

# Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes

E.J. PEDRERO PÉREZ, Á. OLIVAR ARROYO Y J. CHICHARRO ROMERO

Centro de Atención a Drogodependientes 4 San Blas. Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

**RESUMEN.** *Objetivo.* Desarrollar y estudiar las propiedades psicométricas de un cuestionario (CAD-4) de calidad de vida autopercebida (CVA) en consumidores de droga desde una perspectiva biopsicosocial.

*Material y método.* Se administra el CAD-4, el SF-36 (versión española) el VIP y el MCMI-II a una muestra de 283 individuos que inician un tratamiento por abuso/dependencia de drogas y a 53 sujetos de la población general de Madrid.

*Resultados.* El CAD-4 presenta adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0,97$ ) y estabilidad temporal ( $\alpha = 0,79$ ). Ofrece una información más amplia sobre calidad de vida en términos psicológicos y sociales que otros tests que se centran principalmente en la salud física. Un análisis factorial muestra una estructura de seis dimensiones: adicción, ejecución funcional, funcionamiento psicológico, salud percibida, funcionamiento social y tiempo libre. La validez convergente se estudia mediante su correlación con el SF-36, resultando significativa de acuerdo con lo teóricamente esperable, especialmente entre las escalas más relacionadas. El estudio de correlaciones con VIP y MCMI-II (ejes I y II) muestra también un amplio rango de correlaciones. Se aprecian diferencias

significativas entre adictos y población general en todas las dimensiones de CVA estimadas mediante el CAD-4.

*Conclusiones.* El cuestionario CAD-4 se ofrece para los profesionales de los trastornos adictivos como un instrumento de utilidad para el estudio de los cambios en el proceso de tratamiento de personas adictas, su calidad de vida autopercebida y su relación con los resultados de la rehabilitación. También puede utilizarse como elemento de evaluación y asesoría en estos servicios.

**PALABRAS CLAVE:** biopsicosocial, calidad de vida, adicción, tratamiento, evaluación, satisfacción.

## CAD-4 questionnaire: a biopsychosocial measure of self-perceived quality of life in drug addicts in treatment

**ABSTRACT.** *Objective.* To develop a questionnaire (CAD-4) to measure self-perceived quality-of-life in drug addicts from a biopsychosocial framework.

*Material and method.* The CAD-4, the SF-36, VIP and MCMI-II questionnaires are applied to 283 individuals who start an outpatient treatment for drug dependence or abuse and 53 non-user individuals of general population in Madrid, Spain.

*Results.* The CAD-4 questionnaire shows a great reliability ( $\alpha = 0,97$ ) and stability ( $\alpha = 0,79$ ). It provides a wider amount of information about psychological and social QOL than some other tests do, as they focus mainly on physical health. An exploratory factor analysis, used to study its construct validity, results in six factors, which are: drug use, functional execution, psychological

---

### Correspondencia:

E.J. PEDRERO PÉREZ  
Centro de Atención a Drogodependencias (CAD-4) San Blas.  
Instituto de Adicciones Madrid Salud.  
Ayuntamiento de Madrid  
C/. Alcalá, 527  
28027 Madrid. España.  
Correo electrónico: ejpedrero@yahoo.es

Recibido: 30-05-2007

Aceptado para su publicación: 4-10-2007

**functioning, perceived health, social functioning and spare-time. We study the convergent validity throughout its correlations with the SF-36, being all of them statistically significant, specially between perceived health (CAD-4) and general health (SF-36), and between psychological functioning (CAD-4) and mental health (SF-36), in the trend of their theoretical framework. The study of correlations between the CAD-4 and the VIP and MCMI-II (Axis I and II) questionnaires also shows a wide range of associations. We also found significant differences between addicts and non-users in quality of life measured through the CAD-4 questionnaire.**

**Conclusions.** The CAD-4 questionnaire should provide drug treatment professionals with a useful tool to study changes in the evolution of the patients' processes and their perceived quality of life and their relation with the development of their treatment. It may also be used for the evaluation and assessment of these health services.

**KEY WORDS:** biopsychosocial, quality of life, drug addiction, drug treatment, assessment, satisfaction.

## Introducción

La calidad de vida autopercebida aparece, en el momento actual, como un importante indicador de efectividad de los tratamientos, y se vincula directamente con la satisfacción de los pacientes en la mayoría de los estudios que valoran las intervenciones médicas. Su empleo se ha ido generalizando principalmente en enfermedades de tipo crónico como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad pulmonar, los trastornos psicopatológicos, etc., y su cualidad principal es informar de los resultados desde el punto de vista del propio paciente y no, como suele ser habitual, desde la perspectiva del profesional o la institución que desarrolla las intervenciones.

El término de calidad de vida comenzó a usarse a mediados del siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales, pero en la actualidad no existe un consenso claro sobre su conceptualización. Fue la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del grupo WHOQOL<sup>1</sup>, que inició sus trabajos a mediados de los noventa, la que propuso la siguiente definición: «calidad de vida es la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses». Es por tanto un concepto multidimensional, compuesto por aspectos como la salud física, la psicológica, las relaciones sociales, las condiciones del entorno y una dimensión espiritual. Lo que adquiere importancia es la subjetividad de la persona como indicador de resultados, unido a que no es algo estable sino que varía a lo largo de la vida.

El consumo de drogas afecta a áreas básicas de las personas, tanto en lo biológico como en lo psíquico y lo social; se hace necesario recordar que lo que lleva a los usuarios de drogas a solicitar ayuda y ponerse en tratamiento no es el consumo en sí, sino los problemas sociales, legales y psicológicos derivados del mismo<sup>2</sup> y/o su estado de salud general<sup>3</sup>. Ello remite al constructo «calidad de vida autopercebida» y a su estudio no sólo en cuanto a indicadores físicos, sino también psíquicos y sociales.

La consideración del constructo «calidad de vida autopercebida» en el ámbito de las drogodependencias ha ido apareciendo de forma paulatina en los últimos años; especialmente se ha aplicado a la evaluación de los Programas de Mantenimiento con Sustitutivos Opiáceos (PMSO), debido a la necesidad de añadir a la evaluación, efectuada generalmente a partir de los criterios denominados «duros» entendidos como objetivos (consecución de la abstinencia de la droga que genera la demanda, disminución del consumo de otras sustancias, nivel de retención en el programa, reducción de la criminalidad, aumento de la actividad laboral o reducción de la morbilidad), otra forma de evaluación subjetiva a través de la medida de la calidad de vida percibida<sup>4</sup>.

El intento de evaluar los aspectos subjetivos no es algo completamente nuevo, puesto que ya se habían realizado tentativas previas, por ejemplo, a través de indicadores de normalización de la vida cotidiana, siendo éstos tan diversos como los quehaceres domésticos (tareas de la casa, tiempo dedicado a los hijos), actividades ocupacionales y laborales (buscar, conseguir o mantener un empleo), de ocio y tiempo libre (visitas, deportes), actividades ilegales (arrestos, multas, tráfico de sustancias), estado de salud (sueño, apetito), actividades de interacción social negativas (juego, consumo abusivo de alcohol) y la propia calidad de vida, a través del grado de satisfacción con el entorno físico y relacional<sup>5</sup>. El estudio de la calidad de vida a través de parámetros unificados permite la posibilidad de analizar estos y otros aspectos de manera efectiva y obtener así información sobre las características del estado de salud de los drogodependientes en proceso de tratamiento. Todo ello desde el concepto de salud integral anteriormente descrito, donde los aspectos físicos, psicológicos y sociales sean analizados.

El instrumento más utilizado en la estimación de la calidad autopercebida en consumidores de drogas es, sin duda, el SF-36, ya sea en su versión completa<sup>6</sup> o bien en versiones reducidas<sup>7</sup>. Se han utilizado también escalas breves como la EQ-5D<sup>8</sup> (para una revisión completa del tema ver Iraurgi, 2002<sup>9</sup>). En cuanto a instrumentos específicamente dirigidos a esta población cabe destacar la *Injection Drug Use Quality of Life Scale*<sup>10</sup>, de la que existe una versión española<sup>11</sup>, aunque se centra en los consumidores por vía parenteral. De los estudios realizados en España<sup>4,5,12,13</sup> cabe destacar una conclusión paralela: los aspectos de la calidad de vida que menos cambios o menor nivel de calidad reflejan en los resultados de los PMSO estudiados son los relacionados con las situaciones emocionales y sociales más allá de lo legal y lo laboral. Una posible explicación a esta diferencia es que quizá estos programas están, hoy por hoy, altamente focalizados en obtener la estabilidad física. Los propios investigadores, en este sentido, señalan la necesidad de un modelo asistencial integral que atienda no sólo la drogodependencia y los aspectos prioritariamente físicos, sino también la salud mental/emocional y la situación económica y social<sup>12</sup>, dando al concepto calidad de vida una verdadera multidimensionalidad relacionada con el concepto de salud integral anteriormente expuesto.

Cabe resaltar la no disponibilidad de una definición operativa del concepto de calidad de vida aplicado al ámbito de las conductas adictivas, si bien contamos con algún intento que, sin embargo, escora su operativización hacia variables meramente psiquiátricas, alejadas de la riqueza del término<sup>14</sup>. Moons et al<sup>15</sup> efectúan una revisión de los trabajos referidos a la percepción de calidad de vida publicados en las últimas décadas; encuentran que hay hasta 8 conceptualizaciones que se solapan: vida normal, competencia social, utilidad, felicidad, satisfacción con la vida, satisfacción con dominios específicos, consecución de metas personales y capacidad natural. Encuentran que la satisfacción es el concepto más adecuado para englobar los diversos aspectos de la calidad de vida autopercebida. La necesidad, reiterada en múltiples trabajos, de alcanzar un cierto grado de consenso<sup>16</sup> ha llevado a declarar al concepto y su aplicación en el ámbito de las adicciones como un campo prioritario de la investigación<sup>17</sup>.

Por otro lado, el hecho de que la aplicación de este tipo de evaluación se haya limitado, hasta el momento, a los PMSO no significa necesariamente que no pueda ser desarrollada en otro tipo de programas, aunque no parece ser una tendencia en el momento

actual, por la escasez de producción científica hasta la fecha. A este respecto, es importante señalar que la aplicación de cuestionarios sobre calidad de vida relacionada con la salud como instrumento de estimación del cambio permite, además de la comparación entre pacientes en un mismo tipo de programa (PMSO), la comparación entre pacientes de diversas modalidades de tratamiento (PMSO frente a comunidad terapéutica, por ejemplo), con las ventajas que esto supone en dos niveles: la comparación de la efectividad de los programas y el incremento en la calidad del *matching* (proceso de asignación de recursos de tratamiento) a la hora de ofrecer la continuidad del proceso de rehabilitación en uno u otro programa.

Smith y Larson<sup>18</sup> comparan la calidad de vida de pacientes drogodependientes con pacientes con otras patologías crónicas, sugiriendo los resultados que la función física es similar entre todos ellos, pero el funcionamiento mental es mucho más deficitario en pacientes drogodependientes. También aparecen diferencias significativas entre pacientes drogodependientes de diferente sexo, siendo las mujeres las que peor calidad de vida declaran, algo que se presenta de forma generalizada en todos los trabajos que estiman las diferencias en función del género<sup>19</sup>. Las variables de personalidad parecen también cruciales, en la medida en que existen rasgos que afectan a la propia percepción de bienestar, como el neuroticismo<sup>20</sup>; en sintonía, los diagnósticos psicopatológicos concomitantes se relacionan con menores niveles de calidad de vida percibida<sup>21</sup>. Estos resultados revelan la necesidad de adecuar los tratamientos y su evaluación a las diferencias entre los pacientes. Con respecto a la importancia de la esfera de lo social en la calidad de vida autopercebida, es necesario tener en cuenta la doble vertiente de la salud social: como salud de la sociedad y como salud de los individuos en su relación con su entorno, con los referentes significativos, con la comunidad y con las actividades sociales (formación, trabajo, ocio, etc.)<sup>22</sup>. Como ya se planteó en otro lugar, hay una asociación significativa entre el malestar percibido y la socialización, y muy especialmente el sentido de pertenencia, entendido como la disposición a sentirse parte importante y activa de un entorno social<sup>23</sup>.

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en el ámbito de las drogodependencias, por tanto, ofrece la posibilidad de plantear objetivos consensuados con el drogodependiente en tratamiento y una evaluación conjunta de los resultados, además de contribuir a la identificación de déficit en áreas de

funcionamiento y la severidad de la adicción, con lo que resulta más accesible el reconocimiento de grupos de riesgo y el establecimiento de medidas preventivas<sup>3</sup>. Asimismo, la valoración de la calidad de vida puede constituir un parámetro clave en los estudios de coste-beneficio de los diferentes programas y contribuir así a la optimización de los recursos en este ámbito<sup>7</sup>.

El objetivo del presente trabajo se centra en la confección y desarrollo de un cuestionario que mida la calidad de vida autopercebida en personas que están en tratamiento para el abandono de su adicción, que debe cumplir los siguientes requisitos: a) que sea adecuado para la población a la que va destinado; b) que estime la calidad de vida como un constructo biopsicosocial; c) que sea sensible a los cambios que el tratamiento pudiera producir; d) que ofrezca una fácil cumplimentación, y e) que presente adecuadas cualidades psicométricas.

## Material y método

### Participantes

Se obtiene, mediante muestreo consecutivo, una muestra de 283 sujetos (219 varones y 64 mujeres) que inician un tratamiento por abuso/dependencia de sustancias, según criterios del DSM-IV (el 34,6% heroína; el 33,2% cocaína; el 26,5% alcohol; el 5,7% cannabis). La media de edad de la muestra completa es de 35,9 años, con una desviación típica (d.t.) de 9,0 ( $38,4 \pm 6,7$  los de heroína;  $31,5 \pm 7,0$  los de cocaína;  $50,0 \pm 8,7$  los de alcohol;  $26,2 \pm 9,3$  los de cannabis).

Adicionalmente, se obtiene, mediante la técnica de «bola de nieve»<sup>24</sup>, una muestra de sujetos de población general, que cumplimentan voluntariamente el cuestionario. Se trata de 20 varones y 33 mujeres, con una media de edad de 40 (d.t. 16,7) y 35,7 (d.t. 10,2) años, respectivamente.

### Instrumentos

Utilizamos la versión definitiva del CAD-4 (anexo 1), cuyo proceso de confección se detallará en el apartado de procedimiento. Esta versión consta de 50 ítems, que se responden en una escala de Likert de 5 opciones (mucho; bastante; ni mucho ni poco; poco; nada) que se agrupan en 6 escalas: adicción (16 ítems), ejecución funcional (8 ítems), funcionamiento psicológico (9 ítems), salud percibida (11 ítems), funcionamiento social (4 ítems) y tiempo libre (2 ítems). Todas las puntuaciones se corrigen en dirección a la

opción saludable, salvo la adicción, que presenta signo inverso a las demás.

Para estimar la validez convergente utilizamos la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form Scale*)<sup>25</sup>, compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS (*Medical Outcomes Study*)<sup>26</sup>, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud<sup>27</sup>. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Se ha utilizado ampliamente en nuestro país en muy diversos ámbitos sanitarios<sup>28</sup>.

Para estimar la validez discriminante utilizamos el Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP)<sup>29</sup>, instrumento de 84 ítems que se responden según una escala con cuatro posibilidades. Elaborado a partir de ítems en su mayor parte procedentes de escalas ampliamente validadas y utilizadas en la clínica, permite la estimación de 9 escalas: autoestima, autoeficacia, optimismo, locus de control, habilidades sociales, autocontrol, afrontamiento centrado en la tarea, afrontamiento centrado en la emoción y afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social. El VIP muestra una consistencia interna de 0,93; estando todas las subescalas entre 0,78 y 0,91; salvo la de locus de control interno, con sólo 0,65. La consistencia test-retest entre 4 y 6 semanas es de 0,92. Presenta validez concurrente con cuestionarios que miden los mismos constructos por separado entre 0,85 y 0,91; salvo con la escala LOC, que se reduce a un 0,61.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (*Millon Clinical Multiaxial Inventory-II*, MCMI-II; Millon, 1999) es un cuestionario de 175 ítems, que se responden en una escala dicotómica verdadero/falso, e informa sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de intensidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base (TB) atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población. El cuestionario cuenta con medidas de validez, alteración, deseabilidad y sinceridad.

## Anexo 1. CAD-4 Cuestionario de Calidad de Vida

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Referido al último mes...	MUCHO	BASTANTE	NI MUCHO NI POCO	POCO	NADA
1. ¿Ha considerado bueno su estado de salud?					
2. ¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de las tareas domésticas?					
3. ¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de sus tareas laborales?					
4. ¿Su estado de salud le ha dificultado la realización de su higiene personal?					
5. ¿Su estado de salud le ha dificultado la movilidad?					
6. ¿Su estado de salud le ha impedido tener una actividad sexual satisfactoria?					
7. ¿Ha tenido dolor en alguna parte del cuerpo?					
8. ¿Se ha sentido agotado?					
9. ¿Ha pensado que su estado de salud podría empeorar?					
10. ¿Ha pensado que su estado de salud es excelente?					
11. ¿Ha pensado, durante el último mes, que su salud había empeorado por el consumo de drogas?					
12. ¿Ha tenido dificultades para realizar sus tareas diarias por el consumo de drogas?					
13. ¿Ha tenido problemas de salud relacionados con el consumo de drogas?					
14. ¿Ha tenido problemas para descansar (dormir) a causa del consumo de drogas?					
15. ¿Ha tenido dificultades para realizar su trabajo por el consumo de sustancias?					
16. ¿El consumo de drogas le ha impedido tener una actividad sexual satisfactoria?					
17. ¿Ha considerado que el consumo de drogas ha influido en su estado de salud actual?					
18. ¿Ha considerado que si disminuyera el consumo de drogas mejoraría su estado de salud?					
19. ¿Se ha sentido cansado la mayor parte del día?					
20. ¿Se ha sentido desanimado?					
21. ¿Se ha sentido solo?					
22. ¿Se ha sentido lleno de energía?					
23. ¿Ha tenido esperanzas en el futuro?					
24. ¿Se ha alterado por pequeñas dificultades?					

25. ¿Ha estado de buen humor a lo largo del día?					
26. ¿Ha tenido miedo de acabar dependiendo de otra persona?					
27. ¿Se ha sentido muy nervioso?					
28. ¿Se ha sentido calmado y tranquilo?					
29. ¿Se ha sentido bajo de moral, que nada puede animarle?					
30. ¿Se ha sentido feliz?					
31. ¿Su salud física le ha preocupado?					
32. ¿Ha tenido problemas emocionales por el consumo de drogas?					
33. ¿Se ha sentido solo a causa del consumo de drogas?					
34. ¿Se ha sentido perseguido u observado después del consumo de drogas?					
35. ¿Se ha sentido nervioso o con ansiedad por el consumo de drogas?					
36. ¿Se ha sentido deprimido a causa del consumo de drogas?					
37. ¿El consumo de drogas le ha hecho perder las esperanzas de futuro?					
38. ¿Ha tenido conflictos familiares con cierta frecuencia?					
39. ¿Se ha encontrado aislado o alejado de su familia?					
40. ¿Ha tenido problemas en su relación de pareja actual?					
41. Los amigos con los que cuenta ¿están relacionados con el consumo de drogas?					
42. ¿Ha tenido discusiones o conflictos con sus amigos con cierta frecuencia?					
43. ¿Ha tenido dificultades para entablar relaciones con personas no consumidoras?					
44. ¿Ha tenido problemas o conflictos con la gente de su barrio?					
45. Su situación laboral actual ¿ha estado influida por el consumo de drogas?					
46. ¿Ha considerado su situación laboral actual como problemática o dificultosa?					
47. ¿Ha tenido dificultad para desarrollar actividades laborales con normalidad debido a su consumo de drogas?					
48. ¿Ha ocupado su tiempo libre de manera variada?					
49. ¿Ha tenido dificultades para desarrollar actividades de tiempo libre con normalidad?					
50. ¿Ha tenido dificultades para realizar trámites, papeleos, etc.?					

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

## Procedimiento

Para la construcción del documento se partió de la idea de que la salud debe ser estimada a partir de sus dimensiones física, psicológica y social. Mediante el juicio de varios expertos se seleccionaron 20 ítems para cada uno de los tres ámbitos; de ellos, ocho hacían referencia a la relación entre el consumo de drogas y la salud en sus tres vertientes. Se administró un cuestionario preliminar de 60 ítems a una muestra amplia ( $n = 355$ ) de sujetos que ya se encontraban en tratamiento por abuso/dependencia de sustancias, en diversas fases del proceso de rehabilitación. Mediante un estudio psicométrico se seleccionaron los ítems que mostraron una adecuada capacidad discriminativa, en relación al cuestionario general y a criterios objetivos de salud. Finalmente se alcanzó la versión que ahora presentamos, compuesta por 50 ítems.

Este cuestionario se administró, dentro de una amplia batería de autoinformes para la evaluación biopsicosocial, a los sujetos que iniciaban un tratamiento en el Centro de Atención a Drogodependientes 4 (CAD-4) en San Blas, dependiente del Instituto de Adicciones de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid. Se trata de un dispositivo de acogida, evaluación, tratamiento y derivación, de carácter público y gratuito, que atiende a cuatro distritos de la ciudad de Madrid (Barajas, Ciudad Lineal, San Blas y Vicálvaro), y que presta ayuda a personas con conductas adictivas con y sin sustancia.

Se efectuó un retest a una submuestra ( $n = 53$ ) a los 3 meses de iniciado el tratamiento para observar el cambio producido en la autopercepción de calidad de vida. También se efectuó un retest a otra submuestra, independiente de la anterior, al mes de haber cumplimentado el primer pase, para estimar la estabilidad temporal de la medida ( $n = 60$ ).

Adicionalmente se obtuvo una muestra de sujetos de población general que accedieron a cumplimentar la prueba ( $n = 53$ ).

## Análisis de datos

Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para efectuar análisis de fiabilidad (mediante el  $\alpha$  de Cronbach), análisis factorial exploratorio para estudiar la validez de constructo (análisis de componentes principales y rotación Varimax), correlaciones bivariadas para estudiar la validez convergente y discriminante (no paramétricas en el caso de utilizar el MCMI-II, puesto que su distribución TB no se ajusta a la normalidad), comparaciones de medias no paramétricas (en

tre muestras independientes y muestras relacionadas) y análisis de regresión; y el programa AMOS 7.0, para efectuar un *path analysis* confirmatorio.

## Resultados

La consistencia interna, medida por el coeficiente  $\alpha$  es de 0,97. La estabilidad temporal a un mes ofreció una correlación test-retest de  $r = 0,51$  a partir de los ítems y de  $r = 0,79$  a partir de las escalas.

En el análisis factorial exploratorio, la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin es de 0,95 y el test de esfericidad de Barlett ofrece una significación de  $p < 0,001$ , lo que confirma la pertinencia de realizar el procedimiento. El análisis de componentes principales ofrece 7 factores con autovalor superior a 1. El primer factor, adicción ( $\alpha = 0,95$ ), agrupa a todos los ítems que se refieren al efecto de la conducta adictiva sobre la salud (ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 45) y al ítem 38, que explora la existencia de conflictos familiares frecuentes (es posible que la adscripción de este ítem a la escala de drogas se deba a que tales conflictos han sido consecuencia del consumo, o bien un efecto halo producido por los 5 ítems precedentes). El segundo factor, ejecución funcional ( $\alpha = 0,90$ ), agrupa a todos los ítems que sugieren problemas para desempeñar las funciones cotidianas (ítems 2, 3, 4, 5, 6, 46, 47, 50). El tercer factor, funcionamiento psicológico, agrupa los ítems que tienen que ver con aspectos cognitivos y emocionales (ítems 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30). El cuarto factor, salud percibida ( $\alpha = 0,89$ ), aglutina los ítems que tienen que ver con una evaluación general del estado de salud y el nivel global de funcionamiento físico (ítems 1, 7, 8, 9, 10, 19, 31). El quinto factor (ítems 26, 27, 39, 40) refleja también consecuencias de la evaluación general del estado de salud, focalizándolo en aspectos más sociales; correlaciona  $r = 0,65$  con el factor 4 y en un análisis bidimensional, a partir del cuadrado de la distancia euclídea, se superpone a él, por lo que se decide incluir ambos en un solo factor, que seguimos denominando salud percibida, ahora con 11 ítems, y que presenta una consistencia interna de  $\alpha = 0,89$ . El factor 6 (ítems 41, 42, 43, 44) agrupa los ítems que valoran el funcionamiento social ( $\alpha = 0,88$ ). El factor 7 (ítems 48, 49) unifica los dos ítems que valoran el aprovechamiento del tiempo libre ( $\alpha = 0,44$ ). En la tabla 1 se muestran las correlaciones entre las 6 escalas obtenidas.

Para confirmar esta estructura efectuamos un *path analysis*, mediante el cual se alcanza la máxima vero-

**Tabla 1.** Correlaciones entre las escalas del CAD-4 (n = 283)

	Ejecución funcional	Funcionamiento psicológico	Salud percibida	Funcionamiento social	Tiempo libre
Adicción	-0,66*	-0,64*	-0,74*	-0,63*	-0,50*
Ejecución funcional		0,68*	0,78*	0,48*	0,52*
Funcionamiento psicológico			0,77*	0,46*	0,56*
Salud percibida				0,53*	0,54*
Funcionamiento social					0,44*

\* p &lt; 0,001.

similitud para el modelo propuesto ( $p < 0,001$  para todos los factores; para el modelo  $\chi^2_9 = 43,68$ ;  $p < 0,001$ ), a condición de que los factores 6 y 7 se fundan en uno (funcionamiento social). Sin embargo, optamos por mantener ambas escalas separadas por cuanto nos informan de aspectos diferentes de ese funcionamiento social, haciendo hincapié el factor 7 en la utilización del tiempo libre, que es una variable de gran relevancia en la rehabilitación de sujetos adictos.

Para estudiar la validez convergente se estudian las correlaciones entre las escalas del CAD-4 con las de la versión española del SF-36. En la tabla 2 puede apreciarse que existe una significación estadística ( $p < 0,001$ ) para todas ellas, y que el tamaño del efecto es mayor cuando se trata de escalas teóricamente relacionadas (por ejemplo, salud general del SF-36 y salud percibida del CAD-4,  $r = 0,75$ ; salud mental del SF-36 y funcionamiento psicológico del CAD-4,  $r = 0,83$ ). Por el contrario, el tamaño del efecto es menor en las correlaciones que muestran las escalas del CAD-4 de funcionamiento social y tiempo libre.

Se estudian a continuación las correlaciones observadas entre las variables de calidad de vida autopercebida, estimadas mediante el CAD-4 y variables

cognitivas, medidas por el VIP. En la tabla 3 se aprecia que existe significación en la mayor parte de los casos y en el sentido esperado (es decir, en positivo con todas las escalas salvo con el afrontamiento emocional del estrés, que es negativo; la escala de adicción opera en sentido inverso). El tamaño del efecto es mayor, como también cabía esperar, con el funcionamiento psicológico según es estimado por el CAD-4.

Se atiende ahora a las correlaciones observadas entre las dimensiones del CAD-4 y las escalas de trastornos de la personalidad (tabla 4) y de síndromes clínicos (tabla 5) del MCMI-II. Se observan correlaciones entre leves y moderadas con gran parte de los patrones disfuncionales, pero no con todos ellos, y con signo contrario de los trastornos obsesivo/compulsivo y dependiente en relación al resto. También se aprecia una correlación amplia entre las escalas del CAD-4 y casi todos los síndromes del eje I.

A una submuestra de sujetos (n = 53) se les efectuó un retest a los 3 meses de iniciado el tratamiento para estimar el cambio producido en su autopercepción de la calidad de vida. Para ello, la puntuación directa de las escalas se transformó en otra que iría desde el 0

**Tabla 2.** Correlaciones entre las escalas del CAD-4 y las del SF-36 (n = 283)

SF-36	CAD-4					
	Adicción	Ejecución funcional	Funcionamiento psicológico	Salud percibida	Funcionamiento social	Tiempo libre
Salud general	-0,57	0,64	0,59	0,75	0,43	0,39
Función física	-0,38	0,52	0,39	0,54	0,33	0,31
Rol físico	-0,50	0,65	0,52	0,63	0,38	0,39
Rol emocional	-0,48	0,49	0,62	0,53	0,31	0,36
Función social	-0,59	0,71	0,75	0,73	0,47	0,53
Dolor físico	-0,42	0,54	0,43	0,62	0,31	0,26
Vitalidad	-0,55	0,70	0,77	0,75	0,37	0,52
Salud mental	-0,59	0,65	0,83	0,74	0,47	0,54

Todas las correlaciones son significativas para  $p < 0,001$ .

**Tabla 3.** Correlaciones entre las escalas del CAD-4 y del VIP (n = 283)

VIP	CAD-4					
	Adicción	Ejecución funcional	Funcionamiento psicológico	Salud percibida	Funcionamiento social	Tiempo libre
Autoestima	-0,39***	0,41***	0,65***	0,50***	0,30***	0,34***
Autoeficacia general	-0,28***	0,24***	0,38***	0,31***	0,30***	0,24***
Optimismo	-0,31***	0,44***	0,59***	0,41***	0,26***	0,28***
Internalidad	-0,15*	0,18**	0,30***	0,21**	0,17**	0,09
Habilidades sociales	-0,17**	0,23***	0,34***	0,25***	0,17**	0,25***
Autocontrol	-0,37***	0,32***	0,48***	0,41***	0,37***	0,33***
Afrontamiento de tarea	-0,28***	0,18**	0,36***	0,24***	0,28***	0,27***
Afrontamiento emocional	0,37***	-0,38***	-0,54***	-0,44***	-0,35***	-0,34***
Afrontamiento de búsqueda de apoyo social	-0,13*	0,11	0,12	0,09	-0,02	0,18**

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**Tabla 4.** Correlaciones de Spearman entre las escalas del CAD-4 y de trastornos de la personalidad del MCMI-II (n = 283)

MCMI-II	CAD-4					
	Adicción	Ejecución funcional	Funcionamiento psicológico	Salud percibida	Funcionamiento social	Tiempo libre
Esquizoide	0,22***	-0,37***	-0,33***	-0,32***	-0,18**	-0,30***
Evitativo	0,35***	-0,39***	-0,47***	-0,47***	-0,33***	-0,33***
Dependiente	-0,04	0,06	0,05	0,04	0,07	0,06
Histriónico	0,04	0	0,03	-0,05	-0,06	0,04
Narcisista	0,13*	-0,14*	-0,04	-0,13*	-0,14*	-0,09
Antisocial	0,29***	-0,28***	-0,30***	-0,34***	-0,29***	-0,21**
Agresivo/sádico	0,21**	-0,20**	-0,20**	-0,27***	-0,19**	-0,11
Obsesivo/compulsivo	-0,30***	0,20**	0,34***	0,29***	0,31***	0,23***
Negativista	0,36***	-0,33***	-0,44***	-0,45***	-0,32***	-0,26***
Autodestructivo	0,43***	-0,42***	-0,58***	-0,57***	-0,37***	-0,39***
Esquizotípico	0,34***	-0,44***	-0,44***	-0,49***	-0,31***	-0,30***
Límite	0,45***	-0,41***	-0,54***	-0,54***	-0,36***	-0,35***
Paranoide	0,10	-0,16*	-0,02	-0,15*	-0,13*	-0,02

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

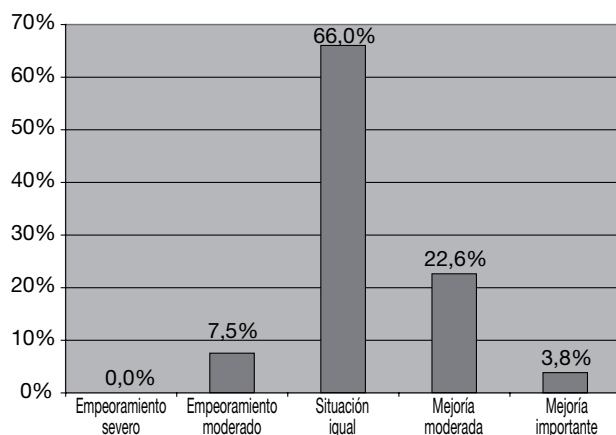
**Tabla 5.** Correlaciones de Spearman entre las escalas del CAD-4 y de síndromes del eje I del MCMI-II (n = 283)

MCMI-II	CAD-4					
	Consumo de drogas	Ejecución funcional	Funcionamiento psicológico	Salud percibida	Funcionamiento social	Tiempo libre
Ansiedad	0,51***	-0,53***	-0,67***	-0,62***	-0,35***	-0,41***
Somatoformes	0,37***	-0,40***	-0,46***	-0,49***	-0,22***	-0,32***
Hipomanía	0,16**	-0,11	-0,14*	-0,20**	-0,15*	-0,09
Distimia	0,42***	-0,48***	-0,59***	-0,56***	-0,29***	-0,33***
Abuso de alcohol	0,36***	-0,36***	-0,42***	-0,42***	-0,31***	-0,31***
Abuso de drogas	0,42***	-0,34***	-0,37***	-0,41***	-0,39***	-0,25***
Pensamiento psicótico	0,38***	-0,42***	-0,48***	-0,49***	-0,33***	-0,31***
Depresión mayor	0,51***	-0,52***	-0,72***	-0,65***	-0,38***	-0,42***
Trastorno delirante	0,16*	-0,17**	-0,13*	-0,18**	-0,16*	-0,07

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

(mínima puntuación posible) hasta el 100 (máxima puntuación posible), según la fórmula  $P_{100} = \text{puntuación directa observada} \times 100 / \text{puntuación directa máxima posible en cada escala}$ . Se obtiene una puntuación media entre todas las escalas como medida global de la calidad de vida autopercebida (suma de todas las escalas menos la puntuación en adicción, dividida entre 6). Se compraron ambas medidas y se clasificó a los sujetos en cinco grupos: empeoramiento severo ( $P_{\text{retest}} - P_{\text{test}} < -25$ ), empeoramiento moderado ( $-25 < P_{\text{retest}} - P_{\text{test}} < -10$ ), situación igual ( $-10 < P_{\text{retest}} - P_{\text{test}} < +10$ ), mejoría moderada ( $+10 < P_{\text{retest}} - P_{\text{test}} < +25$ ) y mejoría importante ( $P_{\text{retest}} - P_{\text{test}} > +25$ ). En la figura 1 se muestran los resultados, observándose que dos tercios de los sujetos no experimentan cambios notables en su percepción de calidad de vida, mientras que una cuarta parte mejoran y un 7,5% se encuentran en peor situación subjetiva que al inicio del tratamiento. Efectuada una prueba de Wilcoxon se aprecian diferencias significativas entre las puntuaciones del pase preliminar y las del retest, a los tres meses, en las escalas de adicción ( $Z = 3,0$ ;  $p < 0,01$ ), funcionamiento psicológico ( $Z = -2,1$ ;  $p < 0,05$ ) y salud percibida ( $Z = -2,2$ ;  $p < 0,05$ ). En la figura 2 se observa la capacidad predictiva ( $R^2$  corregida  $\times 100$ ) del cambio en la escala de adicción sobre cada una de las demás escalas del CAD-4.

Si atendemos a las diferencias de género observamos que en la muestra completa existen diferencias significativas en funcionamiento psicológico ( $F_{282,1} = 7,9$ ;  $p < 0,01$ ) y en salud percibida ( $F_{282,1} = 10,7$ ;  $p < 0,01$ ), que son peor puntuadas por las mujeres. Sin embargo, cuando estudiamos las diferencias en los pases pre y



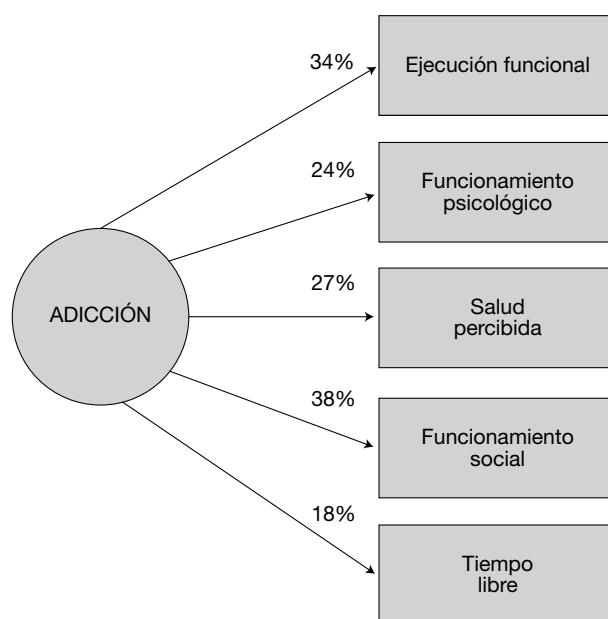
**Figura 1.** Grupos según la evolución de la calidad de vida autopercebida, medida por el CAD-4, a los tres meses de iniciar el tratamiento ( $n = 53$ ).

post según el sexo de los participantes, los varones no presentan cambios significativos en ninguna de las escalas (sólo la escala de adicción se aproxima a la significación:  $Z = 1,9$ ;  $p = 0,06$ ), mientras que las mujeres los presentan en las escalas de adicción ( $Z = 2,6$ ;  $p < 0,05$ ), funcionamiento psicológico ( $Z = -2,5$ ;  $p < 0,05$ ), salud percibida ( $Z = -2,4$ ;  $p < 0,05$ ) y funcionamiento social ( $Z = -2,6$ ;  $p < 0,01$ ).

Finalmente, en la tabla 6 se comparan las puntuaciones obtenidas por los sujetos de población general con las obtenidas por la muestra de adictos, apreciándose diferencias significativas en todas las escalas del CAD-4.

## Discusión

Hemos abordado la construcción y validación de un cuestionario que mida la calidad de vida autopercebida, específicamente dirigido a sujetos en tratamiento por abuso de drogas. Tal empresa se ha sustentado en el hecho de que no hemos encontrado en la literatura ningún instrumento específicamente diseñado para esta población, si excluimos el IDUQOL<sup>11</sup>, que se limita a los consumidores de drogas por vía parenteral. Iraurgi<sup>9</sup>, en su excelente revisión sobre el tema, hace constar la existencia de un instrumento específicamente diseñado a partir de la valoración de profesio-



**Figura 2.** Proporción de la varianza del cambio ( $R^2$  corregida  $\times 100$ ) en las escalas del CAD-4 a partir del cambio en la escala de adicción, a los 3 meses de iniciado el tratamiento.

**Tabla 6.** Puntuaciones obtenidas en las escalas del CAD-4 por la muestra de población general (N=53) y la de adictos en tratamiento (n = 283)

CAD-4	Población general				Adictos			
	Mínimo	Máximo	Media	D.T.	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Adicción	0,0	43,3	9,2	8,5	20,0	100,0	44,7	23,4
Ejecución funcional	62,5	100,0	94,5	8,6	0,0	80,0	55,9	21,6
Funcionamiento psicológico	16,7	100,0	65,8	20,2	0,0	80,0	37,6	18,5
Salud percibida	11,4	100,0	72,6	16,8	0,0	78,2	40,4	18,6
Funcionamiento social	43,8	100,0	89,5	14,5	15,0	80,0	59,9	16,9
Utilización del tiempo libre	0,0	100,0	91,5	18,0	0,0	80,0	42,4	21,3
	n = 53				n = 283			

Existen diferencias significativas entre las medias de todas las escalas (prueba U de Mann-Whitney;  $p < 0,001$ ).

nales y usuarios, del que, sin embargo, no hemos encontrado trabajos de aplicación. Como este autor refiere, son los cuestionarios más generales, casi siempre confeccionados en entornos médicos y con un concepto excesivamente focalizado en aspectos biológicos, los que han servido como estimadores de la calidad de vida que perciben los usuarios de drogas en tratamiento.

Por ello, la idea que guió la elaboración del cuestionario CAD-4 era la de obtener un instrumento que: a) fuera adecuado para la población destinataria; b) estimara la calidad de vida como un constructo biopsicosocial; c) fuera sensible a los cambios que el tratamiento pudiera producir; d) ofreciera una fácil cumplimentación, y e) presentara adecuadas cualidades psicométricas. De este modo, se partió de obtener mediante el juicio de expertos (los profesionales con experiencia que atienden a estos pacientes en el dispositivo de referencia, el CAD-4) una serie de ítems que pudieran medir el constructo desde la visión más biomédica, la más centrada en aspectos psicológicos y psicopatológicos, y la focalizada en la calidad de vida social, los aspectos relacionales y la libre circulación de los sujetos por su entramado social. A partir de un cribado preliminar se pudieron obtener los 50 ítems que componen el cuestionario sometido a prueba en el presente trabajo.

Este instrumento (al que hemos bautizado con el nombre del dispositivo en el que ha sido elaborado y estudiado, CAD-4) responde, a tenor de los datos presentados en el presente trabajo, a los criterios metodológicos establecidos por el Comité Científico del *Medical Outcome Trust*<sup>30</sup>, y que son desarrollados por Morales et al<sup>31</sup>:

1. Modelo conceptual y de medida. Descripción razonada de los conceptos y poblaciones que se pre-

tenden evaluar, así como de las relaciones entre esos conceptos. El modelo conceptual se materializa a través del modelo de medida, que refleja los procedimientos que se siguen para la obtención de las puntuaciones. Para la evaluación de la dimensionalidad de las escalas y el modelo de medida se suelen utilizar aproximaciones basadas en la teoría clásica de los tests, como el análisis factorial y de componentes principales.

2. Fiabilidad. Grado en el que el instrumento carece de error aleatorio, es decir, si son consistentes los resultados obtenidos cuando se aplica varias veces en la misma población o fenómeno.

El cuestionario que presentamos ofrece una consistencia interna ( $\alpha = 0,97$ ) y una estabilidad temporal ( $r = 0,79$ ) más que aceptables, lo que nos permite afirmar su fiabilidad. El análisis factorial exploratorio ha sugerido la existencia de 7 dimensiones, que pueden ser reducidas a 5 o 6, que son coherentes con el modelo biopsicosocial que ha guiado su confección. Una de las dimensiones representa una estimación global de la salud (salud percibida), otra se centra en el funcionamiento cotidiano (ejecución funcional), otra en los aspectos psicológicos (funcionamiento psicológico) y otras dos se refieren a la circulación social (funcionamiento social y tiempo libre). Además, el análisis factorial agrupa en un mismo factor (adicción) a todos los ítems que exploran el efecto del consumo de sustancias en los diferentes ámbitos del individuo, con lo que conseguimos esa escala inexistente o secundaria en otros instrumentos. Esta estructura es confirmada mediante un análisis de caminos (*path analysis*), aunque a condición de agrupar las dos escalas sociales en una sola; no obstante, hemos optado por conservarlas independientes por el interés que supone la utilización del tiempo libre en la rehabilitación biopsicosocial de los sujetos adictos.

3. Validez. Es el grado en el que un instrumento mide lo que se supone que mide. Se consideran tres tipos de validez: de contenido, de constructo y de criterio.

La validez de contenido está garantizada en la medida en que los ítems fueron formulados por los profesionales con larga experiencia en la atención a estos pacientes. Hubiera sido deseable contar también con la participación de los propios usuarios, como recomienda el modelo de referencia, pero en el presente trabajo limitamos su participación a recoger sus impresiones, en el pase preliminar, sobre la certeza de que el cuestionario medía calidad de vida (validez aparente), constatar la importancia de las cuestiones sobre las que se les interrogaba y eliminar o modificar los ítems poco claros o que suscitaban más dudas o recelos.

En cuanto a la validez factorial ha sido ya mencionado que fue confirmada por el análisis de caminos, que otorgó la máxima verosimilitud al modelo propuesto (con la única restricción de agrupar las dos escalas sociales).

En lo relativo a la validez convergente, se ha utilizado el SF-36, obteniéndose correlaciones significativas entre todas las escalas, pero siendo máximo el tamaño del efecto cuando se trataba de las escalas que medían aspectos semejantes: la escala de salud general del SF-36 correlaciona  $r = 0,75$  con la de salud percibida del CAD-4, las de salud mental (SF-36) y funcionamiento psicológico (CAD-4)  $r = 0,83$ , etc. Las menores correlaciones (aunque son moderadas en la mayor parte de los casos) se obtienen al correlacionar las dos escalas sociales del CAD-4 con todas las del SF-36, lo cual también sugiere que estos aspectos recibían menor consideración en este segundo cuestionario, más centrado en una perspectiva biomédica, y que el CAD-4 aporta una nueva perspectiva, como se pretendía en su confección.

Para la validez discriminante hemos utilizado dos cuestionarios, que miden, respectivamente, variables cognitivas y psicopatología. Las medidas del CAD-4 y el VIP presentan las correlaciones esperadas, generalmente débiles, entre las variables cognitivas y la estimación de calidad de vida, aunque el tamaño del efecto es mayor cuando se correlacionan variables tan estrechamente relacionadas como la autoestima (VIP) y el funcionamiento psicológico (CAD-4), alcanzándose entonces un  $r = 0,65$ . En cuanto a los trastornos de los ejes I y II (MCMI-II), encontramos, en primer lugar, que la mayor parte de los patrones disfuncionales presentan correlaciones entre débiles y moderadas con la calidad de vida autopercebida (CAD-4), como era de esperar, siendo uno de los criterios para la

existencia de un trastorno de la personalidad la vivencia de malestar por el propio sujeto (y por sus convivientes, aunque este aspecto no es medido en el presente trabajo). Dos trastornos se desmarcan de estos resultados: el dependiente, que correlaciona positiva, aunque no significativamente, con todas las escalas del CAD-4 (salvo la de adicción, lógicamente) y el obsesivo/compulsivo, que presenta correlaciones débiles, pero fuertemente significativas, con todas las escalas de calidad de vida autopercebida. Además, los patrones narcisista e histriónico apenas presentan correlaciones significativas o éstas son muy débiles, aunque, a diferencia de los anteriores, en negativo. Se diría que estos cuatro patrones no representarían personalidades desadaptativas, según son medidas por el MCMI-II, y que el patrón paranoide tampoco revestiría la gravedad que el cuestionario, y la teoría de Millon, le otorgan. Este hecho ha sido encontrado en diversos trabajos realizados previamente por este equipo; a tenor de estos resultados, se ha propuesto un modelo dimensional de los trastornos de la personalidad<sup>32</sup>, en el cual los trastornos dependiente, narcisista, obsesivo/compulsivo e histriónico representarían configuraciones muy próximas a la normalidad, más contenidas (obsesivo/compulsivo y dependiente) o más impulsivas (narcisista e histriónico), más gregarias (dependiente e histriónico) o más individualistas (obsesivo/compulsivo y narcisista), mientras que los trastornos más graves, que son también los que en el presente trabajo ofrecen peores puntuaciones en calidad de vida autopercebida, se agruparían en torno a los patrones esquizotípico y límite.

En cuanto a los síndromes del eje I, se observan también correlaciones entre débiles y moderadas, y en el sentido que cabía esperar, que son máximas cuando empareja a constructos relacionados, como funcionamiento psicológico y ansiedad ( $r = -0,67$ ) o depresión ( $r = -0,72$ ).

4. Sensibilidad al cambio. Es la capacidad del instrumento para detectar cambios hipotéticos, tales como los efectos del tratamiento en el tiempo.

Hemos estudiado los cambios que se producen tras 3 meses de tratamiento en una muestra reducida de sujetos. Este estudio debe ser tomado con total cautela, si tenemos en cuenta las limitaciones que impone la población con la que trabajamos y la dinámica del proceso de rehabilitación. En primer lugar, aquellos sujetos que permanecen en el centro a los 3 meses sólo tienen en común un espacio temporal desde el inicio del tratamiento, pero puede tratarse de sujetos que abandonaron el consumo desde el primer momento, otros que han presentado una o varias recaídas en

el patrón adictivo, o cualquier otra posibilidad que pueda sugerirse. Tampoco la muestra es suficientemente grande, pero hay que tener en cuenta que el CAD es un recurso que además de proveer tratamiento ambulatorio, puede derivar a otros dispositivos (residenciales, hospitalarios, convivenciales) a los sujetos que puedan beneficiarse de ello en su rehabilitación. Además, 3 meses es un período en el que los cambios probablemente no serán drásticos, puesto que no ha transcurrido suficiente tiempo para que, en el mejor de los casos (abstinencia completa y mantenida), hayan revertido los cambios funcionales alterados por la autoadministración repetida de sustancias (por ejemplo, disfunción ejecutiva frontal<sup>33</sup>). Por otra parte, en muchas ocasiones la retirada de la droga deja al descubierto determinados problemas de índole física (hepatitis víricas), psíquica (depresiones ocultas) o social (maltrato en el ámbito familiar) que interfieren en la recuperación de un funcionamiento de calidad.

A pesar de estas (y muchas otras) cuestiones, propias de la población destinataria y de su dinámica de rehabilitación, hemos estimado los cambios en la percepción de la calidad de vida en un grupo de 53 sujetos a los 3 meses de iniciar el tratamiento. Observamos (fig. 1) que dos terceras partes de la muestra apenas han apreciado cambios en su calidad de vida y una cuarta parte sí ha experimentado una mejoría en diversos grados. Una pequeña proporción, en cambio, considera que su vida es de menor calidad que al inicio del proceso. En la figura 2 se observa que los cambios en la escala de adicción predicen una sustancial proporción de la varianza de los cambios reflejados en las otras escalas. Se requieren estudios más pormenorizados para valorar correctamente, a partir del control más amplio posible de las variables implicadas, la importancia de estos cambios y la repercusión que el mantenimiento o abandono de la conducta adictiva, no disponible en otros instrumentos, representa sobre las otras dimensiones.

5. Interpretabilidad. Grado en el que es posible asignar un significado comprensible a las puntuaciones obtenidas, permitiendo relacionar las puntuaciones o las diferencias de esas puntuaciones con otras medidas.

Consideramos que esta condición se cumple ampliamente, por lo ya expuesto, y porque tal interpretabilidad adquiere especial relevancia en dispositivos que desarrollan un abordaje biopsicosocial, como es habitual en el tratamiento de las adicciones (al menos desde la formulación teórica de los programas, no tanto desde el funcionamiento real, como se ha criticado desde diversas perspectivas)<sup>34,35</sup>. Este cuestionario parte verdaderamente de un enfoque biopsicosocial

de los trastornos adictivos y, por ello, las carencias detectadas en los diferentes aspectos que evalúa pueden ser interpretadas, pero también han de ser abordadas de manera específica por los profesionales de cada disciplina así como de forma coordinada e interdisciplinar por los equipos de atención. Para esta interpretación conjunta es necesario partir de una visión transdisciplinar que tenga en cuenta no sólo cada elemento, sino también las relaciones entre ellos y la direccionalidad que puedan presentar.

6. Carga para el entrevistado y para el entrevistador. Definido como el esfuerzo, las necesidades, las exigencias y el tiempo que la administración del cuestionario tiene para el entrevistado o para el entrevistador.

7. Formatos de administración. Se deben describir tanto la forma estándar de administración como las alternativas.

El cuestionario se cumplimenta, con lápiz y papel, en un tiempo inferior a 5 minutos y su corrección, mediante una sencilla hoja de cálculo ya preformateada, se realiza en menos de un minuto. Puede ser heteroadministrado, pero su sencillez no requiere, en la mayor parte de los casos, que se adopte tal modalidad.

8. Adaptación cultural y lingüística (para instrumentos adaptados).

El cuestionario ha sido cumplimentado por pacientes hispanohablantes, nacidos en España o de origen sudamericano, sin presentar ninguna dificultad. Tampoco en algunos casos la ha presentado en sujetos originarios del este de Europa con un adecuado dominio del idioma español.

Finalmente, hemos comparado los resultados de la muestra de adictos con una muestra no representativa de población general que, sin embargo, nos permite estimar que existen grandes diferencias y que esas puntuaciones son la meta que nuestra intervención debe perseguir, el resultado final de un proceso de rehabilitación debe traducirse, en último término, en la normalización de la vida del sujeto. En el ámbito que nos ocupa, la calidad de vida que nuestros pacientes estimen haber alcanzado reflejará el éxito de nuestra intervención en la medida en que sea más similar a la calidad de vida de los ciudadanos de su entorno social, en igualdad de condiciones. Posiblemente, esta medida de calidad de vida autopercebida permita, en un futuro, distinguir entre aquellos programas que consiguen sus objetivos mediante estrategias meramente asistenciales y provisionales respecto al paciente (por ejemplo, sobremedicándolo con fármacos), de aquellos otros que consiguen una normalización real de la vida de estas personas.

En conclusión, proponemos un instrumento nuevo para estimar la calidad de vida autopercebida en sujetos en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas, desde una perspectiva biopsicosocial, que presenta adecuadas medidas de fiabilidad y validez, y permite estimar el cambio suscitado por la intervención profesional. Desarrollos futuros per-

mitirán establecer su potencialidad para medir el éxito de los programas de tratamiento y la satisfacción de los usuarios como principales protagonistas del proceso.

**Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.**

## Bibliografía

1. Skevington SM, Sartorius N, Amir M, and THE WHOQOL Group. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(1):1-8.
2. Rounsaville BJ, Kleber HD. Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment? *Arch Gen Psychiatr*. 1985; 42:1072-7.
3. Fernández JJ. La calidad de vida en adicciones: una medida de la efectividad de los tratamientos. *Anales de Psiquiatría*. 2003;19(9):377-84.
4. Fernández JJ, González MP, Saiz PA, Gutiérrez E, Bobes J. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones*. 1999;11(1):43-52.
5. Iraurgi I, Casas A, Celorio MJ, Díaz-Sanz M. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Rev Esp Drogodep*. 1999;24(2):131-47.
6. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1998;24(4):685-94.
7. Malet L, Llorca PM, Beringuier B, Lehert P, Falissard B. ALQOL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(2):181-7.
8. Van der Zanden BP, Dijkgraaf MGW, Blanken P, Borgie CAJ, Ree JM, Brink W. Validity of the EQ-5D as a generic health outcome instrument in a heroin-dependent population. *Drug Alcohol Depen*. 2006;82(2):111-8.
9. Iraurgi I. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. En: Iraurgi I, González-Saiz F, editores. *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 481-511.
10. Hubley AM, Russell LB, Palepu A. Injection Drug Use Quality of Life Scale (IDUQOL): A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005;3:43.
11. Morales CC, Valderrama JC, Castellano M, Aleixandre R, Palepu A, Cocaine Group, C.V. Cross cultural adaptation of the Injection Drug User Quality Of Life Scale (IDUQOL) in Spanish drug dependent population, with or without injectable consumption: Drug User Quality of Life Scale-Spanish (DUQOL-Spanish). *Addict Behav*. 2007;32:1913-21.
12. Márkez I, Iraurgi I, Póo M. Programas de mantenimiento con metadona en el País Vasco: dispositivos específicos y oficinas de farmacia. *Trastornos Adictivos*. 2002;4(3):171-80.
13. Iraurgi I, Poo 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(5):609-21.
14. Lozano OM, Rojas A, Pérez-Meléndez C, Apraiz B, Sánchez-Muñoz F, Marín A. Test para la evaluación de la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(2):97-107.
15. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int. J Nurs Stud*. 2006;43(7):891-901.
16. Borthwick-Duffy SA. Quality of life of persons with severe or profound mental retardation. En: Schalock RL, editor. *Quality of life: perspectives and issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation; 1990. p. 177-92.
17. Robinson R. Health perceptions and health-related quality of life of substance abusers: A review of the literature. *J Addict Nurs*. 2006;17(3):159-68.
18. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29(2):323-35.
19. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rössler H, Hinterhuber H, et al. Gender Differences in Health-Related Quality of Life on Admission to a Maintenance Treatment Program. *Eur Addict Res*. 2005;11:69-75.
20. Chicharro J. Variables indicadoras del tratamiento y evolución en pacientes drogodependientes. Su relación con rasgos de personalidad. *Psicología.com*. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/150/22518/?++interactivo>.
21. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse*. 2005;40(12):1765-76.
22. Olivar A. La educación social en el tratamiento de drogodependencias. *Rev Peruana Drogodep*. 2005;3:159-86.
23. Pedrero EJ, Olivar Á. Revisión del Cuestionario de Cambio Educativo en Comunidad Terapéutica Profesional (CCE-R): estructura factorial y relación de la socialización con variables de personalidad y psicopatología. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(2):88-106.
24. Goodman AL. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*. 1961;32:148-70.
25. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771-6.

26. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
27. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000;25:3130-9.
28. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(2):135-50.
29. Pedrero EJ, Pérez M, de Ena S, Garrido C. Validación del Cuestionario de Variables de Interacción Psicosocial (VIP): hacia un modelo de tratamiento de las conductas adictivas «guiado por la personalidad». *Trastornos Adictivos*. 2005;7:166-86.
30. Trust SACotMO. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review Criteria. *Qual Life Res*. 2002;11:193-205.
31. Morales CC, Castellano M, Valderrama JC, Aleixandre R. Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercebidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*. 2006;8(4):212-21.
32. Pedrero EJ, López-Durán A, Olivar Á. El trastorno negativista de la personalidad y su relación con el abuso de sustancias. *Trastornos Adictivos*. 2006;8(1):22-41.
33. Verdejo A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *J Int Neuropsychol Soc*. 2006;12(3):405-15.
34. Cervera G. De la adicción al diagnóstico dual. *Rev Española de Drogodependencias*. 1997;22(2):89.
35. Traid V, Giner D, Castillo C, Misiego J, López I. Revisión histórica del modelo biopsicosocial. Ponencia en el VI Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2005. Consultado el 27-05-2007. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/depresion/articulos/20229>