

Evidencias de validez del test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción

Óscar M. Lozano, Antonio J. Rojas*, Cristino Pérez**, Francisco González-Sáiz, Rosario Ballesta y Bilbao Izaskun
Fundación andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social, * Universidad de Almería
y ** Universidad de Granada

El objetivo del presente estudio es aportar evidencias de validez del Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP), un test diseñado para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) específico para drogodependientes, en el marco teórico del modelo biaxial de la adicción. La muestra utilizada para ello está formada por 138 pacientes diagnosticados con dependencia a opiáceos. Los constructos y variables del modelo biaxial medidos han sido la gravedad de la dependencia, el estado de salud físico, el ajuste psicológico y el consumo de sustancias. Los resultados indican que las puntuaciones del TECVASP se relacionan con la dependencia, el estado de salud físico, el ajuste psicológico y el consumo de drogas. El análisis efectuado refleja que la CVRS puede ser predicha a partir de la dependencia, la salud física y el ajuste psicológico. Estos resultados representan evidencias empíricas de las relaciones teóricas establecidas entre la CVRS y el modelo biaxial, y apoyan la interpretación del TECVASP como medida de la CVRS en el ámbito de las drogodependencias.

Validity evidence of the Health-Related Quality of Life for Drug Abusers Test based on the Biaxial Model of Addiction. The aim of this work is to show evidence of the validity of the Health-Related Quality of Life for Drug Abusers Test (HRQoLDA Test). This test was developed to measure specific HRQoL for drugs abusers, within the theoretical addiction framework of the biaxial model. The sample comprised 138 patients diagnosed with opiate drug dependence. In this study, the following constructs and variables of the biaxial model were measured: severity of dependence, physical health status, psychological adjustment and substance consumption. Results indicate that the HRQoLDA Test scores are related to dependency and consumption-related problems. Multiple regression analysis reveals that HRQoL can be predicted from drug dependence, physical health status and psychological adjustment. These results contribute empirical evidence of the theoretical relationships established between HRQoL and the biaxial model, and they support the interpretation of the HRQoLDA Test to measure HRQoL in drug abusers, thus providing a test to measure this specific construct in this population.

El uso del constructo Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la investigación médica, psicológica y social ha experimentado un notable crecimiento durante las últimas décadas (por ejemplo, Moons, Budts, y De Geest, 2006). Su definición aún es objeto de controversia, si bien existe cierto consenso en considerar que éste es un constructo que mide la 'salud percibida', a diferencia de otras medidas como las escalas diagnósticas, los índices de estado de salud basados en la presencia/ausencia de síntomas o las escalas de severidad sintomática (Chassany, Sag-

nier, Marquis, Fullerton, y Aaronson, 2002). Sus aplicaciones son variadas, y se utiliza en estudios de efectividad, en la toma de decisiones clínicas, la monitorización de la salud poblacional, etc. (Gilbody, House, y Sheldon, 2002).

En el ámbito de las drogodependencias la CVRS juega un importante papel en la evaluación de los programas de reducción del daño. Estos programas alcanzan a población consumidora de drogas con una grave problemática social y sanitaria, y se basan en estrategias que buscan minimizar los daños físicos, psicológicos y sociales que origina el consumo de drogas (por ejemplo, Muñoz, Navas, Graña, y Martínez, 2006; Secades y Fernández, 2001). El cambio observado en la CVRS es un indicador del impacto que estas estrategias terapéuticas tienen sobre la vida diaria de los pacientes, complementando a los denominados criterios «duros» como son la disminución del consumo, la reducción de la criminalidad o la reducción de la morbi-mortalidad (por ejemplo, Iraurgi, Poo, y Márquez, 2004). Además de su aplicación en estu-

dios de efectividad, también se ha usado para comparar la CVRS de consumidores de drogas con otros grupos de pacientes (por ejemplo, Iraurgi et al., 2004; Millson et al., 2004), o bien para estudiar su relación con variables implicadas en el desarrollo de la dependencia y su tratamiento (por ejemplo, Falck, Wang, Carlson, y Siegal, 2000; Ventegodt y Merry, 2003).

La medida de la CVRS en drogodependencias se ha realizado habitualmente a través de los denominados «tests genéricos», como el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), el Nottingham Health Profile (Hunt, McEwen, y McKenna, 1985), EuroQoL (EuroQOL Group, 1990), etc. Estos surgen de una definición del constructo de CVRS cuyo contenido lo integran síntomas y comportamientos no adaptados a ninguna enfermedad en particular (Badía, 2000). Estos instrumentos de medida genéricos son útiles para su aplicación a diferentes poblaciones afectadas por diferentes enfermedades, pero algunas investigaciones sugieren que son menos sensibles a los cambios en la medida de CVRS si los comparamos con tests específicos diseñados para evaluar características concretas de una afección o población particular (por ejemplo, Guyatt, Bombardier, y Tugwell, 1986). El reto que se plantea en cada caso es diseñar tests específicos, y, en el ámbito de las drogodependencias, el desarrollo de este tipo de tests sobre CVRS es todavía incipiente.

Unos de los primeros tests específicos para la medida de CVRS en drogodependencias ha sido desarrollado por un grupo de investigadores de las universidades de Huelva, Almería y Granada (por ejemplo, Lozano, Rojas, y Pérez, 2006). El test denominado Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP) se fundamenta en una definición operativa específica para población drogodependiente. Este test está formado por 20 ítems que evalúan las respuestas individuales a los efectos físicos y psicosociales que la ingesta habitual de la sustancia produce sobre la salud en la vida diaria. Las categorías físicas exploradas comprenden el estado funcional de las personas, los síntomas físicos y la dependencia física. Los contenidos de tipo psicosocial evaluados son la dependencia psicológica, síntomas de naturaleza psicológica, deterioro del funcionamiento cognitivo, percepción general de la salud, funcionamiento social y expectativas (Lozano et al., 2006; Lozano et al., 2007).

Lord y Novick (1968), en su ya clásico texto sobre teoría de tests, hablaban de la necesidad de no sólo hacer una adecuada definición operativa del constructo, sino también de la necesidad de realizar una definición relacional donde se muestren las relaciones del constructo de interés con otras variables u otros constructos dentro de un modelo conceptual de partida, que proporcionaría el marco teórico para efectuar estudios sobre evidencias de validez para la medida objeto de estudio. En la misma dirección apunta el trabajo de Embretson y Reise (2000), cuando alude que la medición psicológica requiere de modelos teóricos que muestren las relaciones del constructo de interés con otros constructos y variables psicológicas, a partir del cual se planifican los estudios de validación. Es precisamente de esto de lo que trata este trabajo: aportar evidencias de validez a partir de la red conceptual utilizada en la elaboración del TECVASP.

El marco teórico de referencia del TECVASP es el Modelo Biaxial de la Adicción, basado en los trabajos de Edwards y Gross (1976) sobre el síndrome de dependencia alcohólica. Este modelo se puede considerar uno de los más utilizados en la actualidad en la investigación sobre drogodependencias. Estos autores definieron el síndrome de dependencia alcohólica en dos ejes independientes: *a)* la dependencia, definida como conjunto de síntomas

cognitivos, conductuales y fisiológicos relacionados entre sí (APA, 1994); y *b)* los problemas relacionados con el consumo, que hacen referencia al deterioro biopsicosocial asociado al consumo de sustancias. Esta concepción biaxial ha sido generalizada a otras drogas de abuso, e incorporada a los manuales de clasificación nosológica ICD-10 (WHO, 1992) y DSM-III-R (APA, 1987).

Según este modelo, ambos ejes, aunque íntimamente relacionados, constituyen dos dimensiones conceptualmente separadas. Gráficamente, esta relación queda delimitada por dos ejes perpendiculares que representan cada una de las dos dimensiones (dependencia y problemas), dando lugar así a cuatro cuadrantes. En el cuadrante superior derecho se sitúa el grupo poblacional, que tiene un síndrome de dependencia clínicamente significativo y además experimenta problemas asociados, como es el caso de la mayoría de pacientes que demandan asistencia especializada. Por el contrario, el cuadrante inferior izquierdo englobaría el conjunto de sujetos que, consumiendo una sustancia, no reúne criterios de dependencia y no ha experimentado problemas apreciables como consecuencia del consumo. En el cuadrante superior izquierdo se situaría aquel grupo de la población que experimenta problemas por el consumo de drogas, pero que no ha desarrollado un síndrome de dependencia (por ejemplo, personas que sin ser dependientes conducen bebidas y tienen accidentes de tráfico). Finalmente, en el cuadrante inferior derecho se sitúan sujetos que, reuniendo criterios diagnósticos de dependencia, no experimentan problemas.

La CVRS, en tanto que constituye una percepción, nos aporta información sobre cómo los pacientes experimentan la dependencia y los problemas relacionados con el consumo en su vida diaria. En la literatura especializada aparecen distintos estudios que señalan relaciones entre la CVRS y constructos de la red nomológica de la adicción (por ejemplo, Daepfen, Krieg, Burnand, y Yersin, 1998; Falck et al., 2000; Van der Zanden et al., 2006) y, aunque se encuentran algunas relaciones importantes, también hay vacíos en relaciones esperables desde el punto de vista teórico. Esto último puede deberse a que el contenido de estos tests no está adaptado a esta población.

El objetivo del presente trabajo es aportar evidencias de validez de las relaciones teóricas establecidas entre la CVRS medida con el TECVASP y la red nomológica de constructos implicados en la conceptualización de la adicción. Para ello se va a utilizar como referente teórico el concepto biaxial de la adicción, postulándose la comprobación de las siguientes relaciones:

- a) Una mayor dependencia de los pacientes repercute negativamente sobre la CVRS.
- b) Una mayor gravedad de los problemas relacionados con la dependencia se relaciona con una peor valoración de la CVRS. Dada la naturaleza multidimensional de los problemas, en este trabajo se van a estudiar las siguientes relaciones:
 - b.1. Un estado de salud físico más deteriorado está asociado a una peor valoración de la CVRS.
 - b.2. Un peor estado psicopatológico de los pacientes se relaciona con una peor percepción de la CVRS.
 - b.3. Un mayor consumo de sustancias se relaciona con una peor CVRS.
- c) El modelo biaxial de la dependencia sirve de referente teórico para predecir la CVRS de los consumidores de drogas.

Método

Participantes

La muestra está formada por 138 pacientes en programa de tratamiento con metadona. El 95,6% eran hombres y un 4,4% mujeres. Un 12,3% de los pacientes realizaba el tratamiento en un centro ambulatorio, mientras que el porcentaje restante estaba en régimen de internamiento en comunidades terapéuticas.

La media de edad de los participantes en el estudio era de 36,1 años ($dt= 6,6$). El tiempo medio que llevaban consumiendo heroína es de 16,6 años ($dt= 6,5$). Los pacientes participantes debían llevar al menos un mes en el programa de tratamiento con metadona, siendo el tiempo medio de 35,9 meses ($dt= 35,7$), con un rango de tiempo comprendido entre un mes y 178 meses. La dosis de metadona que tomaban estaba comprendida entre los 10 y los 100 mgrs., con una media de 46,9 mgrs. ($dt= 20,4$).

Todos los pacientes cumplían con criterios diagnósticos de dependencia a opiáceos, si bien éstos presentaban un patrón de policonsumo, siendo las sustancias más consumidas durante el mes previo a la entrevista, cocaína (61,3%), alcohol (59,2%), cannabis (52,9%) y opiáceos distintos de la metadona (51,8%).

Instrumentos

Los instrumentos de medida empleados en la investigación se citan a continuación.

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Para medir la CVRS en drogodependientes se utilizó el Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas —TECVASP— (Lozano et al., 2006; Lozano et al., 2007). Este test consta de 20 ítems con formato de respuesta graduada con cinco categorías: nada, poco, a veces, bastante, mucho. Puntuaciones altas en el test indican buena CVRS y puntuaciones bajas es un indicador de una mala CVRS. Los estudios sobre fiabilidad del TECVASP en diferentes grupos de drogodependientes en función de la sustancia consumida (consumidores de heroína y cocaína base, clorhidrato de cocaína, cocaína base y alcohol) oscilan entre valores del coeficiente alfa de 0,798 y 0,849 (Lozano et al., 2007).

Severidad de la dependencia

La medición de la severidad de la dependencia se realizó con el *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* —SCAN— (Wing et al., 1990). Se usó el módulo de diagnóstico de consumo de alcohol y otras sustancias, evaluando mediante los criterios de la nosotaxia CIE-10. Esta medida ha sido ampliamente usada en el ámbito de las drogodependencias, mostrando estimaciones de la fiabilidad test-rests entre 0,71 y 0,93 para distintas sustancias (Ustun et al., 1997) y valores de kappa entre 0,63 y 0,93 (Easton et al., 1997). La puntuación en gravedad de dependencia viene dada por el Índice de definición, que recoge el número de síntomas presentes en cada persona. Puntuaciones más bajas en esta escala indica una menor gravedad de la dependencia.

Estado de salud físico

El estado de salud físico se ha medido con la escala «Estado de salud» del *Opiate Treatment Index* —OTI— (Darke, Hall, Wodak,

Heather, y Ward, 1992; Darke, Heather, Hall, Ward, y Wodak, 1991), que comprende una exploración médica general basándose en la presencia o ausencia (puntuación dicotómica) de síntomas de problemas relacionados con la inyección, neurológica, cardiorrespiratoria, genitourinario, músculo-esquelético y gastrointestinal. Las puntuaciones bajas en esta escala representan un buen estado de salud. Las estimaciones de fiabilidad del OTI aportan valores del coeficiente alfa comprendidos entre 0,71 y 0,78 (por ejemplo, Adelekan et al., 1996; Darke et al., 1991), un coeficiente de correlación intraclase de 0,77 y una fiabilidad interexaminadores de 0,86 (González-Sáiz, Salvador-Carulla, Martínez, y López y Ruz, 2002).

Ajuste psicológico

El estado de ajuste psicológico (*psychological adjustment*) se midió con el *General Health Questionnaire* —GHQ-28— (Goldber y Hiller, 1979). Los ítems que componen este test se refieren a síntomas somáticos de origen psicológico: ansiedad, disfunción social y depresión. Los ítems puntúan en una escala de 0 a 4, de tal forma que puntuaciones más bajas representan un mejor estado de salud psicopatológico. El valor del coeficiente alfa en la subescala de síntomas somáticos fue de 0,826, en la de ansiedad fue 0,859, en la de disfunción social se obtuvo un alfa de 0,862 y en la depresión de 0,903. El valor de alfa total, calculada como fiabilidad de un test compuesto, fue 0,95.

Consumo de sustancias

Se utilizó una batería de preguntas que exploraban el consumo de sustancias, el año de inicio de consumo, el número de días de consumo durante el mes previo, la cantidad diaria consumida y las vías de consumo. Las sustancias sobre las que se preguntaron fueron alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opiáceos e hipnosedantes. En los análisis se van a utilizar aquellas sustancias con una mayor prevalencia de consumo (cocaína, alcohol, cannabis y opiáceos).

Procedimiento

La recogida de datos fue llevada a cabo por miembros del equipo de investigación. Se realizaron entrevistas individuales desarrolladas en los centros terapéuticos a los que pertenecían los pacientes. Antes de iniciar la recogida de información, a los pacientes se les informaba que la administración de los tests formaba parte de un estudio, explicándoles los objetivos del mismo. Se les decía expresamente que su participación era voluntaria, haciéndoles saber que la información recopilada tendría un tratamiento meramente estadístico, y se les pedía que firmaran un consentimiento informado.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 12.0. Se han calculado las correlaciones entre las puntuaciones de los distintos instrumentos de medida, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson. Asimismo, se ha utilizado un análisis de regresión múltiple mediante el procedimiento stepwise para conocer qué variables predicen la CVRS de los pacientes.

Resultados

La estimación de la fiabilidad del TECVASP mediante el coeficiente alfa de Cronbach proporciona, para esta muestra de pa-

cientes con dependencia a opiáceos, un resultado de 0.867. La estimación mediante el procedimiento de dos mitades (realizando las mitades con ítems pares-impares) arroja un valor de 0.857.

Los resultados de la comprobación de las relaciones teóricas establecidas en el objetivo de este trabajo se presentan a continuación:

Relación entre la gravedad de la dependencia y la CVRS

El coeficiente de correlación entre la CVRS y la gravedad de la dependencia (tabla 1) es de -0,423 ($p < 0,01$). Este valor está indicando que puntuaciones más bajas en la SCAN —menor gravedad de la dependencia— se relaciona con mayores puntuaciones en el TECVASP —mayor CVRS—.

Relación entre los problemas relacionados con el consumo y la CVRS

Como se indicó anteriormente, los problemas considerados en el presente estudio para establecer las hipótesis son la salud física, el ajuste psicológico y el consumo de sustancias.

Los resultados del análisis de correlación entre la salud física y la CVRS aportan un valor $r = -0,521$ ($p < 0,01$). Esta relación indica que un mejor estado de salud se relaciona con una mejor CVRS, confirmándose así lo postulado teóricamente.

La relación entre la CVRS y el ajuste psicológico se ha comprobado a través de la puntuación total del GHQ y las puntuaciones de sus subescalas. En la puntuación total del GHQ y de sus subescalas un menor valor indica un mejor ajuste psicológico. Como se observa en la tabla 1, el valor de la correlación entre la CVRS y los síntomas somáticos de origen psicológico es $r = -0,523$ ($p < 0,01$); con la subescala de ansiedad el valor de la correlación es de $r = -0,617$ ($p < 0,01$); el coeficiente de correlación con la subescala de disfunción social es $r = -0,493$ ($p < 0,01$), y con la subescala de depresión el valor es $r = -0,513$ ($p < 0,01$). El coeficiente de correlación entre la puntuación total en la escala GHQ y las puntuaciones del TECVASP es $r = -0,652$ ($p < 0,01$). De acuerdo con estos resultados se puede afirmar que un peor ajuste psicológico se relaciona con una CVRS más negativa.

Las relaciones entre el consumo de sustancias y la CVRS, la salud física, el ajuste psicológico y la dependencia se muestran en la

tabla 2. Como se observa, los años de consumo de las distintas drogas no correlacionan significativamente con ninguno de los constructos estudiados. Tampoco aparecen correlaciones estadísticamente significativas ni con los días de consumo de alcohol ni con la cantidad consumida. Respecto al cannabis, no se observan relaciones estadísticamente significativas entre el estado de salud y el ajuste psicológico con los días de consumo. En cambio, la CVRS aporta relaciones estadísticamente significativas con la cantidad de consumo de cannabis ($r = -0,210$, $p < 0,05$) y con la severidad de la dependencia ($r = 0,247$, $p < 0,05$).

Los días de consumo de cocaína se relacionan significativamente con las puntuaciones de la CVRS ($r = -0,224$, $p < 0,05$), el estado de salud ($r = 0,245$, $p < 0,01$), el ajuste psicológico ($r = 0,201$, $p < 0,05$) y con la severidad de la dependencia ($r = 0,604$, $p < 0,01$). Por su parte, la cantidad de cocaína consumida también muestra relaciones estadísticamente significativas con la CVRS ($r = -0,311$, $p < 0,01$), el estado de salud ($r = 0,264$, $p < 0,01$), el ajuste psicológico ($r = 0,249$, $p < 0,01$) y con la severidad de la dependencia ($r = 0,248$, $p < 0,05$).

De manera análoga se comportan las variables de consumo de opiáceos. En la tabla 2 se aprecia que los días de consumo de opiáceos se relacionan con la CVRS ($r = -0,286$, $p < 0,01$), el estado de salud ($r = 0,238$, $p < 0,01$), el ajuste psicológico ($r = 0,227$, $p < 0,05$) y con la severidad de la dependencia ($r = 0,607$, $p < 0,01$). La cantidad de opiáceos consumida también muestra relaciones estadísticamente significativas con la CVRS ($r = -0,311$, $p < 0,01$), el estado de salud ($r = 0,216$, $p < 0,01$), el ajuste psicológico ($r = 0,187$, $p < 0,05$) y con la severidad de la dependencia ($r = 0,361$, $p < 0,01$).

Estos resultados ponen de manifiesto que, en esta muestra de participantes, el consumo de cocaína y heroína muestran las relaciones teóricas esperadas con la CVRS.

¿Permite el modelo biaxial predecir la CVRS?

En la tabla 3 aparecen los resultados del análisis de regresión efectuado con el objeto de comprobar el grado de predicción que cada variable considerada en el modelo biaxial tiene en la CVRS. Las variables introducidas en el modelo de regresión son aquellas que han mostrado relaciones estadísticamente significativas: estado de salud físico, ajuste psicológico, gravedad de la dependencia, número de días de consumo de cannabis, número de días y canti-

Tabla 1
Correlaciones entre la CVRS, severidad de la dependencia, salud física y ajuste psicológico

	Severidad de la dependencia	Salud física	Ajuste psicológico				
			Total	Síntomas somáticos	Ansiedad	Disfunción social	Depresión
CVRS	-0,423**	-0,521**	-0,652**	-0,523**	-0,617**	-0,493**	-0,513**
Severidad de la dependencia	1,000	0,240*	0,307**	0,210*	0,308**	0,167*	0,313**
Salud física	0,240*	1,000	0,480**	0,504**	0,413**	0,279**	0,400**
Ajuste psicológico							
Total	0,307**	0,480**	1,000	0,809**	0,879**	0,7878**	0,816**
Síntomas somáticos	0,210**	0,504**	0,809**	1,000	0,685**	0,507**	0,512**
Ansiedad	0,308**	0,413**	0,879**	0,685**	1,000	0,653**	0,653**
Disfunción social	0,167*	0,279**	0,778**	0,507**	0,653**	1,000	0,483**
Depresión	0,313**	0,400**	0,816**	0,512**	0,653**	0,483**	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 2
Correlaciones entre la CVRS, salud física y ajuste psicológico con consumo de sustancias en el último mes

		TECVASP	Estado de salud	GHQ-28	Severidad de la dependencia
Alcohol	Años de consumo	-0,097	0,069	0,062	-0,007
	Días de consumo	-0,069	0,109	0,007	-0,132
	Cantidad consumida	-0,138	0,103	0,009	-0,038
Cannabis	Años de consumo	0,154	0,014	-0,09	-0,043
	Días de consumo	-0,028	0,177	0,109	0,104
	Cantidad consumida	-0,210*	0,168	0,111	0,247*
Cocaína	Años de consumo	0,058	-0,005	0,031	-0,002
	Días de consumo	-0,224*	0,245**	0,201*	0,604**
	Cantidad consumida	-0,311**	0,264**	0,249**	0,248*
Opíáceos	Años de consumo	0,082	0,031	0,032	0,032
	Días de consumo	-0,286**	0,238**	0,227*	0,607**
	Cantidad consumida	-0,311**	0,216**	0,187*	0,361**

*p<0,05; **p<0,01

Tabla 3
Análisis de regresión múltiple con CVRS como variable dependiente

	Coef. no estandarizados		Coef. estandarizados	T	Sig.	I.C. 95%		Colinealidad
	B	Error típ.	Beta			Lím. inf.	Lím. sup.	
(Constante)	91,571	2,826		32,405	0,000	85,958	97,183	
Ajuste psicológico	-0,890	0,132	-0,519	-6,754	0,000	-1,152	-0,628	0,757
Estado de salud	-0,585	0,181	-0,245	-3,242	0,002	-0,944	-0,227	0,783
Gravedad dependencia	-0,697	0,219	-0,224	-3,188	0,002	-1,130	-0,263	0,903

R² corregida= 0,575; Durbin-Watson= 1,918

dad de cocaína consumida, y número de días y cantidad consumida de opiáceos.

De las variables introducidas, el procedimiento *stepwise* ha mantenido en el modelo el ajuste psicológico, el estado de salud físico y la gravedad de la dependencia, explicando estas variables el 57,5%, de la varianza observada en la CVRS. El estadístico Durbin-Watson aporta un valor de 1,918, por lo que se puede asumir que no existe autocorrelación en los residuos, mientras que los índices de colinealidad de las variables aportan valores aceptables (tabla 3).

La variable que más varianza explica en el modelo es el ajuste psicológico, con un valor de beta estandarizado igual a -0,519. Los coeficientes correspondientes al estado de salud física y a la gravedad de la dependencia también son significativos desde un punto de vista estadístico, correspondiéndoles un valor -0,245 y -0,224, respectivamente.

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo ha sido aportar evidencias que den soporte a la interpretación de las puntuaciones del TECVASP en el marco teórico del concepto biaxial de la adicción, que constituye la definición relacional sobre la que se construyó el test. Para ello, se ha procedido deduciendo relaciones teóricas entre los constructos implicados, a partir de las cuales se han especificado hipótesis

de investigación entre la CVRS con la dependencia y los problemas relacionados con el consumo. En términos generales, se ha postulado que una mayor severidad de la dependencia y de problemas relacionados con el consumo deben relacionarse con una peor valoración de la CVRS.

Como se ha podido observar en los resultados, las puntuaciones del TECVASP se relacionan con la severidad de la dependencia en los términos teóricos establecidos. Asimismo, se ha encontrado que un estado de salud físico y psicológico más deteriorado se relaciona con una peor valoración de la CVRS, y que un mayor consumo de cocaína y heroína también se asocia a una CVRS más negativa.

Por otro lado, los resultados obtenidos en el análisis de regresión suponen una evidencia de que la CVRS de estos pacientes es un constructo que está relacionado con la adicción, entendida desde el modelo teórico biaxial. Así, más de la mitad de la varianza observada en la CVRS ha quedado explicada por la dependencia y los problemas biopsicosociales considerados en este estudio. Esta evidencia, no aportada por estudios anteriores del ámbito de las drogodependencias, pone de manifiesto que estos pacientes construyen su percepción de la salud considerando la incidencia que la adicción tiene en su vida diaria.

La variabilidad no explicada puede representar, por un lado, otros problemas asociados al consumo no medidos en el presente estudio, pero también previsiblemente esté recogiendo la interpre-

tación subjetiva que realizan los pacientes de su salud. Hay que tener presente que éste es el elemento central de la CVRS, y su importancia no es menor si consideramos que diversos estudios apuntan que las medidas de salud percibida ayudan en la predicción del pronóstico y la mortalidad de los pacientes (por ejemplo, Ried, Tueth, Handberg, y Nyanteh, 2006; Tsai, Chi, Lee, y Chou, 2007).

Con respecto a otros estudios que aportan relaciones entre la CVRS y la salud física, psicológica y el consumo de sustancias (por ejemplo, Daepfen et al., 1998; Falck et al., 2000; Van der Zanden et al., 2006), en este trabajo se han encontrado correlaciones superiores. Los autores consideran que una de las causas puede ser el tipo de instrumentos utilizados para medir la CVRS. El TECVASP es un instrumento diseñado para medir la CVRS espe-

íficamente en población drogodependiente. Su definición operativa se sustenta teóricamente sobre síntomas y comportamientos característicos de personas con adicción a sustancias (Lozano et al., 2006). En cambio, en los estudios citados se utilizan tests de CVRS genéricos —SF-36, NHP y EQ-5D—, cuyos ítems no están adaptados a ninguna alteración de salud en particular. Por ello, desde un punto de vista teórico cabe esperar mayores relaciones con el TECVASP que con los tests genéricos.

Teniendo presente la definición operativa y relacional que fundamenta el TECVASP, y dadas las relaciones teóricas formuladas en este trabajo, consideramos que las evidencias encontradas constituyen un apoyo para el uso de este test en los términos en los que fue diseñado.

Referencias

- Adelekan, M., Green, A., Dasgupta, N., Tallack, F., Stimson, G.V., y Wells, B. (1996). Reliability and validity of the Opiate Treatment Index among a sample opioid users in the United Kingdom. *Drug and Alcohol Review*, 15, 261-270.
- American Psychiatric Association (1987/1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Badía, X. (2000). *La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona: Edimac.
- Chassany, O., Sagnier, P.P., Marquis, P., Fullerton, S., y Aaronson, N.K. (2002). Patient-reported outcomes. The example of health-related quality of life: A European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Information Journal*, 36(1), 309-238.
- Daepfen, J.B., Krieg, M.A., Burnand, B., y Yersin B. (1998). MOSF-SF-36 in evaluating Health-Related Quality of Life in Alcohol-Dependent patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 685-94.
- Darke, S., Hall, W., Wodak, A., Heather, N., y Ward J. (1992). Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opiate users: the Opiate Treatment Index. *British Journal of Addiction*, 87, 733-42.
- Darke, S., Heather, N., Hall, W., Ward, J., y Wodak, A. (1991). Estimating drug consumption in opioid users: Reliability and validity of a recent use episodes method. *British Journal of Addiction*, 86, 1311-1316.
- Easton, C., Meza, E., Mager, D., Ulug, B., Kilic, C., Gogus, A., et al. (1997). Test-retest reliability of the alcohol and drug use disorder sections of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Drug and Alcohol Dependence*, 47(3), 187-194.
- Edwards, G., y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: provision description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Embretson S.E., y Reise, S.P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- EuroQoL Group (1990). EuroQOL - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Falck, R., Wang, J., Carlson, R., y Siegal, H. (2000). Crack-cocaine use and health status as defined by the SF-36. *Addictive Behaviors*, 25(4), 579-584.
- Gilbody, S.M., House, A.O., y Sheldon, T. (2002). Routine administration of health-related quality of life (HRQoL) and needs assessment instruments to improve psychological outcome- a systematic review. *Psychological Medicine*, 32, 1345-1356.
- González-Sáiz, F., Salvador-Carulla, L., Martínez, J.M., López, A., y Ruz, I. (2002). Estudio de validez y fiabilidad de la versión española de la entrevista clínica Opiate Treatment Index (OTI). En I. Castillo y F. González-Sáiz (eds.): *Instrumentos para la evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica, 133-153.
- Goldberg, D.P., y Hiller, V.F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing Company.
- Guyatt, G.H., Bombardier, C., y Tugwell, P.X. (1986). Measuring disease-specific quality of life in clinical trials. *Canadian Medical Association Journal*, 134(8), 889-895.
- Hunt, S.M., McEwen, J., y McKenna, S.P. (1985). Measuring health stats: A new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 185-88.
- Iraurgi I., Poo M., y Márkez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 609-621.
- Lord, F.N., y Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental tests scores*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Lozano, O.M., Rojas, A.J., y Pérez, C. (2006). *Construcción de un test para medir la calidad de vida relacionada con la salud específico para drogodependientes*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Lozano, O.M., Rojas, A., 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(2), 99-109.
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P., Fischer, B., Strike, C.J., Myers et al. (2004). Self-perceived health among canadian opiate users. *Canadian Journal of Public Health*, 95(2), 99-103.
- Moons P., Budts W., y De Geest S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 891-901.
- Muñoz, J.J., Navas, E., Graña, J.L., y Martínez, R. (2006). Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre tipo A y tipo B. *Psicothema*, 18(1), 43-51.
- Ried, L.D., Tueth, M.J., Handberg, E., y Nyanteh, H. (2006). Validating a self-report measure of global subjective well-being to predict adverse clinical outcomes. *Quality of Life Research*, 15(4), 675-86.
- Secades, R., y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- The EuroQOL Group (1990). EuroQoL-a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Tsai, S.Y., Chi, L.Y., Lee, C.H., y Chou, P. (2007). Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older person. *European Journal of Epidemiology*, 22(1), 19-26.
- Ustun, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S., et al. (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(3), 161-169.
- Van der Zanden, B., Dijkgraaf, M., Blanden, P., Boggie, C., Van Ree, J., y Van der Brink, W. (2006). Validity of the EQ-5D as a generic health outcome instrument in a heroin-dependent population. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 111-8.
- Ventegodt, S., y Merrick, J. (2003). Psychoactive drugs and quality of life. *ScientificWorldJournal*, 3, 694-706.
- Ware, J.E., y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.

Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R. et al. (1990). SCAN: Schules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives General of Psychiatry*, 47(6), 589-593.

World Health Organisation (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). 1989 Revision*. Geneva: World Health Organisation.