

ORIGINAL

Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez

Ó.M. LOZANO ROJAS^{a,b}, A. ROJAS TEJADA^c, C. PÉREZ MELÉNDEZ^d, B. APRAIZ GRANADOS^a, F. SÁNCHEZ MUÑOZ^a
Y A. MARÍN BEDOYA^a

^aFundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social. Sevilla.

^bUniversidad de Huelva. Huelva.

^cUniversidad de Almería. Almería.

^dUniversidad de Granada. Granada.

RESUMEN: *Objetivo.* Estudiar la fiabilidad y aportar evidencias de validez del Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).

Método. En la investigación participaron 359 pacientes de cinco comunidades terapéuticas gestionadas por la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Además del TECVASP, se aplicó la sección de «uso de sustancias» de la versión española del *Maudsley Addiction Profile* (MAP) y se recogió información sociodemográfica de los pacientes.

Resultados. La estimación de fiabilidad, calculada con el coeficiente alfa de Cronbach, fue adecuada, con un valor de 0,861. En los tres estudios de validación se muestran evidencias a favor del uso de las puntuaciones del test para el objetivo previsto, ya que se detectan diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes: 1) incluidos en programa de desintoxicación con la de otros que están en deshabituación, 2) consumidores de «rebujo» (mezcla de heroína y cocaína base) que están en programa de tratamiento con metadona con la de otros que no están en trata-

miento con metadona, y 3) al ingreso en comunidad terapéutica y al finalizar el tratamiento.

Conclusiones. Las propiedades métricas obtenidas señalan la pertinencia del TECVASP para medir la CVRS de personas drogodependientes, recomendando su uso cuando se quiera estimar la CVRS de pacientes que se encuentran en distintas fases del tratamiento de la dependencia.

PALABRAS CLAVE: calidad de vida relacionada con la salud, calidad de vida, test, fiabilidad, validez.

Assessment of the Quality of Life in Psychoactive Substance Addicts Test: reliability and validity studies

ABSTRACT: *Objective.* In this work, different studies of the metric properties —estimate of reliability and evidences of validity— of Test for the Evaluation of the Quality of Life in Addicts to Psychoactive Substances (TEQLAPS) is carried out.

Method. In the investigation 359 patients of five therapeutic communities participated egotiated by the Andalusian Foundation for Attention to Drugs Addictions. Besides the TEQLASP, the section of «use of substances» of the Spanish version of the Maudsley Addiction Profile (MAP) were delivered, and the patients' sociodemographics information was picked up.

Results. The estimate of reliability, calculated with Cronbach alpha coefficient, it was adequate, with a value of 0,861. In the three studies of validation evidences are shown in favour of test use for fo-

Correspondencia:

Ó.M. LOZANO

Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias e Incorporación Social.

Residencial Las Góndolas, local 10, portal 2C, manzana 4.
41020 Sevilla. España.

Correo electrónico: oscar.lozano@juntadeandalucia.es

Recibido: 08-06-2006

Aceptado para su publicación: 14-09-2006

reseen objective, since: 1) differences in the Health Related Quality of Live (HRQL) between patients in detoxification and dishabituaton program are detected; 2) differences in the HRQL between heroin with base cocaine abusers that are in treatment program with methadone and not in treatment with methadone are detected; and, 3) differences in the HRQL from the patients to the entrance in the therapeutic communities and when concluding the treatment are detected.

Conclusions. The obtained metric properties point out the relevancy of the TEQLASP to measure the HRQL of drug addict people, recommending their use when the HRQL of patients that are in different phases of the treatment of the dependence to differ.

KEY WORDS: health related quality of life, quality of life, test, reliability, validity.

Introducción

La medición del constructo calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es ampliamente utilizada en el ámbito de la salud. Éste representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que una alteración de salud produce sobre la vida diaria¹. En drogodependencias este constructo se utiliza desde hace relativamente poco tiempo. Entre los primeros trabajos que lo hacen está el de Reno y Aiken², quienes señalan que la medición de los aspectos de la vida diaria es un indicador útil para evaluar el cambio producido por los tratamientos en los programas de reducción del daño, pues indicadores como el consumo de drogas, la criminalidad o el empleo resultan en ocasiones poco sensibles para medir los resultados.

Desde entonces, la aparición de la medida de la CVRS en estudios sobre drogodependencias ha sido más frecuente. Una revisión de la literatura especializada muestra que este constructo se ha utilizado con distintos objetivos: a) describir y comparar las puntuaciones en subpoblaciones consumidoras de drogas^{3,4}, b) conocer cómo la CVRS se asocia con otras variables relacionadas con la adicción⁵⁻⁸, y c) utilizar la CVRS como una variable de resultado terapéutico⁹⁻¹¹. También podrían citarse otro grupo de estudios cuyo objetivo ha sido analizar las propiedades métricas de los instrumentos utilizados para medir este constructo en consumidores de drogas¹².

El principal valor de este constructo reside en que el objeto de evaluación es la percepción de los pacien-

tes sobre cómo el consumo de drogas –y su tratamiento– está influyendo sobre sus vidas diarias. Este matiz hace que sea un adecuado complemento a otro tipo de indicadores clásicos como el estado de salud física y psicológica, la criminalidad, el consumo de sustancias, etc.¹³.

Su mayor utilidad se encuentra en los programas de reducción del daño, y más específicamente para los pacientes considerados crónicos¹⁴. En éstos, los objetivos que se plantean son fijados en términos relativos y se busca aportar actuaciones para que el consumo de drogas influya lo menos posible sobre la situación personal y la calidad de vida de esta población. Por ello, resulta lógico que la medida de la CVRS se articule como una variable central en la evaluación de los mismos.

Los instrumentos habituales para medir la CVRS en drogodependencias han sido los tests, aunque existen otras técnicas como la mostrada por Iraurgi¹⁵ con el empleo de la aplicación de la matriz de Rosser, que ofrecen unos resultados preliminares positivos.

Los tests más utilizados son el SF-36¹⁶ y *Nottingham Health Profile* (NHP)¹⁷, definiéndose ambos como tests de CVRS de tipo genérico. Este adjetivo hace alusión a que los contenidos de los mismos no son específicos para pacientes con ninguna alteración de salud en concreto. Por el contrario, presentan la suficiente versatilidad para aplicarse a muestras de pacientes con muy diversas afecciones.

Esta propiedad, que puede ser una ventaja en determinados contextos, supone una limitación cuando se pretende hacer una evaluación más exhaustiva de la CVRS en una población con una afección específica. En el ámbito de las drogodependencias, distintos autores lo señalan en sus estudios y apuntan hacia la necesidad de disponer de tests de CVRS que estén diseñados para la población drogodependiente^{14,18}.

Recogiendo esta idea, el presente trabajo tiene por objetivo elaborar un test que mida el constructo de CVRS específico para población drogodependiente y estudiar su fiabilidad y aportar evidencias de validez. La finalidad es aportar un instrumento que permita detectar cambios en la CVRS en los consumidores de drogas cuando son sometidos a diferentes situaciones de tratamiento.

Definición operativa de la calidad de vida relacionada con la salud en drogodependientes

Al medir la CVRS en drogodependencias, el constructo no cambia en términos conceptuales. La modificación se produce en su operacionalización, de tal

forma que ésta debe incluir aquellos aspectos de la salud más asociados a la dependencia a una sustancia.

La medida del constructo CVRS en drogodependientes parte de una definición operacional que distingue entre un dominio físico y otro psicosocial (tabla 1). Esta primera diferenciación responde a la naturaleza del elemento sobre el que los evaluados hacen su valoración, y es paralela a la distinción clásica propuesta por otros autores sobre indicadores objetivos y subjetivos¹⁹.

Dominio físico

Está compuesto por tres categorías: estado funcional, síntomas físicos y dependencia física. El estado funcional hace referencia a la capacidad de las personas de ejecutar una serie de actividades normales para la mayoría de las personas²⁰. Éste es reconocido como un indicador de relevancia social¹ que puede propiciar un incremento en la imagen de deterioro de las personas²¹, de ahí que sea evaluado en la CVRS. Wilson y Cleary²² (1995) hablan de los síntomas como manifestaciones de una alteración orgánica. Éstos son

de intensidad variable, siendo experimentados de diversas formas por las personas, de ahí que sea necesario incorporar esta categoría en la definición de CVRS. Los síntomas que se han de evaluar dependen de la enfermedad de referencia, por lo que son elementos diferenciadores en las definiciones de CVRS orientadas a distintos pacientes. Para la población que nos ocupa, tras la revisión de la literatura especializada y la consulta de expertos, se optó por incluir los siguientes síntomas²³⁻²⁷: náuseas o vómitos, fatiga o cansancio, dolor y alteraciones del sueño. Una última categoría que se ha decidido introducir en este dominio es la dependencia física. Como es sabido, la dependencia de una sustancia genera un cuadro sintomático de malestar físico cuando no está bajo los efectos de la misma, por lo que sería una categoría específica para la definición de CVRS en drogodependientes.

Dominio psicosocial

En este dominio también se dispone de una categoría de dependencia psicológica para recoger cómo experimentan psicológicamente la necesidad de consu-

Tabla 1. Definición operativa de la calidad de vida relacionada con la salud para población drogodependiente

| Constructo | Dominios | Categorías | Subcategorías |
|--|-------------|--------------------------|---------------------|
| Calidad de vida relacionada con la salud | Físico | Estado funcional | Actividad funcional |
| | | | Dolor |
| | | Síntomas | Trastorno del sueño |
| | | | Náuseas o vómitos |
| | Psicosocial | Dependencia | Fatiga |
| | | | Física |
| | | Dependencia | Psicológica |
| | | | Depresión |
| | | Síntomas | Ansiedad |
| | | | Agresividad |
| | | Funcionamiento cognitivo | Memoria |
| | | | Alucinaciones |
| | | | Concentración |
| | | | Orientación |
| | | Percepción de la salud | Física |
| | | Funcionamiento social | Psicológica |
| | | | Rol familiar |
| | | Expectativas | Rol social |
| | | | Apoyo emocional |
| | | | Resultado teórico |
| | | | Autorreferencial |
| | | | Autoeficacia |

mir drogas. La inclusión de ambas categorías —dependencia física y psicológica— viene dada por la propuesta del modelo de Stuijbergen et al²⁸ (2000). Según ésta, la percepción de necesitar un «recurso externo» (que en este caso sería la ingesta de sustancias) para encontrarse bien afecta a la valoración que las personas hacen de la CVRS. También en el dominio psicosocial se incluye una categoría sobre síntomas de naturaleza psicológica, que difiere en su contenido según la alteración de salud de los pacientes. En el caso de la población consumidora de drogas, los síntomas que más frecuentemente son referidos son: depresión, ansiedad y agresividad^{23,25,29-31}. El deterioro del funcionamiento cognitivo es otra de las manifestaciones de un uso continuado de drogas. La alteración del funcionamiento normal y la incapacitación para la vida diaria que éste produce es el principal motivo para recogerlo como una categoría en la definición operativa de la CVRS. Las áreas cognitivas que se ven afectadas por el consumo de drogas son variadas y dependen, en buena parte, de la sustancia ingerida. De acuerdo con la revisión de la literatura especializada, se ha estimado oportuno que la definición operativa incorpore contenidos sobre los problemas de memoria, concentración, orientación y alucinaciones^{23,32-35}.

Al hablar de percepción general de la salud se entiende la valoración que hace la persona respecto a en qué medida cree que el estado de su salud ha afectado a su vida cotidiana. Esta categoría aparece incorporada en el modelo de CVRS de Wilson y Cleary²² (1995), siendo frecuente encontrar un ítem sobre dicho contenido en los test de CVRS. Para la definición operativa en la población drogodependiente se ha decidido diferenciar entre una percepción en un plano psicológico y otro físico. La categoría de aspectos sociales la definimos como la percepción de relaciones y contactos sociales que establece el individuo en su ambiente, importantes para que el individuo influya en su entorno, y proveedora de las vías a través de las que el entorno influye en el individuo. Entre los consumidores con problemas relacionados con las drogas se da un proceso de deterioro de dicha vía que desemboca en alteraciones del rol familiar y social de las personas, lo cual influye sobre la CVRS³⁶. Asimismo, en esta categoría se ha optado por incluir el apoyo emocional, definido como el apoyo que los enfermos reciben de otras personas. Algunos estudios asocian la falta de apoyo con el aumento del riesgo de mortalidad, con el retraso en la recuperación tras una enfermedad, con un bajo estado de ánimo y con la mala salud mental^{37,38}. En el caso de la población drogodependiente, este apoyo juega un

importante papel en el mantenimiento de conductas orientadas a la permanencia en el tratamiento³⁹.

Una última categoría incluida en el dominio psicosocial es la de expectativas. Éstas son la base de la motivación. Las expectativas de superar una enfermedad son experimentadas de manera muy positiva por los pacientes, relacionándose con una evaluación positiva de la CVRS. En este estudio se han diferenciado tres tipos de expectativas: a) de resultado teórico, que hace referencia a en qué medida el paciente cree que la enfermedad que padece es curable, o al menos controlable; b) de resultado autorreferencial, que se relaciona con la confianza en que la posibilidad de curarse se aplicará a su caso particular; y, c) de autoeficacia, que señala en qué medida se siente capaz de realizar lo necesario para curarse o mantener su estado de salud. En el caso de la población consumidora de drogas, el fracaso en los intentos de abandonar las drogas influye de manera severa sobre las expectativas que éstos tienen, y a su vez sobre su CVRS. En este sentido, los drogodependientes experimentan sentimientos de culpa, frustración y desesperanza que se relacionan negativamente con la CVRS.

Material y métodos

Participantes

El test se administró a un total de 359 pacientes que ingresaron en comunidades terapéuticas (CT) gestionadas por la Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias. Las CT que han participado en el estudio son cinco: CT de Almonte (23,1%), CT de Cartaya (29,2%), CT de Los Palacios (16,7%), CT de Mijas (7,5%) y CT de Tarifa (23,4%).

La muestra fue seleccionada de manera intencional. En el período durante el que se administró el test ingresaron un total de 597 pacientes en las CT. Por lo tanto, en la muestra se han recogido datos del 60,1% de los pacientes que han sido ingresados en este recurso. Las características de los pacientes que no participaron en el estudio no difieren de aquéllos que sí lo hicieron.

El 92,5% de los entrevistados fueron hombres, mientras que el 7,5% restante eran mujeres. La media de edad de los hombres fue de 34,7 años (desviación típica [DT] = 7,9), mientras que entre las mujeres fue de 39,7 años (DT = 8,2).

El 56,5% se encontraba en fase de desintoxicación al ingreso en la CT y el 30,9% estaba en fase de deshabituación. El porcentaje restante de pacientes (12,6%)

estaba sólo en programa de tratamiento con metadona (PTM).

La mayoría de los pacientes eran policonsumidores. En los 30 días previos al inicio de tratamiento en las CT, las drogas que más frecuentemente habían consumido fueron: rebujo (mezcla de heroína y cocaína en base) (31,4%), alcohol (25,8%), cocaína en base (19%), clorhidrato de cocaína (10,4%), cannabis (3,4%) y benzodiacepinas (1,1%). Sin consumir ninguna droga durante todo el mes previo al ingreso se encontraba un 8,7%.

Instrumentos

Para la medida de la CVRS se empleó el test diseñado específicamente para la población drogodependiente (TECVASP), recogido en el anexo I. Éste está formado por 22 ítems (18 positivos y 4 negativos [ítems 15, 19, 20 y 21]) con un formato de respuesta graduada de cinco alternativas. Las alternativas de respuesta son codificadas con las siguientes puntuaciones: a) en los ítems positivos: nada (5 puntos), poco (4 puntos), a veces (3 puntos), bastante (2 puntos) y mucho (1 punto); b) en los ítems negativos: nada (1 punto), poco (2 puntos), a veces (3 puntos), bastante (4 puntos) y mucho (5 puntos). De esta forma, en cada ítem una mayor puntuación representa una valoración más positiva del contenido, y en el test una mayor puntuación representa una mejor CVRS.

El registro de las sustancias consumidas se realizó mediante una adaptación de la sección A –uso de sustancias– de la versión española del *Maudsley Addiction Profile* (MAP)⁴⁰.

Se redactaron un conjunto de preguntas para recoger información sociodemográfica de los pacientes y relacionada con su tratamiento.

Procedimiento

Antes de iniciar la recogida de datos, a los pacientes se les informaba que la administración del test formaba parte de un estudio, y posteriormente se les explicaban los objetivos. Se les decía expresamente que la participación en el mismo era voluntaria, haciéndoles saber que la información recopilada tendría un tratamiento estadístico. En ningún caso iba a ser utilizada en su proceso terapéutico.

De cada paciente se planificaron dos evaluaciones. La primera tuvo lugar durante la primera semana de ingreso en las CT, y tenía por objetivo recoger la CVRS de los pacientes al ingresar en estos recursos. La segunda evaluación estaba planificada para la fi-

nalización del tratamiento, una vez que los pacientes fueran dados de alta terapéutica en el recurso. En esta segunda evaluación participó el 18,7% de los pacientes de los que lo hicieron en la fase inicial. Las puntuaciones de éstos no mostraron diferencias en sus puntuaciones basales de CVRS respecto a los que no participaron en el estudio ($t = -1,584$; g.l. = 348; $p > 0,05$).

En ambos casos, la administración del test en las CT la realizaron los propios profesionales, a los que previamente se había instruido para administrar el test. El tiempo aproximado de administración del test fue de 5 minutos. La administración del test a cada paciente tuvo lugar en sesiones individuales.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 12.0. El cálculo de la fiabilidad se realizó mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Para aportar evidencias de validez se realizaron comparaciones de medias para muestras independientes. El estudio de la sensibilidad al cambio se realizó utilizando comparaciones de medias para muestras relacionadas.

Resultados

Puntuaciones del TECVASP

Los resultados obtenidos en este estudio muestran una puntuación media de la muestra de 73,4 puntos (DT = 13,7). Teniendo presente que el rango de puntuaciones es de 22 a 110 puntos, el mayor porcentaje de puntuaciones se observa en el rango comprendido entre los 71 y 80 puntos (28%), y a continuación entre los valores 61 y 70 puntos (24,9%) (fig. 1).

Estimación de la fiabilidad

La estimación de la fiabilidad del test se realizó mediante el análisis de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach, aportando un valor de 0,861. El análisis de los ítems muestra valores del índice de homogeneidad (correlación ítem-total corregido) aceptables para todos los ítems, a excepción de los obtenidos en los ítems 15 ($r = 0,022$), 19 ($r = 0,124$) y 21 ($r = 0,001$), en los que se obtienen valores bajos. En la tabla 2 también se observa que la eliminación de estos tres ítems produciría un leve incremento en el valor de la consistencia interna.

Por otro lado, la consistencia interna de la escala en cada uno de los cuatro grupos de drogodependientes más numerosos de la muestra (consumidores de

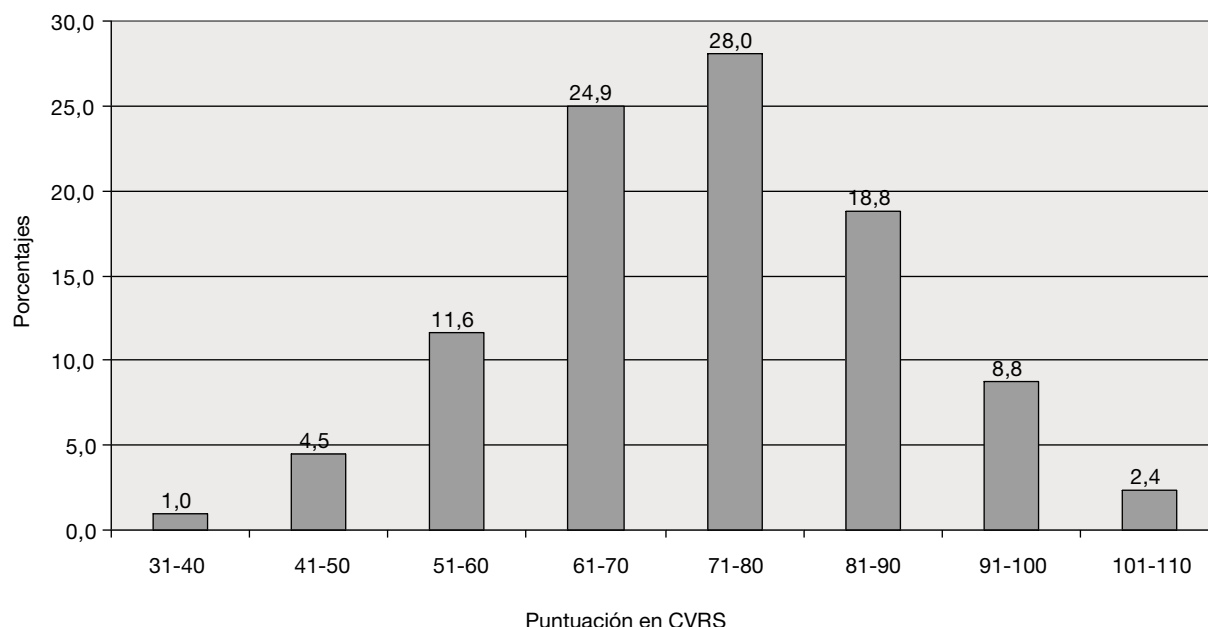


Figura 1. Distribución de puntuaciones del Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP).

rebujo, clorhidrato de cocaína, cocaína en base y alcohol) oscila entre valores de alfa de 0,798 y 0,849 (tabla 2).

Evidencias de validez

De acuerdo con la propuesta de los últimos estándares sobre medición psicológica de 1999⁴¹, los estudios de validación tienen por objetivo dar soporte a las interpretaciones de las puntuaciones del test para la finalidad propuesta. De ahí que la validez no es una propiedad del test en sí misma sino que el objeto de validación son las interpretaciones y usos que se realizan a partir de las puntuaciones. Esto convierte los estudios de validación en estudios donde se pretende mostrar evidencias a favor de la finalidad propuesta del test.

El objetivo principal del TECVASP es aportar una medida de CVRS que detecte los cambios en los consumidores de drogas cuando son sometidos a diferentes situaciones de tratamiento. Para mostrar evidencias de validez a favor de este objetivo del test, se han planificado estudios de validación diferenciales donde se plantean hipótesis que pueden comprobarse empíricamente sobre la CVRS de pacientes que se encuentran en distintas fases de intervención terapéutica.

Un primer estudio parte de la hipótesis sobre la comparación de la CVRS de pacientes que durante el mes anterior a la administración del test se encontraban en fase de desintoxicación, con la de otros que estaban en deshabituación. Según el modelo de intervención que siguen estos pacientes, con la desintoxicación se busca restaurar la capacidad de equilibrio funcional sin presencia de tóxicos, paliando las molestias del síndrome de abstinencia. La deshabituación tiene por objetivo desarrollar la capacidad funcional para funcionar con eficacia y autonomía siguiendo un estilo de vida normalizado, y romper con los hábitos relacionados con el consumo de drogas. Esta última fase es posterior en el proceso terapéutico a la desintoxicación⁴².

Considerando los objetivos de ambas fases del tratamiento, se mostrarían evidencias de validez favorables si los pacientes en deshabituación tuvieran una mejor CVRS que quienes están en desintoxicación. Tal y como se observa en la tabla 3, cuando esta hipótesis se somete a un contraste de medias, se encuentra que las puntuaciones en CVRS de los pacientes en deshabituación es superior (media 82,0 y DT 12,4) a la de los de desintoxicación (media 68,5 y DT 12,0), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($t = -9,460$; g.l. = 312; $p < 0,001$).

Un segundo estudio estaría centrado en los programas de reducción del daño. Como su propio nombre

Tabla 2. Propiedades métricas de los ítems del TECVASP y fiabilidad del test

| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
|--|---|--|--|---|
| 1. Has tenido dolor | 70,2 | 172,7 | 0,529 | 0,852 |
| 2. Has tenido problemas de sueño | 70,6 | 171,8 | 0,489 | 0,853 |
| 3. Has tenido vómitos | 69,6 | 175,1 | 0,446 | 0,855 |
| 4. Te has sentido fatigado | 70,7 | 170,1 | 0,622 | 0,849 |
| 5. Has estado ansioso | 71,2 | 169,6 | 0,638 | 0,848 |
| 6. Has estado deprimido | 71,1 | 171,1 | 0,581 | 0,850 |
| 7. Te has sentido agresivo | 70,2 | 173,6 | 0,467 | 0,854 |
| 8. Has tenido problemas para recordar las cosas | 70,5 | 169,7 | 0,547 | 0,851 |
| 9. Has tenido alucinaciones | 69,4 | 175,3 | 0,442 | 0,855 |
| 10. Has tenido problemas para concentrarte | 70,4 | 170,5 | 0,607 | 0,849 |
| 11. Has tenido problemas para orientarte | 69,2 | 177,6 | 0,454 | 0,855 |
| 12. Has consumido drogas para estar bien físicamente | 70,6 | 169,8 | 0,476 | 0,854 |
| 13. Has consumido drogas para estar bien psicológicamente | 70,6 | 171,7 | 0,435 | 0,856 |
| 14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas | 69,9 | 169,4 | 0,545 | 0,851 |
| 15. Has tenido personas que se han preocupado por ti | 69,5 | 189,7 | 0,022 | 0,868 |
| 16. Crees que tu salud psicológica está deteriorada | 70,3 | 170,9 | 0,545 | 0,851 |
| 17. Has tenido problemas familiares | 70,8 | 179,8 | 0,274 | 0,861 |
| 18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales | 71,7 | 179,3 | 0,371 | 0,858 |
| 19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas | 69,5 | 187,4 | 0,124 | 0,864 |
| 20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas | 69,4 | 185,9 | 0,190 | 0,862 |
| 21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.) | 68,9 | 191,2 | 0,001 | 0,865 |
| 22. Crees que tu salud física ha estado bastante deteriorada | 71,1 | 172,7 | 0,501 | 0,853 |
| Alfa de Cronbach de la escala en la muestra total | | 0,861 | | |
| Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de rebujo | | 0,849 | | |
| Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de clorhidrato de cocaína | | 0,819 | | |
| Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de cocaína en base | | 0,798 | | |
| Alfa de Cronbach en la submuestra de consumidores de alcohol | | 0,848 | | |

Tabla 3. Análisis de los estudios de validación

| | Media (DT) | t | g.l. | Significación |
|----------------------------------|-------------|--------|------|---------------|
| Fase del tratamiento | | | | |
| • Desintoxicación (n = 203) | 68,5 (12,0) | -9,460 | 312 | p < 0,01 |
| • Deshabitación (n = 111) | 82,0 (12,4) | | | |
| Tratamiento con metadona | | | | |
| • No (n = 35) | 68,2 (11,6) | -3,090 | 92 | p < 0,01 |
| • Sí (n = 59) | 76,1 (12,4) | | | |
| Momento de evaluación | | | | |
| • Antes de inicio de tratamiento | 71,2 (14,5) | -9,903 | 66 | p < 0,01 |
| • Finalizado el tratamiento | 90,1 (11,9) | | | |

indica, estos programas se basan en estrategias que intentan reducir la morbilidad relacionada con el consumo de drogas y aumentar la calidad de vida de los consumidores⁴².

En la muestra seleccionada se diferenció entre pacientes consumidores de heroína y cocaína en base que seguían un PTM, y otros que no realizaban ningún programa de reducción del daño. A partir de aquí

se formuló una hipótesis donde obtendríamos evidencias de validez favorables si los pacientes en PTM tuvieran una mejor CVRS que los pacientes que no siguen programas de reducción del daño. Como se observa en la tabla 3, los resultados del contraste de medias entre los dos grupos señalan que quienes seguían un PTM tenían una mejor CVRS a la entrada en la CT (media 76,1 y DT 12,4) que quienes no estaban realizando dicho programa (media 68,2 y DT 11,6), y estas diferencias son estadísticamente significativas ($t = -3,090$; g.l. = 92; $p < 0,001$).

Un último estudio buscaba evidencias de la sensibilidad al cambio del test, comparando la CVRS de los pacientes al ingreso en las CT y al finalizar el tratamiento. Obtendríamos evidencias favorables si la CVRS de los pacientes al ingreso en las CT fuera más negativa que una vez conseguidos los objetivos terapéuticos. Para contrastar esta hipótesis se ha realizado una comparación de medias entre las puntuaciones en el TECVASP al iniciar el tratamiento y una vez los pacientes reciben el alta terapéutica. Como se muestra en la tabla 3, las puntuaciones medias del TECVASP en ambas evaluaciones reflejan una diferencia de casi 20 puntos (media pre 71,2 y DT 14,5 y media post 90,1 y DT 11,9), siendo esta diferencia significativa desde un punto de vista estadístico ($t = -9,903$; g.l. = 66; $p < 0,001$).

Discusión

En la actualidad, pocos autores dudan de que el estudio de la CVRS pueda realizarse desde diferentes marcos teóricos, no existiendo una definición consensuada que esté universalmente aceptada⁴³. Esta situación, que en opinión de los autores representa una limitación para la propia comprensión y medida del constructo, contrasta con la utilidad y uso del mismo en diferentes campos de la salud.

En este sentido, este trabajo aporta una definición operativa de la CVRS para su uso en la población drogodependiente. Ésta se ha realizado a partir de la revisión de la literatura especializada y el juicio de expertos (11 expertos en CVRS), utilizando la definición operativa resultante como base teórica del test mostrado. Esta definición operativa y el test desarrollado representan una novedad con relación a los tests genéricos de CVRS actualmente utilizados en drogodependencias, pues los contenidos sobre los que se construyen los ítems son específicos para la población drogodependiente.

En lo concerniente a los instrumentos de medida de la CVRS, se les plantean algunas exigencias métricas,

como pueden ser, principalmente, una adecuada fiabilidad y la capacidad de detectar cambios significativos en la salud^{44,45}. Además, se señala como una preferencia disponer de tests adaptados a la población objetivo cuando se desea hacer estudios de efectividad de intervenciones terapéuticas⁴⁶, lo que equivale a decir que es deseable que los tests cuenten con evidencias de validez para ese uso concreto.

El análisis de la fiabilidad ha mostrado un valor apropiado de consistencia interna del test, tanto en la muestra global como en las submuestras analizadas. Asimismo, ha reflejado que los ítems muestran, en términos generales, un correcto funcionamiento. Por el contrario, se ha encontrado un funcionamiento inapropiado en tres ítems (ítem 15, ítem 19 e ítem 21), al no mostrar un adecuado índice de homogeneidad (correlación ítem-total corregida). Una posible explicación es que dada la muestra utilizada (todas procedentes de pacientes que ingresaron en CT) y lo preguntado en el enunciado de estos tres ítems, todos los pacientes hayan puntuado alto, disminuyendo por ello el valor de la correlación entre cada uno de estos ítems y la puntuación total.

En el caso del ítem 15, es sabido que la mayoría de los pacientes acuden a estos recursos motivados por sus familiares, por lo que se espera una respuesta homogénea de los entrevistados. Al analizar el enunciado del ítem 19 resulta lógico que las personas que acuden a CT sea porque tienen referentes de otras personas que han conseguido mejorar sus problemas con la adicción; y en el caso del ítem 21, el propio enunciado recoge la situación de tratamiento en la que se encuentran los pacientes evaluados, por lo que también se espera puntuaciones similares a este ítem entre todos los entrevistados.

Los estudios de validación realizados han tenido como referencia un marco teórico-terapéutico, en consonancia con el objetivo del test. Los análisis han estado centrados en comprobar si las puntuaciones del TECVASP detectan las diferencias en la CVRS en grupos de pacientes que, a priori, deben poseer distinta CVRS por su situación terapéutica. Como ha podido comprobarse, los resultados obtenidos han sido satisfactorios, aportándose evidencias que avalan que el TECVASP diferencia debidamente entre los grupos estudiados. Además, mediante el análisis pre-tratamiento y post-tratamiento, ha quedado reflejada la sensibilidad al cambio esperada tras un proceso de intervención terapéutica.

El proceso de validación de un test requiere mostrar evidencias del mismo continuamente. En este sentido, consideramos como una adecuada línea de continuidad a este trabajo aportar nuevos estudios de validez

basados en evidencias convergentes y discriminantes con los tests de CVRS genéricos y otros instrumentos que actualmente se utilizan en el ámbito de las drogodependencias. Asimismo, es de interés explorar la relación entre las puntuaciones del TECVASP con otros constructos y variables que conforman la red nomológica de la CVRS en la población drogodependiente.

A la vista de los resultados obtenidos, consideramos que el test muestra propiedades psicométricas que permiten obtener una medida fiable y válida de la CVRS en población drogodependiente.

Teniendo presente la heterogeneidad de instrumentos de CVRS existentes y la diversidad de contextos

de aplicación, consideramos su aplicación más recomendada para estudios en los que se requiere una alta sensibilidad al cambio para valorar cómo una intervención terapéutica influye sobre la CVRS de pacientes drogodependientes. Por el contrario, una limitación de este test es que no es útil cuando se quiere describir la CVRS de los drogodependientes en relación a otros grupos de pacientes con diferentes alteraciones de salud, o con respecto a la población.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bowling A. Measuring illness: A review of disease specific quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press; 1994.
2. Reno RR, Aiken LS. Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *Int J Addiction*. 1993;28:211-32.
3. Sánchez-Hervás E, Tomás V, Molina N, Del Olmo R, Morales E. Procesos de cambio en conductas adictivas: influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones*. 2002;14:337-44.
4. Iraurgi I, Póo M, Márkez I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:609-21.
5. Fernández Miranda JJ, González MP, Sáiz PA, Gutiérrez E, Bobes J. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*. 1999;11:43-52.
6. Ventegodt S, Merrick J. Psychoactive drugs and quality of life. *Scientific World Journal*. 2003;3:694-706.
7. Dalgas O, Egelund A, Skaug K, Vilimas K, Steen T. Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2004;39:74-80.
8. Posner G, Lecusay R, Miguez-Burbano MJ, Quesada J, Rodríguez A, Ruiz P, et al. Quality of life measures in the Miami HIV-1 infected drug abusers cohort: relationship to gender and disease status. *J Subst Abuse*. 2000;11:395-404.
9. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rösler H, Hinterhuber H, et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction*. 2003;98:693-702.
10. Giacomuzzi SM, Ertl M, Kemmler G, Riemer Y, Vigl A. Sublingual buprenorphine and methadone maintenance treatment: a three-year follow-up of quality of life assessment. *Scientific World Journal*. 2005;5:452-68.
11. Iraurgi I, Casas A, Velorio MJ, Díaz-Sanz M. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Rev Esp Salud Pública*. 1999;24:131-47.
12. Iraurgi I. Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Rev Esp Drogodependencias*. 1999;24:31-45.
13. Iraurgi I. La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica en drogodependencias; 2004. Disponible en: <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=25>
14. Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurement. *Medicina (Kaunas)*. 2004;40:833-41.
15. Iraurgi I. Valoración del estado de salud como calidad de vida. Aplicación de la matriz de Rosser en toxicomanías. *Rev Esp Drogodependencias*. 2002;27:562-73.
16. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
17. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health stats: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Royal Coll Gen Pract*. 1985;35:185-8.
18. Torrens M, San L, Martínez A, Castillo C, Domingo-Salvany A, Alonso J. Use of the Nottingham Health Profile for measuring health status of patients in methadone maintenance treatment. *Addiction*. 1997;92:707-16.
19. Lawton MP, Winter L, Kleban MH, Ruckdeschel K. Affect and quality of life: Objective and subjective. *J Aging Health*. 1999;11:169-99.
20. Rodríguez-Marín J, Pastor MA, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*. 1993;5 Supl:349-72.
21. Corrales E, Tardón A, Cueto A. Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema*. 2000;12:171-5.
22. Wilson M, Cleary P. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA*. 1995;273:59-65.
23. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1994.
24. Foster JH, Marshall EJ, Hooper RL, Peters TJ. Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist. *Alcohol*. 2000;20:105-10.
25. Gill T. Heroin Addiction. GP Drug & Alcohol Supplement [revista en internet]. 1997; Suppl 8. Disponible en: www.health.nsw.gov.au/publichealth/dpb/supplements/suppl8.pdf

26. Rosser RM. Quality of life: assessment and application. Lancaster: MTP Press; 1988.
27. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. Psychological symptoms, somatic symptoms, and psychiatric disorder in chronic fatigue and Chronic Fatigue Syndrome: A prospective study in the primary care setting. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1050-9.
28. Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G. An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. *Nurs Res*. 2000;49:122-30.
29. Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, Wilber C, Kleber H. Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;39:151-6.
30. Sofuoglu M, Brown S, Babb DA, Hatsukami DK. Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug Alcohol Depend*. 2001;63:131-7.
31. Strain EC, Stitzer ML, Bigelow GE. The early treatment time course of depressive symptoms in opiate addicts. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179:215-21.
32. Calvo H. Alcohol y neuropsicología. Trastornos Adictivos. 2003;5:256-68.
33. Darke S, Sims J, McDonald S, Wickes W. Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*. 2000;95:687-96.
34. Gillen RW, Kranzler HR, Bauer LO, Burleson JA, Samarel D, Morrison DJ. Neuropsychologic findings in cocaine-dependent outpatients. *Progress Neuropsychopharm Biol Psychiatry*. 1998;22:1061-76.
35. Ryan R. Attentional bias and alcohol dependence: A controlled study using the modified Stroop paradigm. *Addict Behav*. 2002;27:471.
36. Cox DR, Fitzpatrick R, Fletcher AE, Gore SM, Spiegelhalter DJ, Jones DR. Quality of Life assessment: can we keep it simple? *J R Stat Soc*. 1997;155:353-93.
37. Bisconti TL, Bergeman CS. Perceived social control as a mediator of the relationships among social support, psychological well-being, and perceived health. *Gerontologist*. 1999;39:94-103.
38. Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *J Health Soc Behav*. 1979;20:108-19.
39. Wasserman DA, Stewart AL, Delucchi KL. Social support and abstinence from opiates and cocaine during opioid maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2001;65:65-75.
40. Fernández C, Torres MA. Evaluación de resultados del tratamiento: el *Maudsley Addiction Profile*. En: Iraurgi J, González-Saiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2002. p. 387-400.
41. American Psychological Association, American Educational Research, National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. Disponible en: <http://www.apa.org/science/standards.html>.
42. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. Catálogo de los servicios asistenciales de los centros de tratamiento ambulatorio de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.
43. Ware J. Conceptualization and measurement of health-related quality of life: comments on an evolving field. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84 Suppl 2:S43-52.
44. Badía X. La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica. Barcelona: Edimac; 2000.
45. Herdman M. Medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clí (Barc)*. 2000;114 Supl 3:S22-5.
46. Prieto L, Badía X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. *Aten Primaria*. 2001;28:201-9.

Anexo I

TECVASP

(Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas)

Encuestador: _____ Centro _____ N.º de test _____

A continuación se le va a preguntar sobre su salud **durante el último mes**. Su tarea consistirá en responder a cada una de las preguntas con **total sinceridad**. Para ello, contará con 5 alternativas de respuesta (debiendo señalar solamente una). Éstas expresan el grado con el que ha tenido o sentido los síntomas y situaciones que aparecen en las preguntas. Las respuestas que usted puede dar son las siguientes:

NADA POCO A VECES BASTANTE MUCHO

Su tarea consistirá en señalar la opción de respuesta (solamente una) que **mejor** indica el grado en el que ha sentido o ha tenido lo que se describe en cada pregunta **durante el último mes**. Veamos un ejemplo:

Ejemplo 1: Durante el último mes, en qué medida he padecido dolores de cabeza:

NADA **POCO** A VECES BASTANTE MUCHO

Al marcar la respuesta **poco** estoy indicando que durante el último mes he sentido pocos dolores de cabeza. Antes de empezar recuerde que es importante que responda **sinceramente**. Además, teniendo en cuenta el enunciado, trate de elegir adecuadamente la respuesta que **mejor** le representa **durante el último mes**. Es importante que haya entendido correctamente su tarea. Si tiene alguna duda, pregúntela antes de comenzar.

Durante **el último mes**, en qué medida:

1. Has tenido dolor (físico)
2. Has tenido problemas de sueño
3. Has tenido vómitos (ganas de devolver)
4. Te has sentido fatigado (cansado)
5. Has estado ansioso (nervioso)
6. Has estado deprimido (decaído, bajo de moral, has tenido «ganas de abandonar»)
7. Te has sentido agresivo
8. Has tenido problemas para recordar cosas (no te has acordado de nombres, de dónde pones las cosas, etc.)
9. Has tenido alucinaciones
10. Has tenido problemas para concentrarte («estar metido en lo que haces», no despistarte al hacer tareas, etc.)
11. Has tenido problemas para orientarte (no has sabido llegar a casa o a lugares conocidos)
12. Has consumido drogas para estar bien **físicamente**
13. Has consumido drogas para estar bien **psicológicamente** (mentalmente)
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas (vestirte, asearte, etc.)
15. Has tenido personas que se han preocupado por ti
16. Crees que tu salud **psicológica** (mental) está deteriorada (mal)
17. Has tenido problemas familiares
18. Crees que el consumo de drogas ha empeorado tus actividades sociales (ir con amigos, trabajar, etc.)
19. Crees que hay personas que pueden quitarse de las drogas
20. Crees que tú puedes quitarte de las drogas
21. Harías cualquier cosa para dejar las drogas (ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares, etc.)
22. Crees que tu salud **física** ha estado deteriorada

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN