

Valoración del estado de salud como calidad de vida. Aplicación de la matriz de Rosser en toxicomanías.

Iraurgi Castillo, Ioseba

Módulo de Asistencia Psicosocial (MAPS) de Rekalde. Bilbao.

Resumen

Se analizan las valoraciones sobre la calidad de vida percibida que un colectivo de personas con adicción a opiáceos realiza respecto a un conjunto de estados de salud, y si dichas valoraciones son equivalentes a las realizadas por un colectivo normativo de usuarios sanos. A través de técnicas de grupo nominal y mediante la aplicación de la matriz de Rosser, 30 personas en tratamiento en un programa de mantenimiento con metadona ofrecen valoraciones de calidad de vida a diferentes estados de salud. Los resultados muestran que la calidad de vida disminuye a medida que el nivel de incapacidad y el nivel de sufrimiento/dolor aumentan, siendo este último el que tiene un mayor peso específico en la percepción de una peor calidad de vida. Asimismo, no se encuentran diferencias sustanciales entre el grupo de toxicómanos y el normativo respecto a la valoración de la calidad de vida. Se discute la conveniencia e importancia de incluir indicadores basados en los pacientes en la evaluación de los resultados terapéuticos.

Palabras Clave

Calidad de Vida, Matriz de Rosser, Estado de Salud, Toxicomanías

Summary

Perceived quality of life assessments/appraisals that a group of people with opiate addiction made respect to a set of health states are analyzed, and if these assessments are equivalent to those made by a normative group of healthy users. Through nominal group techniques and application the Rosser matrix, 30 persons in metadone maintenance treatment offer appraisals of quality of life according to different health states. Results show that quality of life decreases as much as disability and suffer/pain levels increase, being the last factor the most powerful in the perception of a worse quality of life. Likewise, important differences between the group of addicts and the normative group are not found respect to the quality of life appraisal. Convenience and importance of including patient indicators in the therapeutic outcomes evaluation are discussed.

Correspondencia a:

Ioseba Iraurgi. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. C/ Camilo Villabaso 24, lonja. 48002 Bilbao. Tfno. 94 444 98 59. E-mail: iraugi@euskalnet.net



Key Words

Quality of Life, Rosser's Matrix, Health Status, Drug Dependence

Résumé

On analyse les évaluations sur la qualité de vie perçue qu'un groupe de personnes avec dépendance à opiacés effectue en ce qui concerne un ensemble d'états de santé, et si ces évaluations sont équivalentes à tu les effectues par un groupe normatif d'utilisateurs sains. À travers des techniques de groupe nominal et par l'application de la matrice de Rosser, 30 personnes en traitement dans un programme de maintien avec métadone offrent des évaluations de qualité de vie à différents états de santé. Les résultats montrent que la qualité de vie diminue au fur et à mesure que le niveau d'incapacité et le niveau de souffrance/douleur augmentent, étant ce dernier celui qui a un plus grand poids spécifique dans la perception d'une pire qualité de vie. De même, on ne trouve pas de différences substantielles entre le groupe de toxicomanes et la réglementation en ce qui concerne l'évaluation de la qualité de vie. On examine la convenance et l'importance d'inclure des indicateurs basés les patients dans l'évaluation des résultats thérapeutiques.

Most clé

Qualité de Vie, Matrice de Rosser, État Santé, Toxicomanies

INTRODUCCIÓN

Como afirma Bowling (1991), 'para medir el resultado en la salud de un individuo o una comunidad se requiere una medida del estado de salud, que a su vez debe estar basada en un concepto de salud'. Tradicionalmente, y a pesar de la definición de salud propuesta en 1946 por la OMS en su constitución (OMS, 1958), se ha venido manejando una definición negativa de la salud, considerando ésta como el estado de ausencia de enfermedad. Producto de ello es que los indicadores de salud utilizados usualmente se hayan centrado en la enfermedad (morbilidad, mortalidad, pruebas diagnósticas, etc.) y en conceptos negativos (efectos secundarios y complicaciones, discapacidad, tasas de rehospitalización y/o reinicio de tratamientos, etc.).

Dentro de esta tradición, uno de los métodos para evaluar los resultados de la intervención sanitaria es el basado en la estimación de la capacidad de las personas para llevar a cabo tareas de la vida diaria, es decir del grado de discapacidad producida por el efecto de la enfermedad. A este respecto, la discapacidad, en el contexto de la salud, ha sido definida como cualquier restricción o falta de habilidad (debida a una lesión) para llevar a cabo una actividad de la forma o dentro del rango considerado normal para un ser humano (OMS, 1980). Como ejemplo de este tipo de indicador podemos citar el índice de Katz o la medida de la independencia funcional (Badia et al., 1996); dos escalas de valoración médica que distinguen entre el nivel de dependencia/independencia del evaluado y su grado de limitación de la actividad. Pero



este tipo de indicadores no recogen información de los efectos de la enfermedad en áreas específicas de la funcionalidad física, psicológica, social, doméstica y/o laboral.

Por otra parte, se han descrito factores de tipo social (estado socioeconómico, disponibilidad del sistema sanitario, redes de apoyo social, etc.), psicológico (motivación, creencias y conductas de salud) y cultural que pueden afectar de forma determinante en el resultado de los procesos sanitarios y, en definitiva, en los estados de salud (Sanders y Suls, 1982; Friedman y DiMatteo, 1987; Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). La influencia de estos factores no biológicos requiere la superación de la definición negativa de salud para asumir un concepto más positivo: 'la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia' (OMS, 1958).

A este respecto, la OMS (1985; 1996) ha recomendado el desarrollo de medidas de salud positivas, entre las cuales se hallan las basadas en el concepto de calidad de vida. El desarrollo de esta línea de investigación ha sido extenso, si bien aun hoy todavía no existe un consenso claro sobre su definición. La literatura cubre un amplio rango de componentes: desde la capacidad y/o habilidad funcional, donde se incluiría el desarrollo de responsabilidades y funciones habituales (p.ej. en el área doméstica y/o laboral), pasando por el grado y la calidad de las interacciones interpersonales y comunitarias, el nivel de desarrollo individual y grado de independencia, hasta el bienestar psicológico y emocional, las sensaciones físicas (p.ej. el dolor, la vitalidad) y la satisfacción con la vida (OECD, 1973; OMS, 1996).

En definitiva, y como refiere Bowling (1991), la calidad de vida se identifica como 'un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede conseguir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida'. La implicación de esta conceptualización reside en que las medidas de resultado sanitarias deben tener en cuenta las autovaloraciones de los individuos.

En este estudio se trata de poner en relación autovaloraciones sobre la calidad de vida percibida respecto a un conjunto de estados de salud emanados de la aplicación de criterios basados en la definición negativa de la salud. En concreto, se trata de explorar las valoraciones de calidad de vida que un colectivo de personas con adicción a opiáceos realiza sobre una clasificación de estados de salud, y si dichas valoraciones son equivalentes a las que realiza un colectivo normativo de usuarios sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Colaboraron en el estudio 30 personas diagnosticadas de dependencia a opiáceos, incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona del MAPS de Rekalde, a los que se pidió consentimiento de participación. El muestreo fue intencional eligiendo a los sujetos en función de tres variables: el sexo, la seropositividad a VIH/SIDA, y la duración de su dependencia (punto de corte en 5 años de evolución). De la permutación de estas variables se obtienen seis posibles grupos (p.ej.: hombre, seropositivo, > 5 años de consumo; mujer, seronegativa, < de 5 años de consumo; etc.), constituidos por cinco miembros cada uno. Posteriormente, el total de

participantes fue asignado aleatoriamente a cinco grupos de discusión de seis miembros, a los que se aplicó una variante de la Técnica Nominal de Grupo (Delbecq, Van de Ven y Gustafson, 1975; Abramson, 1984; Fabra, 1994) por medio de la cual se exploró el discurso que cada componente individual o como grupo tenía respecto al concepto de calidad de vida (CV). Los objetivos de estas dinámicas eran principalmente dos: 1) establecer un consenso general respecto a la ordenación de diversos estados de salud y su relación con la calidad de vida percibida, y 2) elaborar un cuestionario de calidad de vida específico para población con adicción a drogas a partir de las dimensiones reconocidas por ellos mismos (este objetivo será desa-

rrollado y comunicado en una próxima colaboración).

En el presente informe abordaremos el primero de los objetivos, para lo cual se utilizó como instrumento de medida la Matriz de Rosser (Rosser y Watts, 1972, 1978; Rosser y Kind, 1978; Rosser et al., 1992). Esta matriz, en su forma más simple (Rosser y Watts, 1978), está constituida por dos niveles, uno de discapacidad que incluye distintos grados de ésta, (desde ausencia de discapacidad a estado de inconsciencia o coma), y el segundo nivel que incluye niveles de dolor y/o ansiedad; en ambos casos, la escala de medida podría considerarse de tipo ordinal (Tabla 1). En conjunto, de la combinación de las categorías de ambas variables se obtienen 28 es-

TABLA 1.- Clasificación de Rosser de estados de salud

NIVELES DE INCAPACIDAD	NIVELES DE SUFRIMIENTO (DOLOR Y/O ANSIEDAD)			
	A	B	C	D
	AUSENCIA	LIGERO	MODERADO	INTENSO
I Ausencia de incapacidad	IA	IB	IC	ID
II Ligera incapacidad social	IIA	IIB	IIC	IID
III Ligera incapacidad social y/o deterioro del desempeño laboral	IIIA	IIIB	IIIC	IIID
IV Severa limitación en las posibilidades de elección de trabajo o del desempleo laboral	IVA	IVB	IVC	IVD
V Incapaz de conseguir un empleo remunerado. Incapaz de proseguir cualquier tipo de educación. Confinado en el hogar excepto para salidas acompañadas y breves paseos, e incapaces de ir de compras.	VA	VB	VC	VD
VI Confinados a una silla de ruedas o bien incapaz de desplazarse por la vivienda sin ayuda de otra persona	VIA	VIB	VIC	VID
VII Confinado en cama	VIIA	VIIIB	VIIIC	VIIID
VIII Inconsciente	VIIIA	VIIIB	VIIIC	VIIID



tados de salud, los cuales serán objeto de valoración respecto al nivel de CV que representan o implican.

(Ver tabla 1).

El procedimiento de valoración comprendía dos fases. Primero se ordenaban los mencionados niveles de salud tomando como referencia un criterio cualitativo de la CV basado en la decisión de si un estado de salud implica mayor o menor CV que el de comparación. Por ejemplo, y basándonos en la definición de categorías propuesta en la Tabla 1, ¿el estado IA respecto al IIA implica mayor o menor grado de CV?; análogamente, ¿el estado IA respecto al IB implica mayor o menor CV?; para romper el empate que se pudiera producir entre el estado IIA y IB respecto al IA, se ponían en relación estos dos, obteniéndose como resultado el siguiente orden: IA, IIA, IB, etc. De esta forma, el primer nivel-orden se le adjudicó a aquel estado que se pensaba observaba una mayor calidad de vida y así sucesivamente se clasificaron todos los demás.

Después de llegar al consenso en esta fase, se pasó a desarrollar la segunda que consistió en aproximar las separaciones entre las categorías ordenadas mediante la valoración individual de dichos estados a partir de una escala cuantitativa. Para la valoración relativa de esos estados o niveles de salud se tomó sistemáticamente como referencia los valores de

'0' para el estado de calidad de vida de una persona que estuviera fallecida, y el valor '100' para indicar el estado de calidad de vida del máximo nivel de salud. Atendiendo a las indicaciones de los autores (Rosser y Kind, 1978) se permitió ofrecer puntuaciones negativas, ya que algunos de los estados de salud contenidos en la matriz pudieran ser in-

terpretados como situaciones más negativas o que implicasen una peor calidad de vida que la situación de muerte. Cada categoría fue valorada por el conjunto de participantes, calculándose la media de los valores (M) y su desviación típica (DT).

Una vez valorado el conjunto de estados de salud resultantes de la matriz de Rosser, se pidió que expresaran el nivel de calidad de vida que cada uno consideraba era el mínimo aceptable por debajo del cual ya se estaría en una situación de deterioro y malestar claramente apreciable. Para ello se utilizó el mismo baremo que el empleado para la evaluación de los estados de salud.

Por otra parte, dado que otro de los objetivos del estudio era comparar este conjunto de valoraciones sobre estados de salud y calidad de vida propio de un colectivo con diagnóstico de dependencia a drogas con otro colectivo ajeno a esta patología, se consideraron los datos normativos obtenidos por Alfonso y colaboradores (1991) en una muestra representativa de la población de Valencia. Para permitir la comparación de los datos, se procedió a la modificación de la escala utilizada en nuestra muestra mediante la división de la puntuación ofrecida por cada sujeto entre 100, de forma que el nuevo rango de variación obtenido oscilaría entre '-1' y '+1'.

La hipótesis nula de no diferencias entre los distintos estados de salud fue evaluada a través de análisis de varianza basado en la prueba de Friedman de dos colas. También se calculó el coeficiente de Kendall para examinar la concordancia entre las respuestas. Estos análisis fueron realizados con el programa SPSS en su versión 6.1. (Norusis, 1994). El contraste de diferencias entre las valoraciones ofrecidas por el grupo de toxicóma-



nos frente a las del grupo normativo se realizó de forma manual basándose en la prueba de 'z' para el caso de desconocimiento de los parámetros poblacionales y supuestos diferentes (s_T s_N) (Doménech, 1995), obteniéndose los valores de probabilidad (p) para el grado de significación a través de las tablas de estadística publicadas por Doménech (1988).

RESULTADOS

Excluyendo las características definidas por las variables de selección de la muestra, el perfil de los participantes se aproxima mucho al recogido en la población del programa del cual forman parte (Iraurgi et al., 1999). Las edades de los participantes oscilaron entre los 21 y los 36 años, repartidos similarmente entre ambos sexos, con una edad media de 31,7 años (DT= 4,8).

(VerTabla 2)

El coeficiente de concordancia de Kendall obtenido (Tabla 2) fue de 0,917, lo que indica que existe un 92% de concordancia en las respuestas de los participantes, es decir, una alta fiabilidad inter evaluadores. Asimismo, la prueba de Friedman ha resultado significativa ($\chi^2= 852,6$; $p<0,001$) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se admite que los estados de salud recogidos en la matriz de Rosser muestran diferencias entre ellos. En la Tabla 2 también puede apreciarse el orden que asumen los diferentes estados de salud ordenados de mayor a menor calidad de vida valorada tanto en la fase cualitativa como en la cuantitativa. El resultado de ambos procedimientos es prácticamente idéntico, salvo en ocho situaciones que permutan entre sí. Por ejemplo, el estado de salud resultante en sexto orden en la evaluación cuantitativa (IC)

pasa a ser séptimo en la valoración cualitativa y el séptimo de aquella (IIIB) pasa a ser sexto en la cualitativa; es decir, las categorías IC y IIIB permutan su posición de un tipo de valoración a otro. Lo mismo ocurre con las categorías IIIC y IVB (orden 10º y 11º), IID y VB (orden 15º y 16º) y con las categorías IIID y VC (orden 17º y 18º). Estas permutaciones parecen indicar que la valoración cualitativa enfatiza la dimensión de sufrimiento como generadora de peor calidad de vida (CV).

El nivel de calidad de vida valorado como punto de corte (PC) entre una situación de salud aceptable y aquella otra considerada de deterioro o de malestar manifiesto fue de 0,847 (DT= 0,059), con un rango de variación entre 0,75 y 0,95.

(VerTabla 3)

En la Tabla 3 se recogen las valoraciones de CV para el conjunto de Estados de Salud resultantes de la matriz de Rosser. Como era de esperar, la CV disminuye a medida que el nivel de incapacidad y el nivel de sufrimiento aumentan. Adquiere el máximo nivel de salud en la categoría IA (ausencia de incapacidad y ausencia de dolor) con un valor de 1, mientras que se percibe menor CV para los niveles de incapacidad más avanzada y niveles de dolor y/o ansiedad más elevados. Hay que resaltar que a la hora de determinar la calidad de vida el aumento en el nivel de sufrimiento (dolor y/o ansiedad) resulta ser más decisivo que el incremento en el nivel de incapacidad. Por ejemplo, la CV valorada para un estado de ausencia de incapacidad pero con un nivel moderado de sufrimiento (Categoría IC, valor = 0,752) sería inferior que presentar una situación de ligera incapacidad y/o deterioro del desempeño laboral, y ausencia de dolor (IIIA = 0,823). En concreto,



TABLA 2.- Ordenación obtenida en cada uno de los niveles según la escala de Rosser

VARIABLE / CATEGORÍA	SUMA DE RANGOS	ORDEN CUANTITATIVO	ORDEN CUALITATIVO	PERMUTACIONES *
IA	32,00	1	1	
IIA	30,55	2	2	
IB	30,32	3	3	
IIIA	28,70	4	4	
IIB	28,17	5	5	
IC	26,83	6	7	a
IIIB	25,95	7	6	a
IVA	24,22	8	8	
IIC	23,65	9	9	
IIIC	21,57	10	11	b
IVB	21,52	11	10	b
VA	21,00	12	12	
ID	20,62	13	13	
IVC	18,33	14	14	
IID	17,45	15	16	c
VB	17,03	16	15	c
IIID	14,70	17	18	d
VC	14,13	18	17	d
IVD	13,40	19	19	
VIA	12,32	20	20	
VD	10,77	21	21	
VIB	10,40	22	22	
VIIA	10,15	23	23	
VIIIA	8,70	24	24	
VIC	8,43	25	25	
VIIIB	8,20	26	26	
VIIIC	7,65	27	27	
VIIIB	6,43	28	28	
VID	6,22	29	29	
VIIIC	4,05	30	30	
VIID	2,95	31	31	
VIIID	1,60	32	32	

Prueba de Friedman: $\chi^2 = 852,60$; $p < 0,001$

Coefficiente de Concordancia de Kendall: $W = 0,917$; $p < 0,001$

Permutaciones: igualdad de letras supone que la permutación de los ordenes se realiza en esos niveles



un estado de máximo sufrimiento sin incapacidad, sería equiparable a una incapacidad de nivel V con ausencia de dolor/ansiedad, situándose ambos casos en un valor de 0,554, lo cual implica una importante pérdida de calidad de vida respecto al punto de corte valorado por el propio grupo (PC= 0,85).

Por otra parte, cinco estados de salud fueron valorados con puntuaciones próximas a una situación de fallecimiento (Tabla 3), en concreto los que hacen referencia a una situación de confinamiento en cama o inconsciencia con independencia del dolor (Categorías VIIA y VIIIA), el confinamiento en silla de ruedas o en cama con dolor ligero (VIB y VIIB) y el confinamiento en silla de ruedas con un nivel de sufrimiento moderado (VIC). Asimismo, nueve estados de salud fueron valorados negativamente, es decir, son considerados situaciones de peor calidad que la propia muerte, adquiriendo especial relevan-

cia los relativos al estado de inconsciencia (Categoría VIII), independientemente del nivel de sufrimiento, y las situaciones de confinamiento con dolor intenso (Categorías VID y VIID).

(Ver Tabla 4)

La comparación de los estados de salud valorados por el grupo de toxicómanos respecto a un grupo normativo quedan reflejados en la Tabla 4. Como puede observarse, el grupo normativo tiende a puntuar más alto los estados de salud que el grupo de toxicómanos, si bien las diferencias sólo son significativamente estadísticas en 6 de los 28 casos. La máxima diferencia encontrada es de 0,061 (6,1 puntos en escala 0-100) referida al estado de máximo sufrimiento en ausencia de incapacidad (categoría ID); el resto de las diferencias oscila entre 0,004 y 0,019. Nótese que los estados referidos a la situación de inconsciencia/coma no han sido

TABLA 3.- Matriz de valores de calidad de vida (Rosser)

NIVELES DE INCAPACIDAD	NIVELES DE SUFRIMIENTO (DOLOR Y/O ANSIEDAD)			
	A	B	C	D
I	1,000	0,898	0,752	0,554
II	0,899	0,804	0,651	0,436
III	0,823	0,719	0,581	0,319
IV	0,663	0,574	0,453	0,271
V	0,554	0,424	0,280	0,152
VI	0,190	0,090	-0,024	-0,216
VII	0,068	-0,058	-0,115	-0,541
VIII	-0,053	-0,187	-0,391	-0,743



TABLA 4.- Comparación de los valores de la escala de Rosser entre un Grupo Normativo (GN) y el Grupo de Toxicomanías (GT).

	A	B	C	D
I	IA	IB	IC	ID
GN	1,000 (0,000)	0,902 (0,004)	0,762 (0,040)	0,615 (0,150)
GT	1,000 (0,000)	0,898 (0,005)	0,752 (0,047)	0,554 (0,097)
	z= 0,00; p= n.s.	z= 4,04; p<0,001	z= 1,06; p= n.s.	z= 2,69; p<0,01
II	IIA	IIB	IIC	IID
GN	0,915 (0,039)	0,817 (0,021)	0,675 (0,048)	0,467 (0,140)
GT	0,899 (0,038)	0,804 (0,025)	0,651 (0,063)	0,436 (0,120)
	z= 2,17; p<0,05	z= 2,61; p<0,01	z= 1,94; p= n.s.	z= 1,22; p= n.s.
III	IIIA	IIIB	IIIC	IIID
GN	0,835 (0,021)	0,725 (0,023)	0,578 (0,073)	0,367 (0,127)
GT	0,823 (0,018)	0,719 (0,022)	0,581 (0,073)	0,319 (0,118)
	z= 3,11; p<0,01	z= 1,31; p= n.s.	z=-0,20; p= n.s.	z= 1,94; p= n.s.
IV	IVA	IVB	IVC	IVD
GN	0,682 (0,044)	0,580 (0,042)	0,475 (0,078)	0,283 (0,111)
GT	0,663 (0,045)	0,574 (0,047)	0,453 (0,091)	0,272 (0,126)
	z= 2,05; p<0,05.	z= 0,63; p= n.s.	z=1,21; p= n.s.	z= 0,43; p= n.s.
V	VA	VB	VC	VD
GN	0,552 (0,083)	0,443 (0,092)	0,322 (0,125)	0,185 (0,103)
GT	0,554 (0,066)	0,424 (0,082)	0,280 (0,109)	0,152 (0,085)
	z= -0,14; p= n.s.	z=1,10; p= n.s.	z= 1,80; p= n.s.	z= 1,80; p= n.s.
VI	VIA	VIB	VIC	VID
GN	0,215 (0,382)	0,118 (0,361)	-0,007 (0,370)	-0,276 (0,360)
GT	0,190 (0,305)	0,090 (0,262)	-0,024 (0,251)	-0,216 (0,243)
	z=0,38; p= n.s.	z= 0,48; p= n.s.	z= 0,29; p= n.s.	z= -1,07; p= n.s.
VII	VIIA	VIIIB	VIIIC	VIIID
GN	0,093 (0,398)	-0,002 (0,375)	-0,126 (0,392)	-0,517 (0,426)
GT	0,068 (0,238)	-0,058 (0,283)	-0,115 (0,282)	-0,541 (0,322)
	z= 0,43; p= n.s.	z= 0,89; p= n.s.	z=-0,17; p= n.s.	z= 0,34; p= n.s.

Valores expresados en Medias y Desviaciones Estándar - M (DE)

Prueba estadística (z) y valor de la probabilidad (p) / n.s.: no significativo para $\alpha \leq 0,05$



parados por carecer de datos para el grupo normativo.

DISCUSIÓN

La matriz de Rosser es un índice global jerárquico multiatributo donde se manifiesta cuál es la calidad de vida observada desde el punto de vista del usuario. Como era de esperar, a medida que cualquiera de los dos atributos aumenta su grado o intensidad de deterioro la calidad de vida estimada va reduciéndose paulatinamente. No obstante, de las dos dimensiones contempladas en la operativización de la matriz en nuestro estudio, y en función de los datos obtenidos, la dimensión de sufrimiento/dolor prevalece sobre la referente al grado de discapacidad a la hora de estimar una peor calidad de vida. Atendiendo a la valoración mínima tolerable de calidad de vida aportada por el grupo (aproximadamente 0,85), solo valorarían como aceptable tres de los 28 posibles estados de salud: la ausencia de incapacidad y dolor; la presencia de un dolor ligero pero en ausencia de incapacidad y una situación de ligera incapacidad social pero sin presencia de dolor. Fuera de ese límite tolerable, por ejemplo, un estado de ligera incapacidad social y deterioro laboral sin dolor sería preferible a una situación de dolor moderado aunque no vaya acompañado de incapacidad. Dicho de otro modo, para las personas con adicción a opiáceos el grado de sufrimiento/dolor tiene mayor peso específico en la percepción de su calidad de vida que el grado de discapacidad.

Este resultado es compatible con el hecho de que una de las principales motivaciones para tratarse por parte de las personas adictas a opiáceos es el temor al síndrome de abstinencia, caracterizado por el malestar físico y el dolor. La experiencia clínica nos muestra que la adicción a opiáceos, y por

generalización a otro tipo de sustancias, conlleva un deterioro personal y social que con frecuencia desemboca en situaciones de marginación y discapacidad. En muchas ocasiones estas situaciones pueden ser mantenidas por largo tiempo, pero son toleradas en mayor medida que la privación de la sustancia, precisamente por sus consecuencias inmediatas relacionadas con el dolor y/o el miedo al sufrimiento. Las respuestas ofrecidas por los sujetos de nuestro estudio, pudieran apuntar en la dirección de esta hipótesis. Paradójicamente, los recursos para disminuir el dolor y el sufrimiento son más y mejor conocidos que aquellos otros destinados a paliar las discapacidades concomitantes.

Otro resultado de interés, atendiendo al conjunto de estados de salud posibles, es la similitud en las valoraciones ofrecidas por el grupo de personas con dependencia a opiáceos respecto al grupo normativo poblacional, para quienes la dimensión de dolor/sufrimiento también es decisiva en la valoración de la calidad de vida. Respecto a aquellos estados de salud donde se hallan diferencias significativamente estadísticas, aunque prácticamente desdeñables, los datos parecen apuntar que el grupo de toxicómanos tiende a valorar más negativamente dichos estados de salud, o lo que es lo mismo, a otorgarles puntuaciones de calidad de vida menor. La máxima diferencia encontrada entre las valoraciones de ambos grupos se sitúa en el nivel ID, referido a un estado de dolor grave en ausencia de incapacidad, y donde la valoración de calidad de vida del grupo normativo es más elevada que la del grupo de toxicómanos, indicándonos, de algún modo, una mayor tolerancia al dolor entre aquéllos respecto a estos últimos.

El desarrollo de este estudio nos permite proponer la posibilidad de medición del ni-



vel de salud como calidad de vida, lo que podría orientar sobre cuál es el estado de salud percibido por el usuario tras un tratamiento de desintoxicación o una intervención psicosocial continuada. Desde nuestro punto de vista, resulta de gran importancia incluir indicadores basados en los pacientes en la evaluación de los resultados porque éstos no necesariamente correlacionan con las medidas objetivas de los niveles de funcionamiento físico de esas personas, ni con las estimaciones objetivas realizadas por los clínicos (Evans et al., 1985; Slevin et al., 1988). El argumento en favor de la medición de la calidad de vida como un resultado de las intervenciones clínicas ha sido prolijamente abordada por Ebbs y colaboradores (1989), quienes argumentan que, en el caso de condiciones crónicas donde sólo puede producirse una disminución parcial y/o temporal de los síntomas, se hace necesaria una evaluación comprensiva en orden a determinar los beneficios del tratamiento. Asimismo, en situaciones de enfermedad incurable, se propone que la meta de salud realista sería propiciar una situación de vida tan confortable, funcional y satisfactoria como fuera posible (Sullivan, 1992). Estas situaciones serían compatibles con las presentadas por muchos de los pacientes usuarios de programas de objetivos intermedios y/o programas de metadona, razones por las que se ha argumentado la necesidad o conveniencia de evaluar los resultados de dichos programas a través no sólo de los indicadores duros, sino también de medidas subjetivas de autoinforme (Iraurgi, 2000). A este respecto, la valoración de la calidad de vida y/o la calidad de vida relacionada con la salud está siendo utilizada de forma creciente debido al reconocimiento de la importancia de la satisfacción de los pacientes y cómo sienten y perciben de forma individual el tratamiento, más allá de lo que la normalidad clínica o

estandarización estadística pueda decir al respecto (Bowling, 1995; OMS, 1996).

Para concluir, hacer observar que la evaluación de la calidad de vida puede ser una importante variable resultado a incorporar en los estudios de evaluación terapéutica en toxicomanías (Iraurgi, 1999; Iraurgi et al., 1999). Puede servir, por ejemplo, de medida de los resultados en la investigación clínica relativa a los beneficios comparativos de diferentes métodos terapéuticos (PMMs vs programas libres, o diferentes modalidades de PMMs según su nivel de exigencia). Asimismo, puede constituir un parámetro clave en los estudios de coste-beneficio y contribuir así a la optimización del uso de los recursos. En general, y como refiere la OMS (1996), la consideración de la calidad de vida probablemente de lugar a un mejoramiento en la calidad de la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

Abramson, J.H. (1984). *Survey methods in community medicine. An introduction to epidemiological and evaluative studies*. New York. Churchill Livingstone.

Alfonso-Sánchez, J.L.; Sanchís-Noguera, S. y Prado del Baño, M.O.J. (1991). Valoración del estado de salud como calidad de vida.

Medicina Integral, 18(3): 139-142.

Badia, X.; Salamero, M.; Alonso, J. y Ollé, A. (1996). *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona. PPU.

Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham. Open University Press.

Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham-Philadelphia. Open University Press.

Delbecq, A.L.; Van de Ven, A.H. y Gustafson, D.H. (1975). *Techniques for Program Planning*:

A Guide to Nominal Group and Delphi Processes. Glenview. Scott, Foreman.

Domènech, J.M. (1988). *Tablas de estadística.* Barcelona. Herder.

Domènech, JM. (1995). *Métodos estadísticos.* Barcelona. Signo.

Ebbs, S.R.; Fallowfield, L.J.; Fraser, S.C. y Baum, M. (1989). Treatment outcomes and quality of life. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* . 5: 391-400.

Evans, R.W.; Manninen, D.L.; Garrison, L.P.; Hart, L.G.; Blagg, C.R.; Gutman, R.A.; Hull, A.R. y Lowrie, E.G. (1985). The quality of life of patients with end stage renal disease. *New England Journal of Medicine*. 312: 553-559.

Fabra, M.L. (1994). *Técnicas de grupo para la cooperación.* Barcelona. Ediciones CEAC.

Friedman, H.S. y DiMatteo, M.R. (1987). *Health Psychology.* New Jersey. Prentice Hall.

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] 1999 Agosto [citado 1 Agosto 1999]; [1 pantalla].* Disponible en: URL:<http://arrakis.es/iea/boletin/opinion.htm>.

Iraurgi, I. (2000). Calidad de vida en programas de metadona *Publicación Oficial de SEISIDA, 11(4);* Pendiente publicación.

Iraurgi, I.; Casas, A.; Celorio, M.J. y Díaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias, 24(2):* 131-147.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1996). *Desigualdades sociales en salud en España.* Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Norusis, M.J. (1994). *Statistical Package for the Social Sciences. Release 6.1.* Chicago. SPSS Inc.

OECD (1973). List of Social concerns common to most OECD countries. The OECD social indicators development

programme, manpower and social affairs directorate. París. OECD.

OMS-WHO (1958). *The first ten years.* The Health Organization. Génova. World Health Organization.

OMS-WHO (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps.* Génova, World Health Organization.

OMS-WHO (1985). *Targets for Health for All by the Year 2000.* Copenhagen. World Health Organization, Regional Office for Europe.

OMS-WHO. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud 17:* 385-387.

Rosser A.M.; Cottee, M.; Rabin, R. y Selai, C. (1992). Index of health related quality of life. In: A. Hopkins (Ed.). *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put.* London. Royal College of Physicians.

Rosser, A.M. y Kind, P. (1978). A scale of valuation of states of illness. Is there a social consensus?. *International Journal of Epidemiology, 7:* 347-358.

Rosser, A.M. y Watts, V.C. (1972). The measurement of hospital output. *International Journal of Epidemiology, 1:* 361-368.

Rosser, A.M. y Watts, V.C. (1978). The measurement of illness. *Journal of the Operational Research Society, 29:* 529-540.

Sanders, G.S. y Suls, J. (1982). *Social Psychology of Health and Illness.* Hillsdale, New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.

Slevin, M.L.; Plant, H.; Lynch, D.; Drinkwater, J. y Gregory, W.M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient?. *British Journal of Cancer, 57:* 109-112.

Sullivan, M. (1992). Quality of life assessment in medicine: Concepts, definitions, purposes and basic tools. *Nordic Journal of Psychiatry, 46:* 79-83.