

Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación

Eduardo J. Pedrero-Pérez^{1*} y MethaQoL Group^{1,2**}

¹ Instituto de Adicciones, Madrid Salud (España).

² Junta de Extremadura (España).

Resumen: *Objetivo.* De entre los muchos instrumentos propuestos para medir la calidad de vida de los pacientes con adicción a opiáceos tratados con metadona el WHOQOL-BREF, propuesto por la World Health Organization, es el que más se utiliza en la actualidad. Este trabajo pretende estudiar la fiabilidad y la validez de constructo de la prueba, aplicada a una muestra amplia y representativa de pacientes, y comparar los resultados con los datos disponibles para población general en España. Se reclutó una muestra de 523 sujetos que se encontraban en tratamiento con metadona, en Madrid y Extremadura. Se efectuó un análisis factorial confirmatorio para probar la estructura teóricamente propuesta y, seguidamente, un análisis paralelo optimizado para conocer el número más adecuado de componentes de la prueba. Los resultados muestran que la prueba presenta sólidos valores de consistencia interna, tanto a nivel del ítem como de las escalas. La estructura tetradimensional teórica se confirma en la muestra con adecuados indicadores de ajuste, aunque también se obtienen serios argumentos para considerar su unidimensionalidad. Se estudió la relación estructural entre los cuatro dominios. El WHOQOL-BREF se muestra como una prueba fiable y válida para su uso en pacientes tratados con metadona, proporcionando una medida multidimensional de la calidad de vida percibida, que incluye factores sociales y ambientales ausentes en otros instrumentos, que son de enorme importancia en el tratamiento de los problemas adictivos.

Palabras clave: Calidad de vida; WHOQOL-BREF; Tratamiento con metadona; Propiedades psicométricas; Análisis estructural; Adicción.

Title: Quality of life in patients treated with methadone: The WHOQOL-BREF, psychometric study and application results.

Abstract: The most commonly instrument used to measure quality of life in patients with addictive behaviors is the WHOQOL-BREF, developed by the World Health Organization. No studies have been found to explore the psychometric properties in Spanish clinical samples. This paper aims to study their reliability as well as the construct validity in a representative sample of patients and comparing the results to the data available for the general population in Spain. A sample was recruited comprised of 523 subjects who were undergoing treatment with methadone in Madrid and Extremadura. A confirmatory factor analysis was completed to test the theoretically proposed structure and then an optimized-parallel analysis was done to establish the most adequate number of components. The result offers solid values for internal consistency both as concerns the items and the scales. The theoretical tetra-dimensional structure is confirmed in the sample although serious arguments are also found for considering its one-dimensionality. The structural relationship between the four domains was studied. The WHOQOL-BREF proves to be a reliable and valid test for use on patients treated with methadone, providing a multi-dimensional measure of perceived quality of life that includes social and environmental factors of great importance in treating addiction problems.

Keywords: Quality of life; WHOQOL-BREF; Methadone treatment; Psychometrics; Structural analysis; Addiction.

Introducción

El éxito de los programas de tratamiento con metadona se ha medido tradicionalmente a partir de variables como la retención, la disminución de conductas delictivas o la abstinencia a drogas no prescritas, siendo más difícil encontrar estudios que tuvieran en cuenta la evaluación de los propios pacientes (Amato et al., 2005; Hedrich et al., 2012), algo inaceptable en cualquier otro ámbito clínico. Por ello, en los últimos años han proliferado los estudios que exploran el impacto en la calidad de vida de los individuos (De Maeyer et al., 2011) y su satisfacción y acuerdo con el tratamiento recibido (Vanderplasschen, Naert, Vander Laenen, y De Maeyer, 2015). Estas variables entradas en el paciente presentan una relevancia crucial en el diseño de programas orientados a las ne-

cesidades de esta población (De Maeyer, Vanderplasschen, y Broekaert, 2010; Laudet, 2011).

Se entiende por calidad de vida “una percepción individual de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales está inserto, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”; su evaluación sitúa a la subjetividad de la persona como indicador de resultados de las intervenciones profesionales, y su mejora es, en último término, el objetivo de todo tratamiento médico, psicoterapéutico y sociorrelacional (Skevington, Sartorius, Amir y THE WHOQOL Group, 2004).

Uno de los problemas para la estimación de la calidad de vida en esta población es la proliferación de instrumentos utilizados, siendo identificados hasta 15 (De Maeyer et al., 2010). Algunos autores abogan por el uso de instrumentos específicamente diseñados para la población destinataria (Rojas, Lozano, Foresti, Zolfaghari y Zubaran, 2015), pero aunque ello permitiría comparar entre los diversos tratamientos impediría la comparación de los resultados con los obtenidos en la población de referencia, algo posible cuando se utilizan instrumentos de uso general.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto un instrumento capaz de medir la calidad de vida de manera fiable y válida en un amplio rango de países y culturas: el WHOQOL. En su versión completa consta de 100 ítems que se refieren a cuatro dominios de la salud: física, psicológica, social y ambiental (Power, Bullinger y Harper, 1999). En la clínica ha sido más frecuente la utilización de la versión re-

* Correspondence address [Dirección para correspondencia]:

Eduardo J. Pedrero Pérez. C/ Alcalá 527, 28027, Madrid (Spain). E-mail: ejpedrero@yahoo.es

**** MethaQoL Group:** Madrid: Barreda-Marina, M.A., Bartolomé-Gil, C., Bosque-Coro, S., Callejo-Escobar, J., Ema-López, I., Domínguez-Arandá, M.A., Ferrero-Herreros, Y.E., Galera-García, O., Garrido-Ureña, B., Gil de Bernabe-Lopez, M.J., González-Galnares, I.R., Gutiérrez-Cáceres, S., Heras-Dolader, S., Hernández-Tejada, C., López-Jiménez, M.C., López-Zurita, C., Martín-Carmona, G., Notario-Poves, P., Olmos-Espinosa, R., Pacheco-Otaya, G., Pérez-Carrasco, E., Pérez-López, G., Puerta-García, C., Rojo-Mota, G., Sáez-Maldonado, A., Salgado-Marcos, N., San Juan-Sanz, P., Sújar-Plaza, M.I. Extremadura: Borrallo-Berjón, M.J., Boticario-Villarreal, M.V., Bueno-Pozo, R., Iglesias-Jiménez, M.F., Mateos-Ayucar, M.P.

ducida de 26 ítems WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998), cuyas cualidades psicométricas han sido estudiadas en una gran cantidad de condiciones patológicas (Skevington y McCrate, 2012) y en estudios transculturales (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004) y se ha aplicado en diversos ámbitos clínicos, como el neurológico (Den Oudsten, Lucas-Carrasco, Green y The WHOQOL-Dis Group, 2011; Lucas-Carrasco, Skevington, Gómez-Benito, Rejas y March, 2011), y también en población no clínica (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco y Bunout, 2011).

El WHOQOL-BREF se ha mostrado como un instrumento sensible a los cambios producidos por el tratamiento, con metadona (Feelemyer, Des Jarlais, Arasteh, Phillips y Hagan, 2014) o sin ella (Sánchez-Hervás, Tomás-Gradolí, Molina Bou, del Olmo Gurrea y Morales Gallús, 2002). Generalmente se encuentra que las personas mejoran su calidad de vida cuando suspenden el consumo de opiáceos no prescritos y realizan un tratamiento con metadona (Padaiga, Subata y Vanagas, 2007), pero cuando se ha comparado a muestras de personas con adicción a opiáceos y controles, las puntuaciones han resultado sistemáticamente menores en aquellos, más aún si existían diagnósticos psicopatológicos concomitantes (Bizzarri *et al.*, 2005).

Algunos estudios han explorado ciertas propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF en poblaciones con conductas adictivas, como la fiabilidad o la validez convergente con pruebas similares (Barros da Silva Lima, Fleck, Pechansky, De Boni y Sukop, 2005), pero apenas se han encontrado estudios sobre su validez de constructo, que encuentran, también, importantes inconsistencias en su estructura (Fu *et al.*, 2013). Los pocos estudios que exploran la adecuación de los cuatro dominios a los datos disponibles han mostrado diversas inconsistencias en muestras de pacientes psiquiátricos (Trompenaars, Masthoff, van Heck, Hodiamont y de Vries, 2005) y en poblaciones clínicas y no clínicas de diversas procedencias (Skevington *et al.*, 2004; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2013), incluyendo muestras extraídas de pro-

gramas de tratamiento con metadona (Chang, Wang, Tang, Cheng y Lin, 2014). Un estudio con la versión española aplicada a una muestra de estudiantes en países de habla hispana encontró también importantes deficiencias estructurales en la prueba (Benitez-Borrego, Guardia-Olmos y Urzúa-Morales, 2014). El objetivo del presente trabajo es estudiar diversas características psicométricas de la prueba WHOQOL-BREF en una muestra de personas en tratamiento de metadona. En concreto se explorará su fiabilidad, al nivel del ítem y de las escalas y su validez de constructo. Adicionalmente, se explorará la relación entre la prueba y diversas variables, como el sexo, la edad, el nivel académico alcanzado, etc.

Método

Participantes

La muestra obtenida estuvo compuesta por 523 sujetos que se encontraban en tratamiento con metadona. De ellos, 458 recibían tratamiento en los centros de la red del Instituto de Adicciones de Madrid ($n = 1898$; intervalo de confianza IC del 4% para $p = .5$) y 65 en la red de centros públicos de Extremadura ($n = 100$; $IC = 7\%$ para $p = .5$). Como criterio de inclusión se estableció el hecho de recibir metadona prescrita por dependencia de heroína durante al menos 3 meses en el servicio correspondiente. Como criterios de exclusión se determinaron: diagnóstico de dependencia actual de alguna sustancia diferente a la heroína, consumo reciente de alcohol, padecer algún tipo de daño cerebral, sintomatología psicótica aguda, dificultades para la comprensión del idioma español o cualquier otra que comprometiera la adecuada resolución de las pruebas. Todos los participantes recibieron información sobre el objetivo de la evaluación y firmaron un consentimiento informado, admitiendo la utilización anónima de los resultados. En la Tabla 1 se detallan los descriptivos de la muestra.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra.

	Varones	Mujeres	Total	F/χ^2	p
n	421	102	523		
%	80.5	19.5			
Edad media actual (d.t.)	46.9 (6.6)	45.9 (6.7)	46.67 (6.6)	1.94	.17
Nivel académico alcanzado		%			
Estudios primarios o menos	29.2	39.2	31.2		
Enseñanza secundaria obligatoria	50.6	33.3	47.2	9.85	< .05
Estudios secundarios posobligatorios	16.9	22.5	18.0		
Estudios universitarios	3.3	4.9	3.6		
Dosis media (d.t.)	44.1 (37.7)	44.7 (35.5)	44.2 (37.2)	0.02	.89
Rango	5-220	5-160	5-220		
Tiempo medio de tt^o en meses (d.t.)	90.8 (114.3)	84.8 (66.9)	89.7 (106.7)	0.26	.61
Rango en meses	3-244	3-281	3-281		

Instrumentos

El WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998), versión española de Lucas-Carrasco (1998, 2012), autoin-

forme compuesto por 26 ítems, que se responden en una escala tipo Likert de 5 opciones (puntuándose entre 1 y 5). Los ítems 1 y 2 interrogan sobre calidad de vida y salud globales y los 24 restantes se agrupan en 4 dominios: salud física, psi-

cológica, relaciones sociales y medio ambiente. Mayores puntuaciones significan mayores niveles de calidad de vida autopercebida. Se solicitó permiso para su utilización en la página de la World Health Organization (www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/) y se autorizó el uso de la versión proporcionada por el Servicio Andaluz de Salud (2010).

Procedimiento

Se solicitaba a los pacientes su colaboración cuando acudían al centro a recibir sus dosis de metadona, diarias o semanales. En caso de que no tuvieran disponibilidad de tiempo en ese momento se les ofrecía una cita programada para realizarlo en los días siguientes. Una vez aceptaban participar, las evaluaciones se realizaban en una sala acondicionada, el evaluador leía las preguntas y el paciente señalaba las respuestas en unas fichas preparadas con las diferentes modalidades de respuesta. Los evaluadores recibieron tres sesiones de entrenamiento previas al inicio del periodo de evaluación, además de asesoramiento permanente para la resolución de cuantas dudas surgieran. Las pruebas de autoinforme formaban parte de una batería mayor, cuyo protocolo general ya ha sido publicado (Pedrero-Pérez, y MethaQoL Group, 2017). El estudio fue autorizado por el Comité de Investigación de la institución y obtuvo informes favorables de dos Comisiones de Ética.

Análisis de datos

Para la transformación de las puntuaciones directas se utilizó la sintaxis proporcionada por la Universidad de Washington (http://depts.washington.edu/seaqol/docs/Wq_bref.txt), de modo que las escalas se ofrecieran en un rango de entre 0 y 100. Esta sintaxis también se modificó para obtener una puntuación entre 4 y 20, como se presentó en la validación de la versión española (Lucas Carrasco, 1998). Se procedió en primer lugar a efectuar un análisis factorial confirmatorio a partir de los componentes teóricamente establecidos del cuestionario. Puesto que la modalidad de respuesta es tipo Likert (ordinal, categorial no continua), se utilizó el método de mínimos cuadrados no ponderados. Para estudiar la bondad de ajuste del modelo teórico a los datos se utilizaron los indicadores proporcionados por el programa AMOS 18. Se desarrollaron dos métodos para estimar el número de factores más adecuado para retener: un análisis paralelo optimizado y un MAP, mediante el programa FACTOR 10.3.01 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013). Se exploraron las relaciones estructurales entre los cuatro dominios, mediante un *path analysis*, utilizando el método de máxima verosimilitud, tras garantizar la normalidad multivariada de los datos y aplicando los indicadores de bondad de ajuste proporcionados por el programa AMOS 18. La consistencia interna de los ítems se estudió mediante el coeficiente de discriminación (correlación ítem-total corregida) y la de las escalas mediante el

omega de McDonald (ω), como medida más adecuada que la α de Cronbach (Dunn, Baguley y Brunsten, 2014). Se utilizó la r de Pearson para las correlaciones bivariadas y se aplicó la corrección de Bonferroni para correlaciones múltiples. Se realizó un ANCOVA para comparar puntuaciones y controlar variables con efecto de interacción, utilizándose la λ de Wilks. El tamaño del efecto se calculó utilizando la omega al cuadrado (ω^2).

Resultados

El modelo resultante del análisis factorial confirmatorio se muestra en la Figura 1. Los indicadores de ajuste resultaron satisfactorios en todos los casos, $\chi^2 = 664.6$, $RMR = .07$, $GFI = .97$, $AGFI = .97$, $PGFI = .80$, $NFI = .95$, $PNFI = .85$, $RFI = .95$, siendo asumible el ajuste de las dimensiones teóricamente propuestas a los datos obtenidos en la muestra presente. Sin embargo, los datos se ajustarían mejor a una solución unifactorial, como se encuentra al efectuar, a partir de la matriz de correlaciones policóricas, un análisis paralelo optimizado y también un MAP. En la Tabla 2 se muestran los descriptivos y la capacidad discriminativa de cada ítem y la consistencia interna de cada escala, $\omega = .89$ para el conjunto de la prueba).

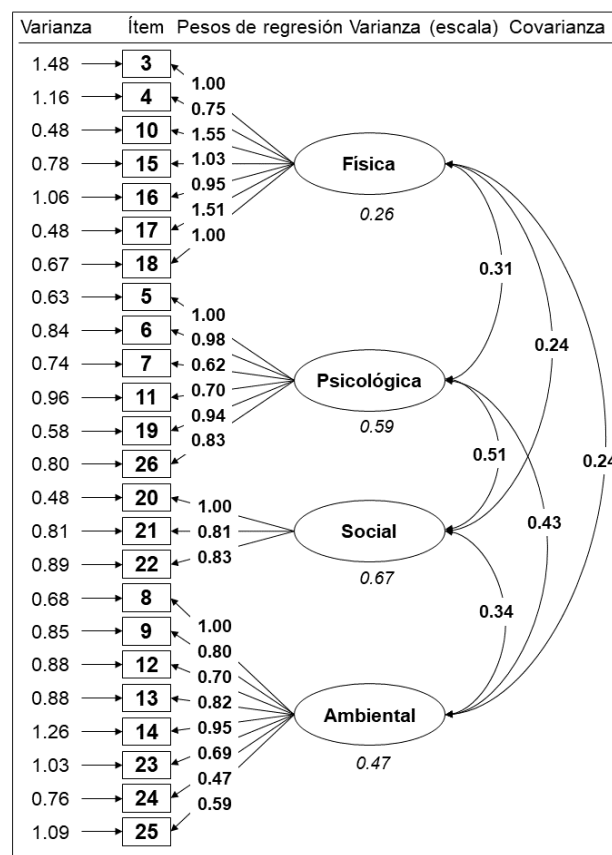
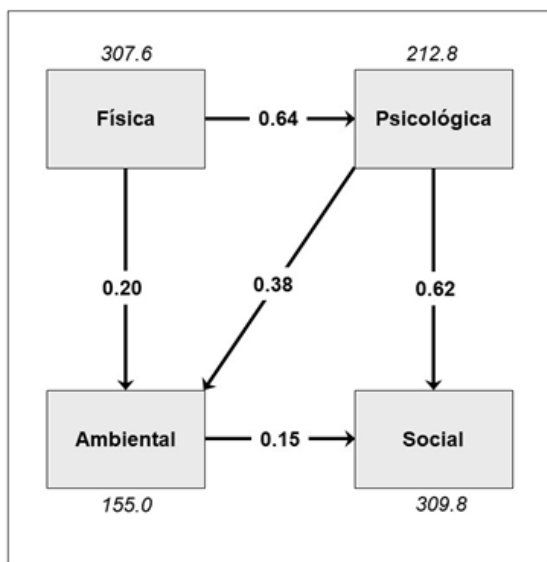


Figura 1. Modelo estructural del WHOQOL-BREF y sus dominios.

Tabla 2. Descriptivos, correlación de cada ítem con su escala, una vez excluido, y consistencia interna de cada escala.

Ítem	Media	Mediana	IC 95%	Varianza	Asimetría	Curtosis	Correlación ítem-total corregida	ω McDonald
General								
1	2.89	3	(2.78-3.00)	0.93	-0.06	0.03		
2	2.94	3	(2.83-3.05)	0.96	-0.10	-0.30		
Física								
3	2.33	2	(2.18-2.48)	1.74	0.50	-1.16	.44	
4	3.20	3	(3.07-3.33)	1.30	-0.30	-0.68	.33	
10	3.20	3	(3.08-3.31)	1.09	-0.30	-0.48	.55	
15	4.13	4	(4.02-4.25)	1.06	-1.15	0.70	.40	.77
16	2.85	3	(2.72-2.97)	1.29	0.10	-0.67	.37	
17	3.29	3	(3.17-3.40)	1.06	-0.24	-0.22	.59	
18	3.13	3	(3.01-3.26)	1.26	-0.24	-0.54	.54	
Psicológica								
5	2.68	3	(2.56-2.81)	1.22	0.13	-0.81	.59	
6	3.12	3	(2.99-3.26)	1.40	-0.26	-0.83	.60	
7	2.99	3	(2.88-3.10)	0.96	-0.11	-0.48	.41	
11	3.52	4	(3.40-3.65)	1.24	-0.50	-0.48	.38	.78
19	3.18	3	(3.06-3.30)	1.10	-0.17	-0.44	.57	
26	3.11	3	(2.99-3.24)	1.21	-0.28	-0.78	.48	
Social								
20	3.14	3	(3.02-3.26)	1.15	-0.19	-0.38	.60	
21	2.70	3	(2.57-2.82)	1.25	0.10	-0.56	.48	.75
22	2.85	3	(2.72-2.98)	1.36	-0.04	-0.72	.40	
Ambiental								
8	3.08	3	(2.96-3.20)	1.15	-0.25	-0.70	.37	
9	3.21	3	(3.09-3.33)	1.15	-0.38	-0.40	.40	
12	2.25	2	(2.13-2.36)	1.11	0.56	-0.24	.40	
13	3.39	4	(3.27-3.51)	1.19	-0.43	-0.54	.50	
14	2.97	3	(2.83-3.12)	1.69	-0.09	-1.16	.40	.73
23	3.45	4	(3.32-3.57)	1.25	-0.46	-0.34	.35	
24	3.73	4	(3.62-3.83)	0.87	-0.57	0.25	.35	
25	3.27	3	(3.14-3.39)	1.26	-0.26	-0.47	.38	

**Figura 2.** Relaciones estructurales entre los cuatro dominios del WHOQOL-BREF (pesos de regresión y varianzas de las variables exógenas).

En la Figura 2 se muestran las relaciones estructurales entre los cuatro dominios del WHOQOL-BREF. En primer lugar, se comprobó la normalidad multivariada de los datos, $Mardia = 3.75$, $p > .05$, y a continuación se efectuó un *path analysis* mediante el método de máxima verosimilitud. El modelo mostrado es el que obtuvo los mejores indicadores de ajuste, $CMIN/DF = 1.85$, $GFI = .99$, $AGFI = .98$, $NFI = .99$, $RFI = .98$, $IFI = .99$, $TLI = .99$, $RMSEA = .04$, cumpliendo todos los criterios de máxima exigencia, $CMIN/DF < 2$, $RMSEA < .05$ e indicadores absolutos e incrementales $> .95$. Puede observarse que es la salud física la que muestra mayor capacidad predictiva sobre el resto de dominios, de manera directa sobre la salud psicológica y ambiental e indirecta sobre la social.

La pregunta general “¿Cómo calificaría su calidad de vida?” se predice en un 34% de su varianza a partir de las puntuaciones obtenidas en salud psicológica, $R^2 = .30$, $\beta = 0.35$, $t = 7.0$, $p < .001$, salud ambiental, $R^2 = .03$, $\beta = 0.20$, $t = 4.3$, $p < .001$, y salud física, $R^2 = .01$, $\beta = 0.13$, $t = 2.9$, $p < .01$. La segunda pregunta general “¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?” se predice (31% de la varianza) $R^2 = .04$, $\beta = 0.25$, $t = 5.4$, $p < .001$). Ambas muestran entre sí una correlación de $r = .47$ (coeficiente de mutua determinación $r^2 = .22$). En la Tabla 3 se muestran las puntuaciones obtenidas a partir de la salud física, $R^2 = .27$, $\beta =$

0.37, $t = 7.9$, $p < .001$) y la salud psicológica (por cada grupo según la respuesta a la pregunta “¿Cómo calificaría su calidad de vida?”. En todos los casos, existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada dominio y, tras las pruebas post hoc (Bonferroni), aparece en casi todos los casos una gradua-

ción en las puntuaciones según la estimación general (salvo en algún caso, en el que las respuestas 1 o 2, o las 4 o 5 aparecen como equivalentes). Idéntico análisis y resultados se encuentran para la segunda pregunta general “¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?”.

Table 3. Scores in the WHOQOL-BREF domains, as per the answer to the two general items.

		¿Cómo calificaría su calidad de vida?							
		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena			
		<i>n</i>	49	101	260	86	27		
Salud física	<i>M</i>	43.22	47.77	59.22	67.07	70.63	33.2	<.001	.051
	<i>DT</i>	16.26	18.15	14.83	14.17	17.95			
Salud psicológica	<i>M</i>	32.31	39.77	53.97	63.91	68.98	58.5	<.001	.082
	<i>DT</i>	18.11	14.74	15.13	14.67	16.07			
Salud social	<i>M</i>	37.76	37.87	47.69	59.50	58.64	17.6	<.001	.030
	<i>DT</i>	26.69	20.80	19.47	18.44	23.40			
Salud ambiental	<i>M</i>	42.28	46.13	54.81	63.63	70.14	36.3	<.001	.201
	<i>DT</i>	16.34	15.05	13.24	13.12	13.77			

		¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?							
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a			
		<i>n</i>	43	114	223	118	25		
Salud física	<i>M</i>	38.29	47.90	59.13	66.89	73.14	48.0	<.001	.067
	<i>DT</i>	16.07	16.61	13.69	14.97	17.68			
Salud psicológica	<i>M</i>	31.59	45.18	51.98	60.91	68.17	36.7	<.001	.055
	<i>DT</i>	16.47	18.19	14.87	16.32	19.09			
Salud social	<i>M</i>	33.33	40.64	47.57	56.57	57.00	15.1	<.001	.026
	<i>DT</i>	23.92	20.72	19.20	20.50	28.23			
Salud ambiental	<i>M</i>	43.24	49.23	54.23	59.93	68.38	19.6	<.001	.033
	<i>DT</i>	13.87	15.20	15.06	13.60	15.10			

Note. ω^2 = omega squared as effect size estimator.

En la Tabla 4 se presentan las puntuaciones medias obtenidas por la muestra del presente estudio y las obtenidas en el estudio de validación de la versión española del WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, 1998). No aparecieron diferencias significativas por sexo en ninguno de los dominios explorados por el WHOQOL. Sin embargo, la edad, $\lambda = .98$, $p < .05$, y el nivel de estudios, $\lambda = .95$, $p < .001$ mostraron efecto de interacción. La edad mostró correlación negativa con la salud social, $r = -.12$, $p < .01$, y con la salud ambiental $r = -.09$, $p < .05$ en la muestra completa, pero, controlando el nivel de estudios, sólo en varones, $r = -.13$, $p < .01$ y $r = -.11$, $p < .05$ respectivamente, cuando se dividió la muestra en sexos, no afectando a la correlación

en mujeres; mientras que el nivel académico alcanzado mostró correlación positiva con la salud psicológica, $r = .15$, $p < .01$ y con la salud ambiental, $r = .18$, $p < .001$. Estas correlaciones fueron especialmente significativas en mujeres: controlando la edad, el nivel de estudios correlacionó fuertemente con la salud ambiental, $r = .37$, $p < .001$, psicológica, $r = .35$, $p < .001$ y física, $r = .23$, $p < .05$; en los varones, en cambio, el nivel de estudios sólo mostró correlación significativa con la salud ambiental, $r = .13$, $p < .01$. Controlando estas variables en conjunto, sí aparecieron diferencias entre varones y mujeres en salud psicológica, $p < .01$, $\omega^2 = .008$, social, $p < .05$, $\omega^2 = .006$, y ambiental, $p < .001$, $\omega^2 = .015$.

Table 4. A comparison between the average scores obtained from the sample in this study and those obtained in the study validating the Spanish version of the WHOQOL-BREF.

	Muestra del presente estudio		Muestra del estudio de la validación de la versión española*	
	Pacientes en tratamiento con metadona	Pacientes con esquizofrenia	Pacientes con problemas físicos	Personas saludables
<i>n</i>	523	216	207	101
% de varones	80.5	60.0	45.0	38.0
Edad (media)	46.7	38.5	41.0	37.0
Dominio				
Salud física	13.18	13.02	15.27	18.52
Salud psicológica	12.26	12.07	15.30	17.05
Salud social	11.58	11.02	15.40	16.95
Salud ambiental	12.67	12.60	14.20	15.20

Note. * Tomado de Lucas-Carrasco (2012).

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio avalan la adecuación de la estructura de cuatro dimensiones o dominios a los datos obtenidos en la muestra utilizada. Los indicadores de bondad de ajuste son, en todos los casos, suficientes para sostener esta afirmación. No obstante, otros análisis realizados sugieren que esta división en dimensiones es artificiosa, resultando más adecuada una estructura unifactorial. El análisis estructural muestra cómo es la percepción de salud la que influye decisivamente sobre las demás, de manera directa o indirecta, a través de la autopercepción de salud psicológica. En la base de esta cuestión está la polémica sobre si la calidad de vida es un constructo unidimensional o multidimensional y, en consecuencia, si debe explorarse mediante ítems simples (como el primero: “¿Cómo calificaría su calidad de vida?”) o mediante varios ítems que exploren diversos aspectos de la percepción del sujeto. La mayor parte de los autores abogan por la variedad de ítems argumentando que una pregunta simple obliga al sujeto a efectuar una evaluación excesivamente rápida, mientras que la respuesta a diversos ítems puede hacerle considerar aspectos que hubiera pasado por alto en una respuesta global (Fayers y Machin, 2007). Lo mismo puede decirse de la segunda pregunta “¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?”: estudios de metaanálisis encuentran una potente capacidad predictiva de la respuesta a esta pregunta, u otras similares de carácter general, sobre resultados de salud e incluso de mortalidad, cuya probabilidad aumenta al doble en personas que declaran mala salud (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, y Muntner, 2006). Los datos del presente estudio parecen indicar que resulta suficiente con las preguntas generales, que ya clasifican a los sujetos en los diferentes niveles que luego proporcionará el resto de ítems, con un gradiente continuo y con gran tamaño del efecto. Sin embargo, deben tenerse en cuenta las limitaciones en cuanto a la accesibilidad de los pacientes o la mayor disponibilidad que permita explorar por separado los diferentes dominios, lo que puede proporcionar información de interés de cara a diseñar las intervenciones.

Tomada la prueba en su conjunto, el WHOQOL-BREF resulta ser una prueba fiable y con suficiente consistencia interna, tanto cuando se explora al nivel del ítem como al nivel de los dominios en la muestra estudiada: todos los ítems muestran una capacidad discriminativa adecuada, $r_{it} > .30$, y todas las escalas un $\omega > .70$. Un estudio similar, sobre más de 500 sujetos en tratamiento con metadona, encontraba un mal ajuste de las cuatro dimensiones a los datos obtenidos, con indicadores de bondad de ajuste inaceptables (Fu et al., 2013), si bien se utilizaron métodos no apropiados a la naturaleza de los datos para estimar la

estructura y consistencia interna (máxima verosimilitud y coeficiente alfa, respectivamente).

Se ha procurado comparar las puntuaciones obtenidas en la muestra del presente estudio con las obtenidas en el estudio de validación para población española (Lucas Carrasco, 2012). La razón es clara: se trata de establecer la distancia entre los pacientes en tratamiento y los valores que son tenidos por normales en su población de referencia. Sin embargo, la comparación sólo puede ser aparente, dado que, sorprendentemente, en este estudio no se proporcionan las desviaciones típicas, sino sólo las puntuaciones medias de los grupos estudiados, utilizando, además, una puntuación entre 4 y 24 puntos, diferente de la utilizada por los autores de la prueba, y sobre muestras muy pequeñas (población sana $n = 101$), cuya procedencia y método de obtención no se constatan. De este modo, la puntuación de la muestra estudiada en el presente estudio aparentemente se asemeja a la obtenida por las personas diagnosticadas de esquizofrenia y mucho menos a las de pacientes con problemas físicos, ambas por debajo de las obtenidas por personas saludables. El desconocimiento de la desviación típica impide establecer los intervalos de confianza de cada media y acreditar que tales diferencias aparentes son reales.

Cuando se controlan las variables edad y nivel de estudios, las mujeres puntúan menos en calidad de vida que los varones, como suele ser habitual en este tipo de estudios (Pedrero-Pérez, y Díaz-Olalla, 2016). Sin embargo, y aunque significativas, estas diferencias no muestran un gran tamaño del efecto, lo que indica su poca relevancia en la clínica. Lo que sí revelan es el impacto diferencial de algunas variables en la calidad de vida de hombres y mujeres: un mayor nivel de estudios parece ser un importante factor de protección para las mujeres, lo que se traduce en mejores niveles de calidad de vida al controlar otras variables.

En consecuencia, el WHOQOL-BREF se muestra como un instrumento adecuado para la medida de la calidad de vida percibida por los sujetos que reciben un tratamiento con metadona, tanto en cuanto a sus propiedades psicométricas (fiabilidad, validez de constructo, validez convergente), como en cuanto a su aplicabilidad a esta población. Los programas de metadona deben atender prioritariamente a la evaluación que realicen los propios pacientes, puesto que su objetivo principal es mejorar, de forma estable y persistente, su calidad de vida. Esta cuestión, que resulta aparentemente obvia, ha sido reiteradamente olvidada en la investigación, a favor de indicadores clínicos, como el nivel de consumo de sustancias no prescritas o la actividad delictiva. No cabe duda de que estos indicadores son de enorme interés y deben seguir siendo explorados, pero la cuestión prioritaria es considerar la perspectiva del propio paciente, como sucede en cualquier otro ámbito de la salud.

Referencias

- Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, 321-329. doi: 10.1016/j.jsat.2005.02.007
- Barros da Silva Lima, A. B., Fleck, M., Pechansky, F., De Boni, R., & Sukop, P. (2005). Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Quality of Life Research, 14*, 473-478. doi: 10.1007/s11136-004-5327-1
- Benitez-Borrego, S., Guardia-Olmos, J., & Urzúa-Morales, A. (2014). Factorial structural analysis of the Spanish version of WHOQOL-BREF: an exploratory structural equation model study. *Quality of Life Research, 23*, 2205-2212. doi: 10.1007/s11136-014-0663-2
- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., ... Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients

- in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1765-1776. doi: 10.1080/10826080500260800
- Chang, K. C., Wang, J. D., Tang, H. P., Cheng, C. M., & Lin, C. Y. (2014). Psychometric evaluation, using Rasch analysis, of the WHOQOL-BREF in heroin-dependent people undergoing methadone maintenance treatment: further item validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1. doi: 10.1186/s12955-014-0148-6
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364-380. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Lammertyn, J., van Nieuwenhuizen, C., Sabbe, B., & Broekaert, E. (2011). Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment. *Quality of Life Research*, 20, 139-150. doi: 10.1007/s11136-010-9732-3
- Den Ouden, B. L., Lucas-Carrasco, R., Green, A. M., & The WHOQOL-Dis Group. (2011). Perceptions of persons with Parkinson's disease, family and professionals on quality of life: an international focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 33, 2490-2508. doi: 10.3109/09638288.2011.575527
- DeSalvo, K. B., Blosner, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 267-275. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105, 399-412. doi: 10.1111/bjop.12046
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos [Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people]. *Revista Médica de Chile*, 139, 579-586. doi: 10.4067/S0034-98872011000500003
- Fayers, P. M. & Machin, D. (2007). Principles of measurement scales (p. 31-47). En Fayers, P. M. & Machin, D., *Quality of Life (2ª ed.)*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Feelemyer, J. P., Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 251-258. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011
- Fu, T. S., Tuan, Y. C., Yen, M. Y., Wu, W. H., Huang, C. W., Chen, W. T., Lee, T. S. H. (2013). Psychometric properties of the World Health Organization quality of life assessment-brief in methadone patients: a validation study in northern Taiwan. *Harm Reduction Journal*, 10, 37. doi: 10.1186/1477-7517-10-37
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stover, H., Moller, L., & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction*, 107, 501-517. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6, 44-55.
- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P.J. (2013). FACTOR 9.2. A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Applied Psychological Measurement*, 37, 497-498. doi: 10.1177/0146621613487794
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Editorial Ergón.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, 21, 161-165. doi: 10.1007/s11136-011-9926-3
- Lucas-Carrasco, R., Skevington, S. M., Gómez-Benito, J., Rejas, J., & March, J. (2011). Using the WHOQOL-BREF in persons with dementia: a validation study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 25, 345-351. doi: 10.1097/WAD.0b013e31820bc98b
- Padaiga, Z., Subata, E., & Vanagas, G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program. Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 43, 235-241.
- Pedrero-Pérez, E. J. & Díaz-Olalla, J. M. (2016). COOP/WONCA: Reliability and validity of the test administered by telephone. *Atención Primaria*, 48, 25-32. doi: 10.1016/j.aprim.2014.12.010
- Pedrero-Pérez, E. J. & MethaQoL Group. (2017). Methadone dosage and its relationship to quality of life, satisfaction, psychopathology, cognitive performance and additional consumption of non-prescribed drugs. *Adicciones*, 29, 37-54. doi: 10.20882/adicciones.831
- Power, M., Bullinger, M., & Harper, A. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18, 495-505. doi: 10.1037/0278-6133.18.5.495
- Rojas, A. J., Lozano, O., Foresti, K., Zolfaghari, E., & Zubarán, C. (2015). Comparison and concordance of health-related quality of life tests among substance users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 1. doi: 10.1186/s12955-015-0364-8
- Sánchez-Hervás, E., Tomás-Gradolí, V., Molina Bou, N., del Olmo Gurrea, R., & Morales Gallús, E. M. (2002). Calidad de vida, psicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas [Quality of life, psychopathology, process of change and addictive history in dependent to psychoactive drugs]. *Trastornos Adictivos*, 4, 62-68. doi: 10.1016/S1575-0973(02)70056-1
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. Anexo 3.1*. Granada: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Skevington, S. M. & McCrate, F. M. (2012). Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations*, 15, 49-62. doi: 10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., and THE WHOQOL Group. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8. doi: 10.1007/s00127-004-0700-5
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. doi: 10.1017/S0033291798006667
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., van Heck, G. L., Hodiamont, P. P. G., & de Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160. doi: 10.1007/s11136-004-0787-x
- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena [Factorial structure of WHOQoL-Bref quality of life questionnaire]. *Revista Médica de Chile*, 141, 1547-1554. doi: 10.4067/S0034-98872013001200008
- Vanderplasschen, W., Naert, J., Vander Laenen, F., & De Maeyer, J. (2015). Treatment satisfaction and quality of support in outpatient substitution treatment: opiate users' experiences and perspectives. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 22, 272-280. doi: 10.3109/09687637.2014.981508

(Artículo recibido: 09-02-2017; revisado: 25-04-2017; aceptado: 12-05-2017)