante de observaciones en la estimación.

[Insertar tabla 3]

Discusión

Los resultados de este estudio muestran un impacto significativo de la dependencia alcohólica en la salud de las personas que la padecen. Se ha estimado que mientras la población general tiene una índice de calidad de vida medio de 0.807, las personas dependientes experimentan una reducción de 0.144 en dicho índice (estas diferencias se hacen más acusadas si comparamos la distribución de dichas valoraciones). Dicho impacto apenas se modifican cuando se controla por otras variables socio-económicas.

Esta pérdida, que representa una reducción del 17.8% en la CVRS, es superior a la obtenida por otros estudios con objetivos similares y metodología similar (Saarni et al. 2007 y Petrie et al. 2008). Con respecto al estudio de Petrie et al., las diferencias con nuestros resultados no son excesivamente importantes, pues la pérdida media de AVACs anuales estimada por estos autores es del 11.7% (comparando los bebedores de

muy alto riesgo con los de bajo riesgo sin problemas de alcohol en el pasado). Sin embargo, con respecto a los resultados del estudio de Saarni et al., las diferencias son importantes. Como ya ha sido comentado, en este estudio apenas se encontraron diferencias entre los índices de utilidad medios obtenidos en la dependencia alcohólica pura (EQ-5D=0.866) o comórbida (EQ-5D=0.829) y el índice de la población general (EQ-5D=0.835). Sin embargo, cuando controlan por variables socioeconómicas la dependencia alcohólica supone un impacto negativo de 0.07 ó 0.04 AVACs anuales, dependiendo del instrumento utilizado (EQ-5D vs 15D). Los propios autores señalan que la pérdida de calidad de vida obtenida es baja en comparación con literatura existente.

Pensamos que al menos dos factores pueden estar influyendo en las diferencias encontradas con respecto a los dos estudios precedentes, uno relacionado con la selección de la muestra e identificación de los dependientes, y el otro con el instrumento de medida y el método de valoración utilizado. Respecto al primer factor, nosotros hemos seleccionado la muestra de población general y la muestra de alcohólicos siguiendo diferentes procesos. Mientras la muestra de población general ha sido seleccionada mediante un muestreo estratificado aleatorio realizado a la población general, la muestra de dependientes ha sido extraída de una población de pacientes diagnosticados (todos ellos cumplen criterios DSM-IVR) que acuden a una unidad de alcoholismo. Hemos sido estrictos en la inclusión correlativa de pacientes, aplicando escasos criterios de exclusión (intoxicación alcohólica aguda, patología psiquiátrica mayor descompensada y deterioro cognitivo) y registrándose una única negativa a participar en el estudio.

En Petrie et al. los índices de utilidad han sido obtenidos a partir una entrevista realizada por correo a muestra de población general (dentro de la cual se identificaba a los sujetos con problemas de alcohol), cuya tasa de respuesta fue del 38%. Dado el tipo de preguntas que se hacen en relación al consumo de alcohol, es muy probable que exista una mayor tasa de no respuesta entre los sujetos con dependencia alcohólica, y que, aquellos dependientes que sí participan, sean los que presenten una menor dependencia. De hecho, respondieron más las mujeres y las personas de más

edad, subpoblaciones con menores tasas de dependencia alcohólica. Esto puede provocar una infravaloración del impacto del consumo de alcohol, tal y como reconocen los propios autores. Además, el cuestionario AUDIT utilizado por Petrie et al., no permite identificar con precisión a las personas dependientes, sino que identifica niveles de riesgo, según el consumo durante el último año: abstinentes, bajo riesgo, medio/alto riesgo, muy alto riesgo, abstinentes con problemas de alcohol en el pasado y sujetos de bajo riesgo con problemas de alcohol en el pasado. Para compararlos con nuestros resultados, interpretamos como población con probable dependencia aquellos sujetos que, según el AUDIT, son de muy alto riesgo (3% de la muestra), pero no podemos descartar que un porcentaje indeterminado sean sujetos con consumo perjudicial sin dependencia. Esto también podría explicar la mayor calidad de vida de los dependientes encontrada por estos autores. En el estudio de Saarni et al., también hay una alta tasa de no respuesta. Así, hay un 35% de entrevistados en los que no se ha podido calcular el impacto de la dependencia mediante el EQ-5D. Este estudio utiliza el cuestionario M-CIDI, que sí permite identificar a los dependientes. Sin embargo, dicha herramienta no fue utilizada con criterios clínicos, es decir, no fue utilizada como prueba complementaria en el ámbito de una consulta, sino que fue utilizada con fines epidemiológicos por entrevistadores que no pertenecen al ámbito de la psiquiatría.

El instrumento de medida también puede explicar parte de las diferencias encontradas. Mientras que nosotros hemos utilizado el SF-6D, los dos estudios mencionados utilizan el EQ-5D (Saarni et al. utiliza también el 15-D pero el impacto de la dependencia en la utilidad es todavía menor). El SF-6D permite evaluar un mayor número de estados de salud que el EQ-5D (18.000 frente a 243) y no parece experimentar el efecto “techo” observado en el EQ-5D. En el estudio de Saarni et al. se advierte sobre este hecho destacando que el 47% de su muestra manifiestan tener la mejor salud posible (30% si nos centramos en aquellos con desórdenes psiquiátricos). En nuestra muestra este porcentaje baja al 20% en la muestra de población general y al 3% en la muestra de alcohólicos. Esta mayor sensibilidad de la medida también podría explicar el mayor impacto encontrado en nuestro estudio. Nuestro estudio también difiere con los precedentes en el método de valoración. Como ya ha sido señalado, la

tarifa del SF-6D utilizada en nuestro estudio ha sido estimada utilizando la lotería equivalente como método de valoración, frente a la compensación temporal utilizada en el EQ-5D. Sin embargo es difícil predecir en qué medida esto puede condicionar las diferencias encontradas. Aunque la lotería estándar suele proporcionar índices de utilidad más altos que la compensación temporal, esto no es necesariamente cierto con la lotería equivalente dado que existe evidencia de que ésta estima valores más bajos que la lotería estándar (Abellan et al. 2012).

Dado que los pesos del SF-6D aplicados en nuestro estudio han sido obtenidos en un contexto de riesgo (resultado de aplicar la lotería equivalente), también consideramos relevante comparar nuestros resultados con los obtenidos por Kraemer et al. (2005) en un contexto similar (en su caso aplican la lotería estándar). A pesar de que este estudio aplica una metodología muy diferente (el índice de utilidad de la dependencia alcohólica se obtiene a partir de la valoración directa de un escenario hipotético realizada por una muestra de conveniencia), el índice de utilidad obtenido coincide con el nuestro.

Otra aportación de nuestro estudio es la estimación del impacto que la dependencia alcohólica produce en la CVRS de los familiares cercanos. Sabemos que la adicción al alcohol es la dependencia a drogas que más impacto tiene en el entorno, como ha mostrado recientemente Nutt et al. (2010) en un estudio realizado con expertos. Así como la heroína, el crack y la metanfetamina son las drogas que producen más daños en la persona dependiente, el alcohol es la que, con diferencia, produce un mayor daño en las personas del entorno. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado ningún estudio en el cual los efectos sobre la calidad de vida de las personas próximas al dependiente hayan sido cuantificados mediante índices de utilidad. En nuestro estudio hemos obtenido que los familiares de alcohólicos, respecto a la población general, experimentan una pérdida anual media de 0.08 AVACs, que se reduce a 0.07 AVACs cuando se controla por variables socioeconómicas. En todo caso, dichos resultados, aunque significativos, deben tomarse con cautela dado el reducido tamaño de la muestra de familiares.

Los resultados mostrados pueden estar condicionados por algunas de las limitaciones

que presenta el estudio. En primer lugar, el hecho de utilizar una muestra de alcohólicos no extraída de la población general tiene un potencial sesgo de selección. Es posible que los pacientes que acuden a una unidad de alcoholismo presenten una calidad de vida diferente que una muestra de alcohólicos extraída aleatoriamente de la población general. Sin embargo, desconocemos si existe tal sesgo y, en caso de existir, la dirección del mismo. Por una parte los pacientes de nuestra muestra pueden presentar una sintomatología más severa que ha conllevado un tratamiento de su dependencia. Sin embargo, también es probable que los cuadros más severos de dependencia, ligados en muchos casos a situaciones de exclusión social, no acudan a recibir tratamiento pues no existe una predisposición positiva al mismo. En todo caso consideramos que la identificación correcta de los dependientes es clave para nuestro estudio y aunque nuestro reclutamiento no garantiza un reclutamiento aleatorio de la población dependiente (solo aleatorio de la población que está en tratamiento), sí garantiza que todos los reclutados eran dependientes, diagnosticados como tales por un especialista. En segundo lugar, la escasa muestra de familiares también supone una limitación de nuestro estudio. Desconocemos el sesgo que este hecho puede producir en los índices de utilidad de dicha muestra.

Finalmente es difícil conocer en qué medida nuestro análisis está controlando por todas las variables relevantes. En nuestro análisis hemos tenido en cuenta las variables socioeconómicas más habitualmente utilizadas en la literatura. Sin embargo, a diferencia de Saarni et al., no hemos controlado por otras comorbilidades somáticas y psiquiátricas que pudiesen tener los encuestados (no disponemos de dicha información). En todo caso, consideramos que la idoneidad de controlar por las comorbilidades somáticas no está clara, dado que algunas de ellas pueden formar parte de las consecuencias del alcoholismo y, por tanto, no deberían ser eliminadas para medir su efecto global. Es el caso de enfermedades como neoplasias, miocardiopatías, hipertensión, ictus, diabetes, etc. En cualquier caso el efecto en Saarni et al. de estas variables es poco significativo. Lo mismo ocurre con las patologías psiquiátricas autoinformadas, patologías que aparecen con bastante frecuencia derivadas del uso de drogas en general y al alcoholismo en particular. Finalmente, no hemos tenido en cuenta el consumo de otras drogas, que puede llevar a una sobreestimación del

impacto de la dependencia alcohólica, en la medida en que ambos consumos estén correlacionados.

Los resultados que se presentan en este trabajo tienen una inmediata aplicación, tanto en estudios epidemiológicos como en estudios de evaluación económica. Por una parte, añade una información más rica al simple análisis de la prevalencia del alcohol, proporcionando información sobre la pérdida de calidad de vida que proporciona dicha patología. Así, adoptando una postura conservadora y considerando los datos de prevalencia más bajos que hemos encontrado para la población española entre 14 y 65 años, esto es 0.2% para las mujeres y 1.2% para los hombres (Rehm et al. 2012), podemos estimar que para ese subgrupo de población la dependencia alcohólica supone una pérdida de 31.260 AVACs en el año 2012. Por otra parte, dada la unidad de medida utilizada, nuestros resultados pueden ser incorporados en evaluaciones económicas destinadas a analizar el coste-efectividad de las políticas destinadas a la prevención y tratamiento de la dependencia alcohólica. En todo caso, a la pérdida de calidad de vida estimada habría que añadirle la pérdida de esperanza de vida que se derivada de esta patología, para obtener la pérdida total de AVACs. Un reciente estudio (John et al. 2013) ha calculado en 20 años la pérdida de esperanza de vida en los sujetos alcohólicos, lo que aporta una dimensión temporal a la pérdida de AVACs que permitirá completar la evaluación.

Bibliografía

- Abellán, J.M., Sánchez, F.I., Martínez, J.E., & Méndez, I. (2012). Lowering the “floor” of the SF-6D scoring algorithm using a lottery equivalent method. *Health Economics*, *21(11)*, 1271–1285.
- Babor, T.F., Biddle-Higgins, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for use in primary health care. World Health Organization, Geneva.
- Brazier J.E., & Roberts, J. (2004). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-12. *Medical Care*, *42(9)*, 851–859.
- Brazier, J., Roberts, J., & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, *21(2)*, 271–292.
- Campos, J., Roca, L., Gude, F., & González-Quintela, A. (2011). Long-term mortality of patients admitted to the hospital with alcohol withdrawal syndrome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *35*, 1180–1186.
- Daepfen, J.B., Krieg, M.A., Burnand, B., & Yersin, B. (1998). MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *24(4)*, 685–694.
- Drummond, M., Sculpher, M., Torrance, G., O’Brien, B., & Stoddart, G. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York. Oxford University Press.
- Jarl, J., Johansson, P., Eriksson, A., Eriksson, M., Gerdtham, U., Hemström, O., Hradilova, K., Lenke, L., Ramstedt, M., & Room, R. (2008). The societal cost of alcohol consumption: An estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *European Journal of Health Economics*, *9*, 351–360.
- John, U., Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Hanke, M., & Meyer, C. (2013). Excess mortality of alcohol-dependent individuals after 14 years and mortality predictors based on treatment participation and severity of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37(1)*, 156–163.
- Johnson, J.A., & Coons, S.J. (1998). Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Quality of Life Research*, *7(2)*, 155–166.
- Kraemer K., Maisto, S., Conigliaro, J., McNeil, M., Gordon, A., & Kelley, M. (2002). Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *Journal General Internal Medicine*, *17*, 382–386.
- Kraemer, K., Roberts, M., Horton, N., Palfai, T., Samet, J., Freedner, N., Tibbetts, N.,

- & Saitz, R. (2005). Health utility ratings for a spectrum of alcohol-related health states. *Medical Care*, *43*(6), 541–550.
- Lahmek, P., Berlin, I., Michel, L., Berghout, C., Meunier, N., & Aubin, H.J. (2009). Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences*, *6*(4), 160–167.
- Laslett, A.M., Catalano, P., Chikritzhs, Y., Dale, C., Doran, C., Ferris, J., Jainullabudeen, T., Livingston, M., Matthews, S., Mugavin, J., Room, R., Schlotterlein, M., & Wilkinson, C. (2010). *The range and magnitude of alcohol's harm to others*. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.
- Longworth, L., & Bryan, S. (2003). An empirical comparison of EQ-5D and SF-6D in liver transplant patients. *Health Economics*, *12*(12), 1061–1067.
- Malet, L., Llorca, P., Beringuier, B., Lehert, P., & Falissard, B. (2006). ALQoL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism*, *41*(2), 181–187.
- Markkula, N., Harkanen, T., Perala, J., Partti, K., Pena, S., Koskinen, S., Lonnqvist, J., Suvisaari, J., & Saarni, S.I. (2012). Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *British Journal of Psychiatry*, *200*, 143–149.
- McCord, M., & de Neufville, R. (1986). Lottery equivalents: Reduction of the certainty effect problem in utility assessment. *Management Science*, *32*, 56–60.
- Moller, L., & Matic, S. (2010). Best practice in estimating the costs of alcohol: Recommendations for future studies. World Health Organization (Europe Regional Office). Available at (last accessed 31/3/2013)
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/112896/E93197.pdf
- Nutt, D., King, L., & Phillips, L. (2010). Drugs harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *Lancet*, *376*, 1558–1565.
- Parrott, S., Godfrey, C., Heather, N., Clark, J., & Ryan, T. (2006). Cost and outcome analysis of two alcohol detoxification services. *Alcohol and Alcoholism*, *41*, 84–91.
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Alcohol use and health-related quality of life among hospital outpatients in South Africa. *Alcohol and Alcoholism*, *47*(3), 291–295.
- Pettinati, H., Gastfriend, D., Dong, Q., Kranzler, H., & O'Malley, S. (2009). Effect of extended-release naltrexone (XR-NTX) on quality of life in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *33*(2), 350–356.
- Petrie, D., Doran, C., Shakeshaft, A., & Sanson-Fisher, R. (2008). The relationship between alcohol consumption and self-reported health status using the EQ5D. *Social*

Science & Medicine 67, 1717–1726.

Popovici, I., French, M.T., & McKay, J.R. (2008). Economic evaluation of continuing care interventions in the treatment of substance abuse: Recommendations for future research. *Evaluation Review*, 32, 547–568.

Pyne, J., Tripathi, S., French, M., McCollister, K., Rapp, R., & Booth, B. (2011). Longitudinal association of preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder outcomes. *Addiction*, 106(3), 507–515.

Rehm, J., Rehm, M., Shield, K., Gmel, G., & Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25(1), 11–18.

Saarni, S., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: General population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326–332.

Sanderson, K., Andrews, G., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. *Quality of Life Research*, 13, 1255–1264.

Schori, M. (2011). Valuation of drug abuse: A review of current methodologies and implications for policy making. *Research on Social Work Practice*, 21(4), 421–431.

Stouthard, M.E., Essink-Bot, M.L., Bonsel, G.L., Barendregt J.J, Kramers, P.G., Water, H.P., Gunning-Schepers, L.J. & Maas P.J. (1997). Disability weights for diseases in the Netherlands. Department of Public Health, Erasmus University Rotterdam, the Netherlands.

Stranges, S., Notaro, J., Freudenheim, J.L., Calogero, R.M., Muti, P., Farinaro, E., Russell, M., Nochajski, T.H., & Trevisan, M. (2006). Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction*, 101(9), 1265–1276.

Taylor, R.S., Drummond, M.F., Salkeld, G., & Sullivan, S.D. (2004). Inclusion of cost effectiveness in licensing requirements of new drugs: The fourth hurdle. *British Medical Journal*, 329, 972.

Tsuchiya, A., Brazier, J., & Roberts, J. (2006). Comparison of valuation methods used to generate the EQ-5D and the SF-6D value sets. *Journal of Health Economics*, 25, 334–346.

UK Alcohol Treatment Trial Research Team (2005). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 544–548.

Vaillant, G.E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98, 1043–1051.

Walters, D., Connor, J., Feeney, G., & Young, R. (2009). The cost effectiveness of naltrexone added to cognitive-behavioral therapy in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 28, 2, 137–114.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Health Institute, New England Medical Centre, Boston.

World Health Organization (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Available at (last accessed 31/3/2013) www.who.int/whr/2002/es.

World Health Organization (2008). The global burden of disease. Update 2004. Available at (last accessed 31/3/2013) http://www.who.int/healthinfo/global_burden_

Tabla 1. Descripción de las muestras utilizadas

	Dependientes alcohólicos (n=150)	Familiares dependientes (n=64)	Población general (n=600)	Población general (datos oficiales*)
Sexo (% varones)	69.33	18.75	47.83	48.4 ¹
Distribución edad (%)				
De 18 a 29 años	5.33	6.25	14.67	12.5 ¹
De 30 a 44 años	30.00	29.69	28.00	23.7 ¹
De 45 a 59 años	48.67	39.06	23.83	20.8 ¹
De 60 a 74 años	15.33	20.31	20.00	16.4 ¹
De 75 y más	0.67	4.69	13.50	12.5 ¹
Vivir en pareja (%)	46.67	84.38	69.83	-
Situación laboral (%)				
Empleado	40.00	46.88	42.33	45.6 ²
Parado	35.33	28.13	12.17	9.6 ²
Población no activa:	24.67	25.00	45.50	44.8 ²
- Pensionista/jubilado	20.67	17.19	27.83	28.6 ²
- Otra situación	4.00	7.81	17.67	16.2 ²
Nivel de estudios (%)				
No estudios	10.67	10.94	11.35	1.5 ²
Primarios	56.67	59.38	37.33	30.0 ²
Medios	25.33	15.63	32.67	45.5 ²
Superiores	7.33	14.06	18.67	23.1 ²
Distribución renta familiar (€ mensuales)				
Menos de 1000	42.8	14.3	23.2	24.4 ³
1000 – 1500	24.8	25.4	30.4	20.9 ³
1500 – 2000	14.5	30.2	22.1	17.5 ³
2000 – 3000	15.2	20.6	18.1	22.4 ³
3000 – 4000	1.4	6.4	4.4	9.0 ³
Más de 4000	1.4	3.2	1.9	6.1 ³

¹ Censo de Población y viviendas 2011 (INE); ² Encuesta de Población Activa 2011 (INE); ³ Encuesta de condiciones de vida de las familias 2011 (IGE).

Tabla 2. Media y mediana de los índices de utilidad obtenidos del SF-6D*

	N	Media (desviación estándar)	Mediana (percentil: 25;75)
Población general	600	0.807(0.159)	0.874 (0.750;0.940)
Familiares de alcohólicos	64	0.724(0.213)	0.758 (0.626; 0.868)
Alcohólicos	150	0.663(0.211)	0.709 (0.576;0.801)

*Las tarifas utilizadas son las de Abellán et al. (2012)

Tabla 3. Efecto de la dependencia alcohólica en la CVRS controlando por variables socio-económicas

Variable (<i>variable de referencia</i>)	Coef.	Std. Err.
Muestra (<i>ref. población general</i>)		
Familiares de alcohólicos	-0.069*	0.025
Alcohólicos	-0.136*	0.019
Edad	-0.002*	0.001
Sexo (<i>ref. hombres</i>)	-0.040*	0.014
Nivel de estudios (<i>ref. no estudios</i>)		
Estudios primarios o menos	0.184*	0.023
Estudios medios	0.256*	0.025
Estudios superiores	0.235*	0.028
Tipo de convivencia (<i>ref. no pareja</i>)		
Tener pareja	0.058*	0.015
Situación laboral (<i>ref. empleado</i>)		
Pensionista/jubilado	0.001	0.022
Parado	-0.004	0.019
Otra situación	-0.011	0.022
Constante	0.754*	0.043

Nº observaciones: 814

*Significación estadística al 1%