

IDUQoL: un instrumento específico de calidad de vida para usuarios de drogas inyectadas. Datos descriptivos y adecuación a una muestra española

Ioseba Iraurgi Castillo, Nieves Corcuera Bilbao

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde

Dirección de Drogodependencias – Gobierno Vasco

Resumen

La valoración de la calidad de vida se ha convertido en la investigación clínica en uno de los más utilizados indicadores de resultados. Para ello, se precisa de instrumentos adaptados y validados al contexto donde han de utilizarse. El propósito del estudio es presentar, inicialmente, las características de las versiones existentes del IDUQoL (Injection Drug User Quality of Life Scale) y ofrecer datos descriptivos y de adecuación del instrumento adaptado al español. Participan en el estudio 100 personas diagnosticadas de adicción a opiáceos incluidas en un programa de mantenimiento con metadona, quienes responden al IDUQoL –en sus dos versiones de 17 y 21 dominios– y otros dos instrumentos de calidad de vida –el SF-36 y EQ-5D–. Se obtienen datos de fiabilidad óptimos (alpha de Cronbach de 0,92 y coeficiente de correlación Intraclase para el test-retest de 0,79) y validez convergente y de criterio muy adecuadas (coeficientes de correlación con el SF-36 y EQ-5D entre 0,34 y 0,61, y con otras variables criterio entre 0,23 y 0,39; $p < 0,05$). Los resultados obtenidos presentan el IDUQoL como un instrumento específico de calidad de vida en el ámbito de los trastornos adictivos con adecuadas características en su adaptación al español.

Palabras Clave

Calidad de vida, adaptación de escalas, características psicométricas, validación, fiabilidad, usuarios de drogas.

– Correspondencia a: _____
Ioseba Iraurgi Castillo
Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde
Camilo Villabaso 24 lonja – 48002 Bilbao
e-mail: iraurgi@telefonica.net



Summary

The assessment of the quality of life has become in one of the priority outcomes in the clinical investigation area. For it, the adapted and validated instruments to the context where they must use is necessary. The purpose of the study is 1) to present the characteristics of the existent versions of the IDUQoL (Injection Drug User Quality of Life Scale) and 2) to offer descriptive data of the instrument adapted to Spanish. 100 subjects with opiate addiction diagnosis and included in a methadone maintenance program participated in the study. They respond to the IDUQoL -in the two versions of 17 and 21 domains - and other two instruments of quality of life -the SF-36 and EQ-5D -. Good data of reliability are obtained (alpha of Cronbach 0,92 and Intraclass Correlation Coefficient Intraclass for the test-retest of 0,79) and convergent and criterion-related validity were very appropriate (correlation coefficients with the SF-36 and EQ-5D were situated between 0,34 and 0,61, and with other criterion variable between 0,23 and 0,39; $p < 0,05$). The finding from this study provide evidence to support the use of the IDUQoL like a specific instrument of quality of life in the addictive disease environment with appropriate characteristic in the Spanish adaptation.

Key Words

Quality of life, adaptation scales, psychometric properties, validation, reliability, drug user.

INTRODUCCIÓN

La valoración de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como medida de resultado en la investigación clínica ha aumentado considerablemente en los últimos años (Sanders et al 1998; Badía y García-Alonso, 2000), y como en otras disciplinas también en el área de las drogodependencias clínicas e investigadores han asumido su utilidad y uso (Iraurgi, 1999; 2002; Fischer, Rehm y Kim, 2001; Fernández-Miranda, 2003).

No obstante, la mayor parte de las escalas y cuestionarios de calidad de vida utilizados en el área de los trastornos adictivos pertenecen al grupo de instrumentos llamados genéricos, diseñados para su uso en un amplio rango de patologías y tipos de pacientes (Guyatt, 1995;

Badía y Carné, 1998), y muy pocos son los que se han desarrollado para su utilización específica en el área de las drogodependencias -para una revisión de los instrumentos de CVRS utilizados en trastornos adictivos véase Iraurgi (2002) y Morales-Manrique et al (2007)-.

Uno de los pocos instrumentos específicos para valorar la calidad de vida percibida por personas usuarias de drogas es el IDUQoL (Injection Drug User Quality of Life scale), cuya utilización se está prodigando últimamente en el medio anglosajón (Brogly et al, 2003; Hubley et al, 2005). En aras a poder contar con instrumentos específicos adaptados al castellano para la valoración de la calidad de vida en personas con problemas adictivos, el objetivo del presente estudio es presentar, inicialmente, las características de



las versiones existentes del IDUQoL y, en el estudio empírico posterior, ofrecer datos descriptivos y de adecuación del instrumento adaptado al español.

Escala de Calidad de Vida para Usuarios de Drogas Inyectadas (IDUQoL)

La escala IDUQoL (Injection Drug User Quality of Life scale) aparece como respuesta a la ausencia de instrumentos de calidad de vida suficientemente sensibles para captar los cambios en esta área en personas con problemas relacionados con el consumo de drogas. Los instrumentos de calidad de vida que se habían venido utilizando en la evaluación de personas con problemas de drogas –los antes referidos como genéricos– recogían suficientemente las dimensiones para las cuales fueron creados (funcionamiento físico y social, salud mental y física, vitalidad y dolor, etc.), pero resultaban insuficientes para captar dimensiones de la calidad de vida que son relevantes para este tipo de población (el acceso o disponibilidad de drogas, la economía, la satisfacción y accesibilidad a un tratamiento en caso de necesitarlo, el alojamiento, la sexualidad, etc.) (Metzger y O'Brien, 1990; Iraurgi, 1999; Fischer, Rehm y Kim, 2001).

Las autoras del IDUQoL, conscientes de estas limitaciones, proponen el desarrollo del instrumento partiendo de la conceptualización que los Usuarios de Drogas Inyectadas (UDIs) hacen de la calidad de vida a partir de su propia experiencia, tratando de captar las posibles variaciones existentes y ser capaz de responder a los cambios en las condiciones de vida de estas personas. Las autoras centran su atención en el colectivo de usuarios de drogas por vía parenteral dado el alto riesgo con que esta práctica está asociada al VIH, y en tanto

que el estudio de desarrollo del instrumento surge en el seno de una investigación de amplio espectro que se venía desarrollando en Montreal sobre una cohorte de UDIs con VIH seguida desde el año 1988 (Bruneau et al, 1997; 2001).

Para la elaboración de la escala, los autores parten de una metodología combinada. Inicialmente recogen de la literatura existente la información relativa a las distintas dimensiones de calidad de vida aportadas tomando como referencias básicas para su valoración posterior dos instrumentos para establecer una medida individualizada: 1) la 'Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Live' (McGee et al, 1991) y 2) el 'Patient Generated Index' (Ruta et al, 1994). Las diferentes dimensiones o áreas de calidad de vida obtenidas en la literatura fueron representadas gráficamente en 50 tarjetas que hacían alusión a las mismas. Dos grupos focales de UDIs, uno en Montreal y otro en Vancouver, fueron utilizados para valorar y clasificar todo ese material a partir de su propia experiencia y valoración de la calidad de vida percibida por ellos. Los miembros de los grupos focales debían verificar la claridad y concreción de las representaciones gráficas y los textos que las acompañaban y si éstos eran representativos o no de lo que ellos entendían como calidad de vida. Diecisiete láminas fueron consideradas como muy importantes y descriptivas de la calidad de vida en personas con problemas adictivos, las cuales hacían alusión a las siguientes áreas: 1) tratamiento por HIV/AIDS, 2) tratamiento por problemas de droga, 3) la salud, 4) el sentimiento o percepción de utilidad, 5) la educación, 6) el sentimiento de bienestar con uno mismo (autoestima), 7) la independencia y libertad de opción, 8) la espiritualidad, 9) las amistades, 10) la familia,



11) las relaciones de pareja, 12) el sexo, 13) el alojamiento o albergue (donde residir), 14) el dinero, 15) los recursos comunitarios, 16) las actividades de ocio, y 17) las drogas. Todas estas áreas eran representadas gráficamente en unas láminas individuales que servían como estímulos para elicitación de las valoraciones de los sujetos.

En una entrevista estructurada de ocho pasos los participantes respondían a diferentes cuestiones. Primeramente, se les pedía que valorasen su calidad de vida percibida en una escala de 0 (mínima calidad de vida) a 10 (máxima calidad de vida), para seguidamente dar instrucciones de lo que se pretendía en la entrevista. En un tercer paso, se pedía a la persona participante nombrase las cinco áreas para él o ella más importantes. Seguidamente, se les ofrecía el paquete de 17 láminas consideradas más importantes y se les pedía seleccionasen cinco de entre todas ellas en función de la importancia que para ellos tenían en su percepción de la calidad de vida. Asimismo, se les pedía una breve descripción de lo que ellos mismos creían representaban cada una de las láminas ofrecidas. Una vez hecha la descripción se pasaba al siguiente paso que consistía en atribuir un valor relativo a las cinco áreas seleccionadas. Para ello se le ofrecían 25 puntos que debía distribuir entre las cinco láminas en función de la importancia que se les atribuía: más puntos en aquella considerada más importante y menos puntos en las menos importantes. Por ejemplo, una persona podía dar 8 puntos a una dimensión (la más importante para él o ella), 5 puntos a tres dimensiones consideradas de importancia intermedia, y dos puntos a una considerada de menor importancia (en total 25 puntos). Una vez atribuido el valor de importancia a cada una de las áreas o dominios seleccionados

se le pedía al participante valorase en una escala de 0 (peor estado que uno se puede imaginar) a 100 (mejor estado que uno se puede imaginar) cómo estaba su situación en esos momentos respecto a cada una de las áreas seleccionadas. Finalmente, se le volvía a preguntar por su valoración de la calidad de vida percibida en ese momento en una escala de 0 a 10.

Las autoras del instrumento obtenían una puntuación de la calidad de vida a partir de la combinación del valor de importancia atribuido y de la valoración de la situación experimentada respecto a ese dominio o área. Por ejemplo, imaginemos que un participante ha dado la misma puntuación de importancia a los cinco dominios seleccionados (importancia relativa: $5/25 = 0,2$) y ha valorado las diferentes áreas con puntuaciones de 50, 100, 80, 30 y 75. La puntuación obtenida para este sujeto vendría dada por la suma de los productos de la importancia relativa respecto al valor ofrecido; en nuestro ejemplo $0,2 * 50 + 0,2 * 100 + 0,2 * 80 + 0,2 * 30 + 0,2 * 75 = 10 + 20 + 16 + 6 + 15 = 67$.

El estudio fue realizado tomando como muestra un total de 61 UDIs a los cuales se les administró el IDUQoL, el cuestionario de calidad de vida de Flanagan (Flanagan, 1978), y se recogieron datos sociodemográficos y de la historia de consumo de drogas. De los 61 participantes, 52 volvieron a ser entrevistados en las dos-cuatro semanas posteriores realizándose un retest. Los datos obtenidos en este primer estudio mostraron una aceptable fiabilidad test-retest (Coeficiente de Correlación Intraclassa CCI = 0,71) y una moderada validez concurrente con el otro instrumento de calidad de vida utilizado (coeficiente de correlación de Pearson $r = 0,57$). Asimismo, mostró evidencia que proponía una acepta-



ble validez discriminante al asociar una peor calidad de vida con un mayor número de episodios de consumo de cocaína inyectada durante el mes previo y con un mayor uso de recursos de emergencia. Las cinco áreas valoradas como más importantes entre los participantes de este primer estudio eran, por orden, las de alojamiento, salud, dinero, espiritualidad y familia; y las cinco menos importantes las de tratamiento por VIH/SIDA, tratamiento por drogas, educación, actividades de ocio y recursos.

La IDUQoL fue utilizada en varios estudios y ofrecidos sus resultados en presentaciones a congresos internacionales (Brogly, Palepu, Francó et al, 2001a, 2001b; Brogly, Bruneau, Palepu et al, 2002, 2003), pero no ha sido hasta el año 2005 que han aparecido los primeros datos de valoración psicométrica de su validez y fiabilidad con una muestra suficiente (Hubley, Russell y Palepu, 2005). En este segundo trabajo las autoras parten de una muestra de 241 UDIs en activo pertenecientes a una cohorte de otro estudio de seguimiento realizado en este caso en Vancouver (Strathdee et al, 1997), y de los cuales vuelven a ser evaluados al cabo de una semana 50 de ellos. Respecto a la primera versión del IDUQoL, en este segundo estudio se utilizan 21 dominios, resultantes de eliminar un dominio de entre los inicialmente propuestos ('Tratamiento por VIH/SIDA'), que es sustituido por el de 'Cuidados de salud', y de la inclusión de otras cuatro áreas más a las examinadas en la versión original ('Reducción de daños', 'Trato dispensado por otros', 'Seguridad del vecindario' y 'Transporte'). Al igual que en el estudio original, cada una de estas áreas es presentada al participante en una lámina con una descripción en texto y una representación gráfica con alusión al área valorada.

Por otro lado, a diferencia del procedimiento para el cálculo de la puntuación utilizado en la primera versión, las autoras de este segundo estudio optan por no ponderar las valoraciones en las áreas por la importancia relativa concedida a las mismas, dado que estudios previos realizados por ellas mismas (Russell y Hubley, 2005; Russell, Hubley, Papelu et al, 2006) concluyen que el uso de estas ponderaciones no mejoran sustancialmente la puntuación final. Optan en este estudio por utilizar una escala Likert de siete puntos para valorar la satisfacción con cada una de las 21 áreas exploradas siendo el valor '1' muy insatisfecho y el valor '7' muy satisfecho. Las puntuaciones logradas en cada uno de los 21 dominios fueron sumadas y después promediadas para obtener una puntuación global de calidad de vida cuyas puntuaciones oscilaban entre 1 y 7 con el significado que se ha indicado. Además del IDUQoL, en este estudio se utilizaron otros instrumentos (la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener; la Escala de Autoestima de Rosemberg, la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne) e información sociodemográfica, del estado de salud y de historia de consumo de drogas. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una buena adecuación psicométrica del instrumento. La consistencia interna del IDUQoL muestra un coeficiente alpha de Cronbach de 0,88 con una fiabilidad test-retest para el total de la escala de 0,78 con una variación entre 0,32 y 0,67 cuando se consideran el conjunto de 21 dominios. Un análisis factorial de componentes principales logró extraer un único factor que explicaba el 30,5% de la varianza, y cuyo valor propio (eigenvalue = 6,40) excedía por encima de 4 veces la ratio respecto al valor del segundo factor; siendo este un criterio para mantener



la unidimensionalidad del constructo (Hattie, 1984). Los ítems componentes saturaban el factor único con cargas que oscilaban entre un valor de 0,31 y 0,71. Asimismo, se obtuvieron datos que avalaban una adecuada validez de criterio (puntuaciones bajas en el IDUQoL se asociaban con una precaria estabilidad de albergue, con consumo reciente de drogas, con haber sufrido sobredosis en los últimos seis meses, con prestar servicios sexuales, o con haber intercambiado jeringuillas) y adecuada validez discriminante y convergente (correlaciones de 0,59 con la escala de satisfacción con la vida y de 0,54 con la escala de autoestima de Rosenberg, que al ser controladas por la escala de discapacidad social se obtenían unas correlaciones parciales de 0,54 y 0,47 respectivamente).

Estas mismas autoras (Hubley y Palepu, 2007) presentan nuevos datos sobre la validez de contenido del IDUQoL utilizando metodología de panel de expertos sobre diversos elementos del instrumento (si las áreas o dominios de calidad de vida seleccionados son oportunos, el nombre y descripción de los dominios, las instrucciones de administración y cálculo de la puntuaciones, etc.). Los resultados concluyen un fuerte apoyo a la validez de contenido del instrumento, si bien se apuntan una serie de sugerencias para mejorarlo. Entre estas sugerencias se destacan 1) revisar el nombre de tres de los dominios ('libertad de opción actual', 'drogas y alcohol' y 'educación y formación'); 2) una descripción más detallada de los dominios de 'drogas y alcohol', 'educación y formación', de 'la familia' y de la 'vida sexual'; 3) la incorporación del 'sentido del futuro' como un nuevo dominio; 4) la revisión de las representaciones gráficas de las áreas de familia, amistades, sensación de la utilidad y libertad de opción; 5) la inclusión

de un punto neutro en el rango de la escala likert y de las representaciones gráficas a base de smiles (emotipos) para valorar el grado de satisfacción, y 6) la revisión del cálculo de la puntuación global.

Descritas las características, estudios de valoración psicométrica y desarrollos posteriores del IDUQoL, nos proponemos en la parte empírica de este estudio ofrecer datos descriptivos y de adecuación de las versiones de 17 y 21 ítems del IDUQoL adaptado al español.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra y Participantes

Se han evaluado un total de 100 personas con diagnóstico de Trastorno por Dependencia a Opiáceos según criterios DSM-IV incluidos en un programa de mantenimiento con metadona. Para su captación, se utilizó un procedimiento de lista correlativa según se habían ido incorporando al programa hasta completar el número de 100 participantes fijado a priori. Ocho personas elegibles rehusaron participar en el estudio alegando falta de tiempo (2), falta de ganas (5) o porque 'ya estaba harto de que le usaran como conejillo de indias' (1). El resto de participantes (n=100) accedieron a colaborar en el estudio previa información de los objetivos y dando consentimiento de forma verbal.

El análisis de las variables de caracterización ofrecen el siguiente perfil de participante en el estudio: Hombre (81%), presenta una edad media de 33,62 años [Recorrido: 18-45; Desviación Estándar (DE): 4,6; el 39% tienen edades entre los 30 y 35 años], principalmente solteros (57%) y con convivencia en la familia



de origen (49%). Tienen escasa formación académica (un 72% sólo alcanza estudios primarios) y están trabajando (33%), en situación de paro (un 15% con subsidio, y un 5% sin el), o se hayan percibiendo algún tipo de prestación (29%). Un 75% de los usuarios refiere haber sido detenido en alguna ocasión, y en un 34% de los casos han estado en prisión. La media de años desde que se iniciaron en el consumo de opiáceos es de 15,8 (DE: 5,1) años, con un rango intercuartil (RI) entre 11 y 19 años. La permanencia media en el programa de metadona es de 27,7 (DE: 22) meses (IR: 9-39); con una dosis media de 65 (DE: 23,1; IR: 40-75) mg/día. El 93% de los sujetos ha realizado algún tratamiento previo por su adicción a la heroína, siendo la modalidad más utilizada el dispositivo de salud ambulatorio (74%), seguido de la unidad hospitalaria de desintoxicación (35%) y de la comunidad terapéutica (46%). Durante el último mes, un 27% de los casos ha consumido heroína y un 29% otras drogas (cocaína, otros estimulantes o alcohol). Respecto al estado orgánico, un 50% de los participantes presentan marcadores serológicos de VIH y el 81% a hepatitis; un 14% ha sido diagnosticado en alguna ocasión de tuberculosis, un 24% han tenido una sobredosis alguna vez y un 28% ha sido diagnosticado y tratado por otras patologías psiquiátricas. Atendiendo a las conductas de riesgo, un 57% refieren haber utilizado en sus últimos consumos la vía inyectada, existiendo en un 7% conductas de riesgo a este respecto (presta la jeringuilla y/o utiliza la usada por otro). Practica conductas sexuales de riesgo un 35%, existiendo en conjunto una prevalencia de conductas de riesgo del 36%.

Procedimiento

Todos los participantes fueron entrevistados por el mismo clínico quien estableció los

diagnósticos a partir de los criterios DSM-IV, recogió los datos sociodemográficos y de historia de consumo basados en algunas dimensiones del OTI y del ASI. En una segunda sesión, se aplicaron tres instrumentos de medida de calidad de vida: el IDUQoL, el SF-36 y el EQ-5D, estos dos últimos administrados una vez concluido el IDUQoL. Asimismo, se tomaron datos del registro de actividades de tratamiento tales como 1) la dosis de metadona, 2) la prevalencia de consumo de drogas (heroína y cocaína) a partir de los urinocontroles realizados según protocolo, y 3) las incidencias de mal cumplimiento del programa.

Se seleccionaron al azar cincuenta de los participantes para la realización de un retest pasados entre diez y catorce días posteriores a la entrevista de valoración del IDUQoL. Dos de ellos rehusaron la entrevista de retest y fueron sustituidos por otros dos, también elegidos de forma aleatoria.

Instrumentos

IDUQoL.- La descripción del instrumento en sus diferentes versiones ya ha sido comentado en un apartado previo. Para la aplicación del IDUQoL en el presente estudio se procedió mediante dos estrategias. En primer lugar, se aplicó la escala según el protocolo propuesto en su estudio original (Brogly et al, 2003) con los 17 dominios iniciales, de manera que cada participante elegía de entre ellos los cinco más importantes, los ponderaba en un función de la importancia que les atribuía repartiendo entre ellos 25 créditos. Posteriormente, valoraba en cada una de las dimensiones seleccionadas su situación actual otorgando un valor entre 0 (peor situación imaginable) a 100 (mejor situación imaginable).



Seguidamente, y como segunda estrategia, se les enseñaban secuencialmente las tarjetas con los 21 dominios de la segunda versión del IDUQoL (Hubley y Palepu, 2005) debiendo manifestar para cada uno de ellos el grado de satisfacción experimentada a partir de una escala tipo likert con valores que van desde 1 (muy insatisfecho) a 7 (muy satisfecho).

Tanto la presentación de los dominios como la respuesta a los mismos se realizaba a partir de materiales gráficos. Los dominios se presentaban en unas tarjetas con la denominación correspondiente y una representación gráfica, figurando en el anverso una explicación de lo que pretende estimar. Para la valoración se les ofrecía una tarjeta donde aparecía una numeración del 1 al 7 y sobre cada número un emoticono que variaba desde una cara muy enojada o insatisfecha (valor 1) a una cara muy satisfecha (valor 7). Una vez habían respondido a todos los estímulos, se les ofrecía el conjunto de 21 tarjetas para que las ordenaran de mayor a menor importancia en relación a lo que ellos entendían por calidad de vida.

De la aplicación de los 17 dominios originales del IDUQoL, -denominada 'IDUQoL-17' o 'IDUQoL ponderado'- se ha obtenido un primer índice ponderado de calidad de vida basado en la combinación de la ponderación por importancia atribuida a los dominios seleccionados y la valoración de la situación percibida por el sujeto en los mismos, aplicando para ello el algoritmo antes descrito. De esta primera aplicación, también se obtenía una ordenación por importancia de los dominios en función de las elecciones de los participantes (de mayor a menor número de elecciones realizadas).

De la aplicación de la versión de 21 dominios -denominada 'IDUQoL-21' o 'IDUQoL no

ponderado'- se han obtenido tres indicadores. En primer lugar, se ha calculado una puntuación global a partir de la suma promediada de los 21 dominios. Del mismo modo, se ha obtenido una segunda puntuación total mediante la suma promediada pero considerando sólo aquellos dominios comunes con la versión original de 17 ítems; dado que el 'Tratamiento por VIH/SIDA' no figura en la segunda versión, se tomó el dominio de 'Cuidados de Salud' para completar el total de 17 dominios. Este segundo indicador, al ser la suma promediada, oscila entre un rango de valores que va de 1 a 7 puntos, por lo que fue transformado a una escala centesimal para su comparación con el índice ponderado (IDUQoL-17). Dicha transformación consistió en la aplicación del siguiente algoritmo: $[(PD-1) * (100/6)]$; siendo PD la Puntuación del sujeto en el índice global de rango 1-7 a partir de la suma promediada de 17 dominios. Por último, se obtuvo una ordenación de los dominios los cuales expresaban un índice relativo al número de veces que habían sido elegidos.

Cuestionario de Salud SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992).- Fue desarrollado para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcome Study - MOS) a partir de una amplia batería de cuestionarios que incluía 40 conceptos relacionados con la salud. La adaptación del cuestionario para su uso en España ha sido realizada por el equipo de Alonso (1995, 1998), mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países (Gandek y Ware, 1998). Los ítems del cuestionario informan tanto de estados positivos como negativos de la salud física y del bienestar emocional, identificando ocho dimensiones de salud: Función Física (FF), limitaciones de Rol por problemas Físicos (RF), Dolor Corporal (D), Salud General (SG), Vitali-



dad (V), Función Social (FS), limitaciones de Rol por problemas Emocionales (RE) y Salud Mental (SM). Asimismo, a partir de la combinación de las puntuaciones de cada dimensión pueden ser calculados dos puntuaciones resumen: la suma del componente físico (PCS – Physical Component Summary) y la suma del componente mental (MCS – Mental Component Summary). Para cada dimensión del SF-36, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud) utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de puntuación e interpretación del cuestionario (Ware et al, 1993; IMIM, 2007). Por tanto, una mayor puntuación en las diferentes dimensiones indica un mejor estado de salud y/o una mejor calidad de vida.

EuroQOL - EQ-5D (EuroQoL Group, 1990; Badia et al, 1999).- Es un cuestionario genérico de CVRS, que produce un valor índice para su uso en los estudios de coste-utilidad. Consta de un sistema descriptivo del estado de salud con 5 dimensiones de 3 ítems cada una, que definen 3 grados de gravedad, y una escala visual analógica (EVA) cuyos extremos van de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). La combinación de las respuestas a las 5 dimensiones permite obtener una 'tarifa' o valor índice que expresa el grado de gravedad atribuida a esa combinación determinada. En el presente estudio se calculó el valor índice utilizando el método propuesto por Prieto y Sacristán (2004).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Si bien somos conscientes de incurrir en una falta al proceder establecido, se ha optado por aunar los resultados y la discusión en el presente apartado con el fin de ofrecer

una mayor continuidad expositiva y evitar redundancias.

El IDUQoL, al igual que el resto de instrumentos, fue respondido por todos los participantes entrevistados al total de dominios preguntados por cualquiera de las estrategias utilizadas, no produciéndose, por tanto, pérdida de respuestas. Diecisiete participantes refirieron algún comentario sobre el tiempo de realización de la prueba en la parte final de la misma, si bien en todos los casos terminaron la evaluación una vez que el entrevistador les solicitaba continuar y les precedía aproximadamente el tiempo que restaba para la finalización.

Comparación de la distribución del IDUQoL en la muestra de estudio vs los estudios canadienses

La aplicación del IDUQoL en su versión de 17 dominios, y mediante la aplicación de la primera estrategia de análisis (valoración ponderada), mostró una distribución cuya representación gráfica se presenta en las figura 1. En esta figura se compara la distribución porcentual obtenida en la muestra de estudio respecto a la observada por Brogly y colaboradores en Montreal (Brogly et al, 2003), observándose algunas diferencias en la distribución. Ambas resultan asimétricas, pero con diferente sentido: la muestra de estudio presenta una asimetría positiva ($As=0,16$), mientras que la canadiense resulta ser negativa ($As=-0,56$); y la curtosis parece, al menos visualmente, menos afectada en el caso de la muestra de estudio que en la canadiense (claramente mesocúrtica). Por otra parte, la canadiense muestra una agrupación porcentual de casos destacable en los valores extremos (10% de los casos con puntuaciones



inferiores a 10 y un 6,7% de casos con puntuaciones superiores a 90), mientras que la de estudio tan solo se encuentra un caso (1%) en cada uno de los grupos de valores extremos. El contraste de diferencia de medias entre la muestra de estudio ($M_E = 48,8$) y la canadiense ($M_C = 53,9$) ha resultado estadísticamente significativa ($F = 0,367$; $p < 0,05$).

Por otro lado, el contraste de medias entre los resultados logrados mediante la aplicación del IDUQoL-21 en la muestra de estudio ($M_E = 4,02$) respecto a los canadienses ($M_C = 4,19$) (Hubley et al, 2005) no muestra diferencias estadísticamente significativas ($t = -1,66$; $p = 0,098$); si bien sí se aprecia una mayor dispersión en las puntuaciones de los canadienses ($DE_E = 0,46$ vs $DE_C = 0,98$).

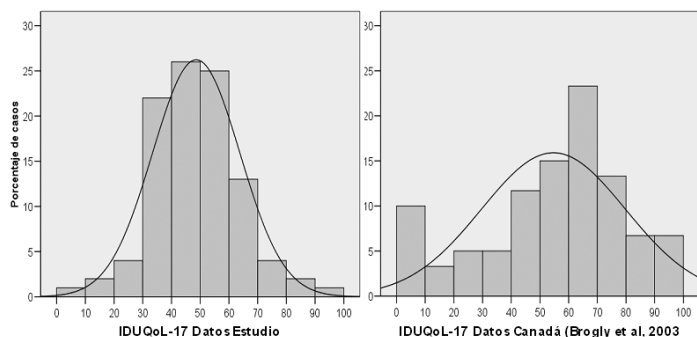


Figura 1. Distribución porcentual de casos de las puntuaciones en el IDUQoL entre la muestra de estudio y la muestra canadiense (Brogly et al, 2003)

Estos resultados sugieren que la utilización del formato ponderado del IDUQoL (de 17 dominios), frente al no ponderado (21 dominios), consigue mostrar diferencias entre los usuarios de drogas canadienses y españoles, pero ello probablemente no sea debido a las características del instrumento, sino a las particularidades de las muestras. Obsérvese que, en ambas versiones, las muestras canadienses muestran una mayor dispersión de puntuaciones, siendo está la condición que pudiera influir en las diferencias y no tanto el valor de las medias, que tienden a ser bastante aproximadas. En cualquier caso, la muestra de estudio muestra puntuaciones por debajo del valor medio de rango (puntuaciones por debajo de 50 en la IDUQoL-17) o valores próximos al valor medio de rango (4 en la

versión IDUQoL-21) indicando una percepción de la calidad de vida media-baja.

Comparación de los índices globales de la IDUQoL-17 e IDUQoL-21 en la muestra de estudio

Como ya se ha comentado, la estrategia de cálculo de la versión de 17 dominios (ponderada) implica la combinación del peso atribuido al dominio por el valor percibido por el sujeto en su situación actual respecto al mismo permitiendo una puntuación en escala centesimal. La versión de 21 dominios (no ponderada) valora la atribución del sujeto respecto a su satisfacción percibida en cada dominio a través de una escala likert de 7 puntos que luego es transformada en



una escala centesimal. Ambas puntuaciones, finalmente, se expresan en una misma escala de medida y pueden ser comparadas. Para evitar el posible efecto de los cuatro dominios no comunes, el índice global de la IDUQoL-21 ha sido calculado mediante su estrategia algorítmica pero considerando sólo los 17 dominios comunes con la escala original. Los resultados de las distribuciones mostradas por ambas puntuaciones globales (con y sin ponderación), los estadísticos descriptivos y la diferencia de medias entre ambas puntuaciones se muestran en la figura 2.

Como podemos apreciar resultan dos distribuciones ligeramente distintas. Si bien en ambos casos las distribuciones se ajustan a la normalidad (valores p en las pruebas de normalidad superiores a 0,05) en el caso de puntuaciones ponderadas la asimetría y curtosis resultan positivas y en el caso no ponderado resultan negativas (si bien en ninguno de los casos supera el valor unidad, ni alcanzan dos veces el valor del error típico de medida de los índices correspondientes). La diferencia de medias resulta estadísticamente significativa, no porque resulte de magnitud

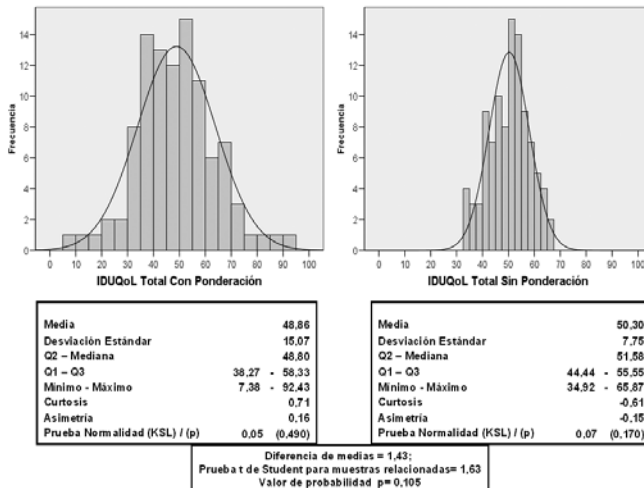


Figura 2. Puntuaciones globales del IDUQoL obtenidas a partir de los 17 dominios comunes aplicando los cálculos ponderados por importancia (IDUQoL-17) versus el cálculo sin ponderación (IDUQoL-21).

importante (1,4 puntos diferenciales) sino por la diferente dispersión de cada puntuación. En general, el índice global ponderado presenta una mayor dispersión con un mayor recorrido de puntuaciones directas dentro de un mismo rango posible (entre 0 y 100), mientras el índice no ponderado presenta una mayor homogeneidad y puntuaciones centradas entre valores más próximos a la media (entre

los valores 44,4 y 55,5 se encuentra el 50% de los participantes). En definitiva, o bien la puntuación ponderada subestima el verdadero valor de la calidad de vida o bien el índice no ponderado la sobreestima. Pero, llegados a este punto, quizá el problema principal radique en la diferente concepción a la hora de planificar el algoritmo de cálculo, ya que en el caso de puntuaciones ponderadas hay



dominios más representados que otros, lo que no ocurre con el índice no ponderado; pero en éste último si bien se contempla el peso de todos los dominios, no se les atribuyen un valor diferencial de influencia que atienda a la concepción de calidad de vida que tienen los participantes. Es decir, por ejemplo, una persona puede estar muy satisfecha con la atención sanitaria recibida por su problema de drogas, pero si es un dominio que para ella tiene poco relieve en la calidad de vida, no influirá demasiado en su percepción real de la misma y, sin embargo, incrementaría al alza el valor ofrecido en el IDUQoL-21. Nos encontramos, de este modo, ante una paradoja, ¿qué priorizar?. Desde nuestro punto de vista, sería conveniente anuar ambas perspectivas de valoración (contemplar la valoración de la satisfacción de todos los dominios y que estos sean ponderados según un baremo de importancia para el sujeto) en aras a mejorar la precisión del instrumento.

Priorización de los Dominios de la IDUQoL en la muestra de estudio vs la canadiense

Brogly y colaboradores (2003) encontraron que los participantes de su estudio, atendiendo a lo que éstos entendían por calidad de vida, eligieron como dominios más vinculados los de 'Alojamiento', 'Salud', 'Dinero', 'Espiritualidad' y 'Familia', y entre los menos relevantes los de 'Tratamiento por drogas', 'Educación', 'Recursos comunitarios', 'Actividades de ocio' y 'tratamiento por VIH/SIDA' (Tabla 1). Atendiendo a las 17 dimensiones comunes con el estudio de Brogly, los participantes del presente estudio eligen prácticamente los mismos (Tabla 1) salvo el caso de la 'espiritualidad' que es relegado a la posición 16ª y entra en su lugar como quinta elección las 'Drogas'. Entre los menos optados estarían los 'Recursos comunitarios', el 'Sexo', las 'Actividades de ocio', la 'Espiritualidad' y la 'Educación'. Cuando se amplían el número de dominios

Tabla 1. Porcentaje de casos que han elegido los dominios como relevantes para la calidad de vida y orden de las elecciones en la muestra de estudio y de Canadá (Brogly et al, 2003)

Dominios del IDUQoL	Muestra de Estudio			Muestra de Canadá	
	%	Orden-21	Orden-17	%	Orden-17
Salud	65,0	1	1	55,7	2,5
Alojamiento	60,0	2	2	59,0	1
Dinero	54,0	3	3	55,7	2,5
Familia	51,0	4	4	42,6	5
Drogas	36,0	5	5	19,7	11
Amistades	27,0	6	6	29,5	8
Pareja	25,0	7	7	29,5	8
Independencia y libertad de opción	20,0	8	8	24,6	10
Sentimiento de utilidad	19,0	10	10	29,5	8
Tratamiento por drogas y alcohol	19,0	10	10	8,2	17
Cuidados de salud (Tratamiento VIH/SIDA)	19,0	10	10	13,1	13
Sentirse bien con uno mismo	17,0	12	12	39,3	6
Educación y Formación	16,0	13,5	13	9,8	15,5
Trato recibido por otros	16,0	13,5	---	---	---
Reducción de daños	15,0	15	---	---	---
Espiritualidad	11,0	16,5	14,5	44,3	4
Actividades de ocio	11,0	16,5	14,5	11,5	14
Sexo	10,0	18	16	18,0	12
Recursos comunitarios	7,0	19	17	9,8	15,5
Seguridad del vecindario	2,0	20	---	---	---
Transporte	0,0	21	---	---	---



a 21, las primeras opciones siguen siendo las mismas ('Salud', 'Alojamiento', 'Dinero', 'Familia' y 'Drogas'), pero cambian las menos elegidas que pasan a ser las de 'Transporte', 'Seguridad del vecindario', 'Recursos comunitarios', 'Sexo', 'Espiritualidad' y 'Actividades de ocio'. Es decir, de los cuatro dominios introducidos en la versión extendida respecto a la original, dos de ellos son muy poco relevantes para los participantes de la CAPV en su concepción de la calidad de vida, y los otros dos ('Trato dispensado por otros' -orden de elección 13ª- y 'Reducción de daños' -orden 15ª-) merecen una importancia media-baja.

Distribución de puntuaciones en los dominios de la IDUQoL-21 en la muestra de estudio

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos, los correspondientes a la forma de la distribución y las pruebas de normalidad del conjunto de 21 dominios de la IDUQoL y el contraste de diferencias de los dominios respecto a la media global de la escala. De los 21 dominios, 5 presentan asimetrías alejadas del valor cero en $\pm 0,5$ unidades y 14 presentan curtosis con valores alejados más de $\pm 0,5$ unidades. Es decir, los valores se distribuyen de forma no centrada y con homogeneidad variable, de modo que en ningún caso se puede aceptar la hipótesis nula de no diferencias respecto a una distribución normal. Por su parte, el índice global (suma promediada del total de dominios componentes) presenta una distribución normal con una ligera asimetría negativa y un valor de curtosis de 0,71. La media global ha resultado de 4,02 y las del resto de las áreas han variado entre 3,07 y 4,95. Cuatro dominios han resultado significativamente menores que el valor medio global (Educación, Dinero, Reducción de daños y Sexo), indicando ser áreas claramente defici-

tarias (sobre todo la de Educación y Dinero que se alejan en una magnitud de casi dos desviaciones típicas sobre la media global). Por otro lado, siete dominios han mostrado medias significativamente superiores a la global (Tabla 2), entre los que destaca la percepción de satisfacción con la Familia, junto al Tratamiento por drogas, el Transporte y la Espiritualidad. Recordemos que los dominios de Familia y Dinero estaban entre los cinco más importantes, estando el primero mejor compensado que el segundo que lo viven como deficitario. Las otras dimensiones elegidas como importantes, la Salud, el Alojamiento y las Drogas, no se diferencian significativamente de la media global, si bien el área de salud es la que recibe una peor valoración.

Fiabilidad

Una primera aproximación al estudio de la fiabilidad del instrumento ha consistido en el análisis de la consistencia interna del instrumento mediante el cálculo de coeficiente alpha de Cronbach, obteniéndose en ambas versiones del IDUQoL un valor muy alto y equiparable ($= 0,92$). Hubley y colaboradoras (2005) en su valoración del IDUQoL-21 obtuvieron un coeficiente alpha de Cronbach de 0,88 considerado también como un valor alto de fiabilidad

Una segunda aproximación a la fiabilidad ha consistido en valorar su estabilidad a través del análisis test-retest. La correlación de Pearson para el IDUQoL-17 ha sido de 0,92 y de 0,91 para el IDUQoL-21; asimismo, el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) ha resultado de 0,73 y 0,79 para la versión de 17 y 21 dominios, respectivamente. Brogly et al (2003) en su trabajo sobre el IDUQoL-17 obtuvieron un valor test-retest (CCI) de 0,71 y Hubley et al (2005) un valor de correlación de Pearson de 0,78.



Por otro lado, la correlación entre ambas versiones del IDUQoL, la de 17 vs 21 dominios, ha ofrecido un coeficiente de correlación de Pearson de 0,90.

Validez

En otro ámbito de análisis, también se ha tratado de valorar la convergencia del IDUQoL con otros constructos afines, para lo cual se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson entre el Índices Globales de ambas versiones con los índices y dimensiones de dos instrumentos de calidad de vida ampliamente aceptados y utilizados en la investigación internacional: el cuestionario de salud SF-36 y el EQ-5D. La Tabla 3 presenta los resultados de este proceder. Los índices globales de ambas versiones del IDUQoL muestran asociación positiva y con significación estadística ($p < 0,001$) con todas las dimensiones e índices de los instrumentos en cuestión: Coeficientes entre 0,34 y 0,69 y entre 0,32 y 0,59 del IDUQoL-17 y del IDUQoL-21, respectivamente, con las dimensiones e índices sumarios del SF-36; y una correlación de 0,59 y 0,60 y de 0,61 y 0,58 con la escala visual analógica e índice compuesto del EQ-5D, respectivamente. Ello indica que el grado de calidad de vida valorado con ambas versiones del IDUQoL se asocia al grado de calidad de vida o estado de salud valorados con el SF-36 y EQ-5D.

Por último, también se ha probado la validez de criterio y discriminante asociando la IDUQoL con variables contextuales y de tratamiento con las cuales se esperan ciertos patrones de asociación. Se ha procedido, para ello, analizado las correlaciones de los índices globales de las dos versiones del IDUQoL

con un conjunto de variables criterio (Tabla 4) de forma similar al procedimiento seguido por Hubley (Hubley et al, 2005). Observamos que las asociaciones de la IDUQoL con otras variables criterio ofrecen resultados en la línea de lo esperado y de forma muy pareja en ambas versiones de 17 y 21 ítems. El conjunto de asociaciones examinadas presenta en la mayoría de los casos, a excepción de las que hacen alusión a las relaciones interpersonales, correlaciones negativas de modo que una mayor puntuación en la IDUQoL, es decir, una mayor puntuación en la percepción o satisfacción con la calidad de vida, se asociaría a valores más bajos en las variables criterio. Así por ejemplo, una mayor satisfacción con la calidad de vida se asociaría de forma estadísticamente significativa a no tener prácticas de riesgo, no presentar seropositividad a VIH, tener una mejor salud representada por una menor severidad del índice de enfermedad del OTI, a una menor dosis diaria de metadona dispensada y a una mejor relación con la familia propia o de origen y con las amistades. Aunque no resultan estadísticamente significativas, otras asociaciones encontradas también van en el sentido esperado por hipótesis: una mejor calidad de vida es reflejada por las personas que presentan una mayor estabilidad de alojamiento, no han sufrido sobredosis, llevan menos años de consumo, o no presentan consumos de heroína recientes. En general, la matriz de correlaciones hallada muestra validez de criterio y presenta resultados muy similares a los obtenidos en los estudios canadienses (Brogly et al, 2003; Hubley et al, 2005), pudiéndose interpretar como un dato de la consistencia intercultural de la validez del IDUQoL.

**Tabla 2.** Datos de caracterización de los dominios del IDUQoL-21 y contraste de medias respecto a la media global

Dominios del IDUQoL		Índices de forma		Prueba de normalidad		Media	D.E.	Contraste de diferencias de medias respecto a la media global (IDUQoL Total)		
		Asimetría	Curtosis	K-S	p			Dif. Med	t	p
IDUFA	Familia	-0,70	0,33	0,21	0,000	4,95	0,94	+0,93	11,50	0,000
IDUDT	Tto drogas	-0,14	-0,24	0,27	0,000	4,44	0,70	+0,42	8,96	0,000
IDUTR	Transporte	0,05	-0,97	0,21	0,000	4,34	0,95	+0,32	3,52	0,001
IDUSP	Espiritualidad	-0,53	-0,76	0,29	0,000	4,33	0,68	+0,31	6,41	0,000
IDUBU	Sentirse útil	-0,41	0,57	0,24	0,000	4,25	0,85	+0,23	4,01	0,026
IDUHC	Cuidados de salud	0,01	-0,72	0,22	0,000	4,23	0,81	+0,21	4,18	0,000
IDUDR	Drogas	0,53	1,26	0,37	0,000	4,13	0,59	+0,11	2,26	0,006
IDUTO*	Trato recibido por otros	-0,15	-0,84	0,26	0,000	4,10	0,68	+0,08	1,41	0,160
IDUFG	Sentirse bien con uno mismo	-0,38	-0,24	0,26	0,000	4,05	0,74	+0,03	0,69	0,491
IDUHO	Alojamiento	0,02	0,66	0,36	0,000	4,02	0,53	+0,01	0,04	0,965
IDUPA	Pareja	-0,02	0,49	0,28	0,000	4,01	0,74	-0,01	-0,11	0,908
IDUNS*	Seguridad del vecindario	0,00	1,68	0,39	0,000	4,00	0,47	-0,02	-0,48	0,626
IDULA	Actividades de ocio	-0,31	1,05	0,35	0,000	3,98	0,58	-0,04	-0,89	0,374
IDUIN	Independencia	0,05	0,40	0,30	0,000	3,96	0,68	-0,06	-1,22	0,225
IDURC	Recursos comunitarios	0,07	-1,02	0,25	0,000	3,95	0,71	-0,07	-1,69	0,093
IDUHE	Salud	0,11	-0,53	0,19	0,000	3,91	0,95	-0,11	-1,66	0,099
IDUFR	Amigos	-0,60	-0,31	0,33	0,000	3,88	1,07	-0,14	-1,42	0,159
IDUSX	Sexo	-0,10	0,03	0,33	0,000	3,82	0,62	-0,20	-2,95	0,004
IDUHR*	Reducción de daños	-0,83	0,78	0,38	0,000	3,68	0,63	-0,34	-5,39	0,000
IDUMO	Dinero	-0,02	-0,53	0,24	0,000	3,28	0,77	-0,74	-14,51	0,000
IDUED	Educación	0,05	-0,69	0,26	0,000	3,07	0,95	-0,95	-21,57	0,000
	IDUQoL Total	-0,16	0,71	0,57	0,200	4,02	0,46	--	--	--

Dimensiones ordenadas en función de los valores de la media

Pruebas de contraste: K-S Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors/

t Prueba de Student basada en la comprobación de la homogeneidad de varianzas



Tabla 3. Matriz de correlaciones entre los dominios del IDUQoL y las dimensiones e índices Sumarios del SF-36 y del EQ-5D (Validez convergente)

	SF-36										EQ-5D	
	Dimensiones								Sumarios		EVA	Índice
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS		
Índice Global IDUQoL-17	0,41	0,37	0,39	0,59	0,64	0,54	0,49	0,69	0,34	0,52	0,59	0,60
Índice Global IDUQoL-21	0,40	0,47	0,43	0,55	0,57	0,40	0,32	0,59	0,47	0,43	0,61	0,58

Nota.- Correlaciones superiores a 0,18 son estadísticamente significativas para $p < 0,05$

SF-36: PF – Funcionamiento Físico; RP – Limitación de Rol por problemas físicos; BP – Dolor Corporal; GH – Salud General; VT – Vitalidad; SF – Funcionamiento Social; RE - Limitación de Rol por problemas emocionales; MH – Salud mental; PCS – Índice Sumario de Salud Física; MCS - Índice Sumario de Salud Mental.

EQ-5D – EuroQoL: EVA – Escala Visual Analógica; Índice - Índice Compuesto Global.

Tabla 4. Matriz de correlaciones entre los dominios del IDUQoL y medidas criterio

		IDUQOL-17	IDUQOL-21	
	Edad *	-0,04	-0,13	
	Sexo #	-0,02	-0,01	
Relaciones con	Familia propia - pareja &	(escala de 0 a 10)	0,24	0,25
	Familia de origen &	(escala de 0 a 10)	0,10	0,19
	Amistades &	(escala de 0 a 10)	0,23	0,31
	Alojamiento #	(0= estable; 1 = Inestable)	-0,16	-0,15
	Años de consumo *	(en n° de años)	-0,08	-0,10
	Tiempo en metadona *	(n° de meses)	-0,04	-0,03
	Dosis diaria *	(en miligramos)	-0,23	-0,21
Consumo de	Heroína *	(% de controles +)	-0,08	-0,03
	Cocaína *	(% de controles +)	-0,04	-0,05
	Sobredosis #	(0 = No; 1 = Sí)	-0,15	-0,15
	Prácticas de riesgo #	(0 = No; 1 = Sí)	-0,23	-0,26
	Índice Enfermedad &	(Basado en el OTI)	-0,39	-0,32
	HIV #	(0 = No; 1 = Sí)	-0,26	-0,19

Nota.- Correlaciones iguales o superiores a 0,19 son estadísticamente significativas para $p < 0,05$ (en **negrita**)
 * Correlaciones de Pearson (ambas variables con unidades de medida de razón)
 & Correlaciones de Spearman (una variable de razón y otra ordinal)
 # Correlaciones Tetracóricas (una variable de razón y otra nominal-dicotómica)



CONCLUSIONES

El IDUQoL fue creado con el fin de propiciar un instrumento específico y sensible para la valoración de la calidad de vida en personas usuarias de drogas inyectadas (Brogly et al, 2003). En nuestro estudio de adaptación y valoración psicométrica de la IDUQoL, los resultados corroboran un buen comportamiento del instrumento. Su fiabilidad resulta adecuada, con una alta consistencia interna y una apropiada reproducibilidad. Asimismo, presenta índices ajustados de convergencia con otros constructos afines de calidad de vida y una aceptable validez de criterio respecto a variables contextuales asociadas. Tomados de modo independiente, sus 21 dominios dan buena cuenta del repertorio de áreas de relevancia para la calidad de vida percibida por la personas con adicción a drogas, ofreciendo la posibilidad de tomar medidas específicas por dimensiones en caso de estudios más pormenorizados o delimitados. No obstante, se presenta cierta controversia respecto a cuál de las versiones existentes utilizar. Las últimas publicaciones que han utilizado el IDUQoL (Hubley et al, 2006, 2007; Morales-Manrique et al, 2007) parecen decantarse por la versión no ponderada consistente en la valoración de la satisfacción con los dominios componentes a través de una escala Likert de 7 puntos. Desde nuestro punto de vista, la consideración de la importancia atribuida a cada dominio por parte de cada sujeto valorado de forma independiente a la satisfacción que manifiesten en cada uno de los dominios, y la conjunción de ambas medidas permitirá una mayor precisión en la estimación de un índice de calidad de vida específica para personas usuarias de drogas. Tal es el propósito que nos proponemos afrontar en próximos estudios.

REFERENCIAS

- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104, 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., de-la-Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 111, 410-416.
- Badia, X., García-Alonso, F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En Badia, X. (Ed.). *La investigación de resultados en salud*, 61-77. Barcelona; Edimac.
- Badia, X., Carné, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110, 550-556.
- Badía, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M., Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 112, Supl 1, 79-96.
- Brogly, S.B., Palepu, A., Franco, E., Bruneau, J. (2001). The Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL). 1st Canadian Network for Vaccines and Immunotherapeutics (CAN-VAC). Annual Scientific Meeting, Lake Louise.
- Brogly, S.B., Palepu, A., Franco, E., Bruneau, J. (2001). Development of an instrument to measure the quality of life of injection drug users: the Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL). 10th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Toronto. Abstract in *The Canadian Journal of Infectious Diseases*, 12, Supl B.



- Brogly, S.B., Bruneau, J., Palepu, A., Mercier, C., Franco, E. (2002). Validation of an Instrument to Measure the Quality of Life of Drug Users: The Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL). 11th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Winnipeg, Manitoba. Abstract in The Canadian Journal of Infectious Diseases, 13, Supl A.
- Brogly, S.B., Bruneau, J., Palepu, A., Franco, E. (2003). Quality of Life and Public Health Program Use of Montreal Cocaine and Heroin Injection Drug Users. 12th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Halifax, Nova Scotia. Abstract in The Canadian Journal of Infectious Diseases, 14, Supl A.
- Brogly, S.B., Bruneau, J., Palepu, A., Franco, E. (2002). The quality of life of Montreal injection drug users: a pursuit towards more effective public health programming. *Int Conf AIDS*, 14, 7-12.
- Brogly, S.B., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A., Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: Development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Use and Misuse*, 38(7), 965-992.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Franco, E., Lachance, N., Desy, M., Soto, J., Vincelette, J. (1997). High rates of HIV infection among injection drug users participating in needle exchange programs in Montreal: results of a cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 146(12), 994-1002.
- Bruneau, J., Lamothe, F., Soto, J., Lachance, N., Vincelette, J., Vassal, A., Franco, E. L. (2001). Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 767-773.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16, 199-208.
- Fernández-Miranda, J.J. (2003). La calidad de vida en adicciones: Una medida de la efectividad de los tratamientos. *Anales de Psiquiatría*, 19(3), 377-384.
- Fischer B, Rehm J, Kim G. (2001). Quality of Life (QoL) in Illicit Drug Addiction Treatment and Research: Concepts, Evidence and Questions. In Von Bernd-Westermann H, Jellinek C, Bellmann GU. *Substitution: Zwischen Leben und Sterben*, 21-40. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 2001.
- Flanagan, J.C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33, 138-147.
- Gandek, B., Ware, J.E. (1998). Translating functional health and well-being: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project studies of the SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 891-1214.
- Guyatt, G.H. (1995). A taxonomy of health status instruments. *Journal of Rheumatology*, 22(6), 1188-1190.
- Hattie, J. (1984). Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Applied Psychological Measurement*, 20, 1-14.
- Huble, A.M., Russell, L.B., Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 43.
- Huble, A.M., Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): Findings from a content validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 46.
- IMIN - Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. [Consultado 14-04-2007]. Disponible en: <http://www.imim.es/imim/cas/c-QQV.htm>



Iraurgi, I. (1999). La calidad de vida como indicador de resultados en la clínica de las drogodependencias. E-Boletín. Instituto para el Estudio de las Adicciones. [Consultado 14-12-2007]. Disponible en: <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html?o=25>.

Iraurgi, I. (2002). Instrumentos de Evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Toxicomanías. En Iraurgi, I., González-Saiz, F. (Eds.) Instrumentos de evaluación en drogodependencias, 481-511. Madrid; Aula Médica.

McGee, H.M., O'Boyle, C.A., Hickey, A., Joyce, C.R.B., O'Malley, K. (1991). Assessing the quality of life of the individual: the SEI QoL with a healthy gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*, 21(3), 749-759.

Metzger, D.S., O'Brien, C.P. (1990). Substance Abuse: The Challenge of Assessment. In Spilker, B. (Ed.): *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, 237-246. New York, Raven Press Ltd.

Morales-Manrique, C.C., Valderrama-Zuriána, J.C., Castellano-Gómez, M., Aleixandre-Benavente, R. (2006). Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercibidas en pacientes drogodependientes. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 212-221.

Morales-Manrique, C.C., Castellano-Gómez, M., Valderrama-Zuriána, J.C., Aleixandre-Benavente, R., Papelu, A., and Cocaine Group. (2007). 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). *Addictive Behaviors*, 32(9), 1913-1921.

Prieto, L., Sacristán, J. (2004). What is the value of social values? The uselessness of

assessing health-related quality of life through preference measures. *BMC Med Res Methodology*, 4, 10.

Russell, L.B., Hubley, A.M. (2005). Importance ratings and weightings: Old concerns and new perspectives. *International Journal of Testing*, 5, 105-131.

Russell, L.B., Hubley, A.M., Palepu, A., Zumbo, B.D. (2006). Does weighting capture what's important? Revisiting subjective importance weighting with a quality of life measure. *Social Indicators Research*, 75, 141-167.

Ruta, D.A., Garratt, A.M., Leng, M., Russell, I.T., MacDonald, L.M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life: the patient-generated index. *Medical Care*, 32(11), 1109-1126.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D., Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal*, 317, 1191-1194.

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short form health survey (SF-36): I Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.