



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones



V. Fernandez Rodriguez^{a,*}, A.M. Fernandez Sobrino^a y J. Lopez Castro^b

^a Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte de Lemos, Lugo, España

^b Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos, Lugo, España

Recibido el 16 de abril de 2014; aceptado el 13 de julio de 2015

Disponible en Internet el 29 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;
Adicción;
Short form 36;
Situación laboral

Resumen

Introducción: La calidad de vida (CV) es un concepto que incorpora la percepción del individuo sobre el estado de salud, estilo y satisfacción con la vida, estado mental o bienestar y ayuda a identificar déficits en áreas de funcionamiento, facilitando la identificación de grupos de riesgo y la planificación de medidas preventivas.

El objetivo del estudio es evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes en tratamiento por consumo de sustancias adictivas en la Unidad Asistencial de Drogodependencias de Monforte de Lemos (Lugo).

Métodos: En la muestra de 100 usuarios se estudiaron variables sociodemográficas, de salud y de consumo, así como otras relacionadas con la CV medida a través del cuestionario SF-36. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: Existieron diferencias de medias en la mayor parte de las 8 dimensiones analizadas, con puntuaciones más altas en general por parte de los varones, aunque dichas diferencias no alcanzaron significación estadística salvo en el rol físico ($p=0,03$). Se recogieron datos significativos el análisis en función de la situación sociolaboral, la droga principal, las enfermedades infecciosas y las somáticas.

Conclusiones: En general la CVRS es más baja en nuestros usuarios que en la población general, y en los hombres es mayor que en las mujeres; el área más comprometida es la vitalidad. En las circunstancias actuales encontrarse en situación laboral activa repercute en una mejor CVRS.

© 2015 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Quality of life;
Addiction;
SF-36;
Employment status

Quality of life from the perspective of addiction

Abstract

Introduction: Quality of life (QoL) is a concept that incorporates an individual's perception of health status, style and life satisfaction, mental state or well-being, and helps identify gaps

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carrabouxo110@hotmail.com (V. Fernandez Rodriguez).

in areas of functioning, facilitating the identification of risk groups and planning of preventive measures.

The aim of the study is to assess the quality of life related to health (HRQOL) in patients treated for substance use in the Drug Dependency Care Unit of Monforte de Lemos (Lugo).

Methods: Sociodemographic variables, health, consumer and other related QoL measured by the SF-36 questionnaire were studied in a sample of 100 users. Data were analysed with SPSS 15.

Results: There were differences in the means in most of the eight dimensions analysed, with higher scores generally by men, although these differences did not reach statistical significance except for physical role ($P = .03$). A meaningful data analysis is presented based on the work situation, primary drug, and infectious and somatic diseases.

Conclusions: Overall HRQOL is lower in our users than in the general population, and it is higher in men than in women, with the most compromised area being vitality. In the present circumstances, being in active employment leads to a better HRQOL.

© 2015 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trastorno por abuso de sustancias es una enfermedad crónica, a menudo con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para la persona adicta y para los que la rodean¹.

El consumo de drogas afecta áreas básicas de las personas, tanto en lo biológico como en lo psíquico y lo social; se hace necesario recordar que lo que lleva a los usuarios de drogas a solicitar ayuda y ponerse en tratamiento no es el consumo en sí, sino los problemas sociales, legales y psicológicos derivados del mismo y/o su estado de salud general. Ello remite al constructo «calidad de vida» y a su estudio, no solo en cuanto a indicadores físicos, sino también psíquicos y sociales².

El concepto de calidad de vida (CV) presenta grandes dificultades a la hora de dar una definición más o menos exacta debido a que desde su aparición en los años 50 del siglo xx, aproximadamente, ha sido utilizado por distintas disciplinas académicas dando lugar así a muy distintas concepciones. Numerosos autores han hecho un intento por definir el concepto de calidad de vida, entre los que destaca Ann Bowling³, que identifica la calidad de vida 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.

Por otra parte, la OMS⁴ ha realizado un intento de consenso internacional, tanto del concepto como de sus dimensiones, definiendo la CV como «la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses». Esta conceptualización expresa que la CV no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros conceptos de la vida⁵.

Las ciencias de la salud se han incorporado más recientemente al grupo de disciplinas que se interesan por la CV, haciendo necesaria la introducción de un nuevo término, la

calidad de vida relacionada con la salud; aunque no existe una definición única, sí existe un cierto acuerdo, en el sentido de que se trata de un concepto multidimensional que debe incluir como mínimo aspectos relacionados con el funcionamiento físico, síntomas físicos relacionados con la enfermedad o tratamiento, aspectos psicológicos y aspectos sociales.

Por otro lado, los problemas derivados del consumo de drogas son variados y, muchos de ellos, con graves consecuencias para la salud, que conllevan importantes deterioros en la CV.

La consideración del constructo «calidad de vida» en el ámbito de las drogodependencias ha ido apareciendo de forma paulatina en los últimos años; especialmente se ha aplicado a la evaluación de los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, debido a la necesidad de añadir a la evaluación a través de los criterios objetivos —consecución de la abstinencia de la droga que genera la demanda, disminución del consumo de otras sustancias, nivel de retención en el programa, resolución de la criminalidad, aumento de la actividad laboral o reducción de la morbimortalidad— otra forma de evaluación subjetiva a través de la medida de la CV percibida que ofrece la posibilidad de plantear objetivos consensuados con el paciente, además de una evaluación conjunta de los resultados. También ayuda a identificar déficits en áreas de funcionamiento y, por ende, la severidad de la adicción, facilitando así la identificación de grupos de riesgo y la planificación de medidas preventivas⁶. Desde el marco de la bioética, se deposita en el paciente la posibilidad de valorar desde su perspectiva los efectos del programa realizado⁷.

El presente estudio tiene por objetivo evaluar la CV relacionada con la salud (CVRS) en una muestra de pacientes en tratamiento por consumo de sustancias adictivas en la Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) de Monforte de Lemos (Lugo).

Material y métodos

Participantes

De la totalidad de pacientes que se encontraban o iniciaban tratamiento en la UAD se ha seleccionado, de forma

no aleatoria, una muestra de 100 usuarios que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión¹: aceptar participar en el estudio firmando el consentimiento informado², tener cumplida la mayoría de edad³, estar incluido en cualquier programa de tratamiento en la UAD de Monforte⁴, cumplir criterios DSM-IV-TR⁷ para abuso/dependencia de al menos una sustancia en el inicio de su tratamiento.

Los criterios de exclusión fueron¹: encontrarse en tratamiento por trastorno del control de los impulsos (juego patológico-DSM-IV-TR)², ser menor de 18 años³, incapacidad para firmar el consentimiento informado completo o rehusar participar en el estudio.

Las variables estudiadas se clasifican en: sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, hábitat, problemática judicial, núcleo familiar), de salud (enfermedades infecciosas, somáticas, patología dual), de consumo (droga principal, consumo de sustancias ilícitas y tiempo en tratamiento) así como las relacionadas con la CV medida a través del cuestionario validado para la población española SF-36 para el estudio de la CVRS.

Se estableció la distinción entre enfermedad infecciosa y somática por la alta prevalencia de las primeras en el colectivo de pacientes del que seleccionamos la muestra, pero sin dejar de lado el resto de enfermedades somáticas; entendemos por enfermedad somática cualquier padecimiento físico con tendencia a la cronicidad y potencialmente limitante.

Instrumentos

El Cuestionario de Salud SF-36 es la adaptación realizada para España por Alonso et al.⁸ de *SF-36 Health Survey*, mostrando niveles adecuados de validez, fiabilidad y equivalencia cultural con otras versiones de otros países⁹. Fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los resultados médicos (*Medical Outcomes Study* [MOS]).

Es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional, tanto en estudios descriptivos que miden el impacto sobre la CVRS en distintas poblaciones de pacientes, como para la evaluación de intervenciones terapéuticas. También se ha utilizado como referencia en la validación de nuevos instrumentos de medición. Estas experiencias y toda la información presentada sugieren que se puede recomendar el uso de este instrumento tanto en investigación como en la práctica clínica¹⁰.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se ha utilizado administrado mediante un entrevistador en entrevista personal, telefónica o mediante soporte informático. El tiempo de cumplimentación es de 5 a 10 min.

Consta de 36 ítems que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones: función física¹⁰, función social², rol físico⁴, rol emocional³, salud mental⁵, vitalidad⁴, dolor corporal —intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual—², salud general⁶.

Además de estas 8 escalas de salud se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud (CS) actual respecto a cómo era en un periodo de tiempo anterior —cuatro semanas vs una semana—. Para cada dimensión del SF-36 los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con recorrido desde 0 hasta 100. Las opciones de respuesta forman escalas

de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia, que están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Asimismo, a partir de la combinación de las puntuaciones de cada dimensión pueden ser calculadas 2 puntuaciones resumen: la suma del componente físico (*Physical Component Summary*) y la suma del componente mental (*Mental Component Summary*). En todos los casos una mayor puntuación en las diferentes dimensiones y componentes sumarios indica un mejor estado de salud y/o una mejor CV¹¹.

Se realizó búsqueda bibliográfica a través del Mergullador (buscador de recursos bibliográficos electrónicos en distintas bases de datos) del Servicio Galego de Saúde; EMBASE, Pubmed, PsycINFO, PsycDOC.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS en su versión 15 mediante tablas de contingencia, análisis de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se realizaron las siguientes pruebas de contraste para comprobar la fuerza de la asociación y significación estadística, «t» de Student para aquellas que admitían test paramétricos y Mann-Witney (Wilcoxon) y Kruskal-Wallis para aquellas variables con $n < 30$; también se realizó una correlación de Pearson para las variables cuantitativas y el coeficiente alfa de Cronbach para la medición de la fiabilidad.

Resultados

Análisis descriptivo de la muestra

La muestra de estudio queda constituida por un total de 100 usuarios en tratamiento en la UAD de Monforte de Lemos. El perfil de los participantes es el siguiente: la mayoría son hombres, representan el 81% del total y con una edad media de 41,57 años (rango: 24-74; desviación estándar [DE: 9,9]). Las mujeres conforman el 19% restante, con una media de edad de 39,05 años [rango: 26-58; DE: 11,2]. La descripción pormenorizada de otras variables se refleja en la [tabla 1](#). Además, un 8% de los participantes presentan marcadores serológicos de VIH y un 36% de hepatitis B y C; en este apartado es destacable que todos los infectados por el VIH lo son también por el VHC. Un 28% ha sido diagnosticado y tratado por otras enfermedades psiquiátricas.

Análisis inferencial de la muestra

Dimensiones físicas

Función física. Al realizar el análisis de la función física (FF) nos encontramos con una discreta diferencia en función del sexo a favor de los varones, siendo su puntuación media 5 puntos superior al de las mujeres. No ocurre lo mismo con respecto a la edad, donde no se puede apreciar correlación entre esta y la FF. Con respecto a la situación laboral comprobamos que aquellos que permanecían en activo obtenían puntuaciones superiores al resto de grupos ($p=0,008$). En la misma línea observamos que los consumidores de cannabis tienen una FF superior a los consumidores de otras sustancias ($p=0,045$). De igual manera, aquellos pacientes que presentaban enfermedades somáticas o específicamente infecciosas obtenían resultados visiblemente

Tabla 1 Frecuencia de variables sociodemográficas y de consumo

VARIABLES	Porcentaje (%)
Sexo	
Hombres	81
Mujeres	19
Estudios	
Primarios	13
Secundaria/EGB	51
Bachiller/FP	32
Grado universitario	4
Hábitat	
Urbano	65
Rural	35
Situación laboral	
Activo	26
Paro	53
Incapacidad laboral	16
Jubilado	5
Núcleo de convivencia	
Familia de origen	45
Pareja/hijos	35
Solo	20
Droga principal	
Heroína	49
Cocaína	10
Cannabis	6
Alcohol	28
Tabaco	7
Tiempo a tratamiento	
< 3 meses	18
De 3 a 6 meses	13
De 6 a 12 meses	12
> 12 meses	57
Situación judicial	
Sí	35
No	65
Enfermedad somática	
Sí	31
No	69
Patología dual	
Sí	28
No	72

inferiores, con una $p=0,035$ y $0,019$ respectivamente, no así la patología dual, que parece no tener una influencia directa sobre esta variable, al igual que las variables nivel de estudios, núcleo de convivencia, hábitat, tipo de droga, problemas judiciales y tiempo a tratamiento.

Rol físico. Respecto a esta dimensión los hombres puntúan más que las mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,033$). En este caso ni la edad, ni la droga consumida, ni las enfermedades infecciosas tienen influencia sobre el rol físico (RF) de los usuarios de la muestra. Al contrario de lo que sucede con la situación laboral, que sigue

teniendo un efecto positivo en la CV, en este caso sobre el RF en donde encontrarse en situación activa puntúa significativamente más alto ($p=0,007$). Empeora el RF en aquellos pacientes con enfermedades somáticas ($p=0,001$).

Dolor corporal

Como resulta evidente solo la variable enfermedades somáticas, que discrimina a los pacientes de la muestra en 2 grupos (los que padecen alguna otra enfermedad y los que no), arroja resultados estadísticamente significativos ($p=0,015$).

Salud general

Para todas las dimensiones los varones obtienen medias más altas que las mujeres salvo en el caso de la salud general (SG), a pesar de ello el resultado no es significativo estadísticamente. Por otro lado, la SG sí se ve influenciada por otras variables, entre ellas la edad, donde se ha podido comprobar que existe una correlación negativa, es decir, a mayor edad peor SG ($p=0,043$). Una vez más la situación laboral activa favorece una mejor percepción de la CVRS ($p=0,004$). Respecto a la droga principal los consumidores de cannabis obtienen puntuaciones medias más elevadas ($p=0,004$), y padecer o no enfermedades infecciosas o somáticas en general tiene una influencia negativa en la SG, con una significación estadística de $p=0,000$ y $0,005$, respectivamente. Las variables nivel de estudios, núcleo de convivencia, hábitat, tipo de droga, patología dual, problemas judiciales y tiempo a tratamiento no aportan datos relevantes en cuanto a la percepción de la SG.

Sumatorio de componentes físicos

Globalmente la CVRS desde el punto de vista físico se ve afectada de forma sustancial únicamente por 3 variables, que son la situación laboral y las enfermedades infecciosas y somáticas.

Dimensiones mentales

Vitalidad. El área más comprometida de las 8 que engloba el cuestionario SF-36 es la vitalidad (V), con una puntuación media de 57,6 puntos.

Las variables edad, sexo, nivel de estudios, núcleo de convivencia, hábitat, tipo de droga, patología dual, problemas judiciales y tiempo a tratamiento no aportan datos significativos en cuanto a la percepción de la V.

Nuevamente aquellos pacientes que se encuentran desempeñando un trabajo remunerado otorgan a la V puntuaciones más elevadas ($p=0,012$), lo mismo sucede con los consumidores de cannabis ($p=0,041$). Asimismo padecer enfermedades infecciosas o somáticas redundan negativamente en la CVRS, más concretamente en una peor V, resultando estadísticamente significativo ($p=0,031$ y $0,020$).

Función social. La función social entendida como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, no se ve afectada por ninguna de las variables estudiadas.

Rol emocional. El rol emocional, que se define como el grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y a otras actividades diarias, considerando la reducción

Tabla 2 Puntuaciones medias

Sexo	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	PCS	MCS
<i>Hombre</i>										
Media	87,8	78,1	73,9	58,5	58,1	76,5	63,2	60,8	74,5	65,2
Desv. típ.	17,1	36,8	28,3	20,9	22,7	25,7	42,2	20,4	19,5	22,5
<i>Mujer</i>										
Media	83,4	64,7	73,7	58,9	55,5	67,8	47,4	52,8	69,7	55,3
Desv. típ.	25,1	39,5	26,8	21,8	21,7	31,3	39,0	23,7	21,1	24,7
<i>Total</i>										
Media	87,0	75,6	73,9	58,6	57,6	74,8	60,2	59,3	73,6	63,3
Desv. típ.	18,8	37,4	27,9	20,9	22,4	26,9	41,9	21,2	19,8	23,1

MCS: *Mental Component Summary*; PCS: *Physical Component Summary*.

del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo, no se modifica por las variables estudiadas.

Salud mental. En la salud mental (SM) tiene un efecto positivo, una vez más, la situación laboral activa ($p=0,008$). También tiene una relevancia estadísticamente significativa la droga principal consumida, siendo los consumidores de cannabis los que perciben una mejor SM ($p=0,031$). El padecer algún tipo de enfermedad infecciosa tiene efectos negativos sobre la CV, el dominio de la SM empeora cuando los sujetos presentan alguna de ellas ($p=0,020$). No sucede lo mismo con las enfermedades somáticas que no condicionan la SM.

Sumatorio de componentes mentales. Conjuntamente las dimensiones que componen este sumatorio no aportan datos significativos estadísticamente en ninguna de las distintas variables estudiadas.

A modo de síntesis, las puntuaciones medias de la muestra se pueden ver en la [tabla 2](#), así como las medias en las diferentes dimensiones en función del sexo.

Discusión

Los datos presentados corresponden a los resultados de la aplicación de la versión en castellano del cuestionario de salud SF-36 a una muestra de la población de personas con trastornos adictivos en tratamiento en la UAD de Monforte de Lemos.

Al comparar nuestros resultados con los valores poblacionales de referencia⁸ nos encontramos puntuaciones medias más bajas en todas las dimensiones, salvo en la FF, cuya media en la población general es de 84,7 frente a 86,9 de la muestra estudiada. En esta dimensión las medias de los varones son muy similares a las de la población general (87,8 y 88,2 respectivamente), y en el caso de las mujeres son, incluso, superiores (81,5 y 83,4) ([fig. 1](#)). En consonancia con los resultados de Alonso et al.⁸ las mujeres muestran una percepción de su salud peor que los hombres, esto probablemente sea fruto de patrones de pensamiento del género femenino. Lo mismo sucede en relación con la edad, donde nos encontramos que las puntuaciones de la SG son más altas en los jóvenes.

En la revisión bibliográfica realizada nos hemos encontrado trabajos similares realizados con población drogodependiente, de los cuales la mayoría se reducen a pacientes incluidos en programas de mantenimiento con metadona^{6,9,12-14}. En algún trabajo en nuestro medio se confirma un deterioro biológico y psicológico en los distintos subtipos de consumidores de sustancias adictivas, especialmente opiáceos, evaluado con escalas psicométricas validadas y reconocidas internacionalmente¹⁵. En los estudios anteriormente citados, a excepción del trabajo realizado por Garriga Ramón et al.¹⁴, se observa que la CV percibida por los pacientes aumenta a medida que su permanencia en el programa se prolonga¹⁶, dato que no pudimos corroborar en nuestro trabajo, ya que a los 3 meses la CV era superior que en aquellos que llevaban más de 12 meses

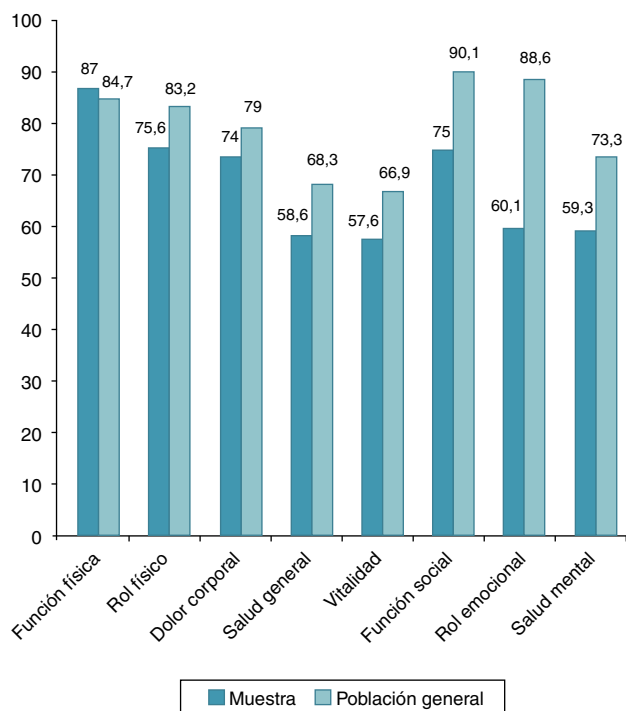


Figura 1 Valores poblacionales.

Tabla 3 Medias obtenidas en estudios similares

	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Iraurgi, Interpsiquis 2002 ¹³	82,3	71,6	64,1	46,9	48,4	74,3	73,1	65,7
Iraurgi, Interpsiquis 2005 ¹⁹	88,3	73,2	75,3	45	55,8	76,6	71,6	56
Iraurgi, Rev Esp Salud Pública 2004 ⁹	88,5	72,9	75,1	43,9	54,6	76,6	71,4	55,9
Fernández Miranda, Adicciones 1999 ⁶	86,5	82,6	88,8	52,4	46,4	80,9	68,4	58,6
Garriga Ramón, Adicciones 2006 ¹⁴	81,5	63,5	65,8	44	46,7	66,5	49,2	46,6
UAD Monforte, 2012	87	75,6	73,9	58,6	57,6	74,8	60,2	59,3

en tratamiento^{5,6}. Esta contradicción creemos que puede venir motivada por la diferencia en el perfil de pacientes incluidos en el estudio, que en nuestro caso abarca la totalidad de sustancias por las que acuden a tratamiento, y en los trabajos citados se limita a pacientes con dependencia de opiáceos. Asimismo podría ser debida al cambio experimentado en el inicio del tratamiento, mucho más llamativo que una vez estabilizado. Por otro lado, sería interesante realizar estudios de CV con pacientes en programa de buprenorfina/naloxona. La bibliografía encontrada al respecto es escasa; en el trabajo de Korhthius et al.¹⁷ la CV a los 3 y 12 meses es muy similar, en discrepancia con nuestros datos. Es conveniente tener en cuenta que los datos pertenecen a usuarios positivos para el VIH en un contexto cultural y sanitario completamente distinto.

En un reciente trabajo realizado por Benaiges et al.¹⁸, con pacientes diagnosticados de trastorno por uso de sustancias y patología dual, encontramos datos muy similares a los nuestros. Los pacientes duales tienen una percepción de su calidad de vida peor que los diagnosticados de trastorno por uso de sustancias en ambos trabajos, con la excepción de la dimensión SM, en la que en nuestro trabajo se invierten los resultados puntuando más alto, en este caso, los pacientes duales.

Como se puede apreciar en la [tabla 3](#)^{6,9,13,14,19} la FF es la dimensión con puntuaciones más altas, siempre con valores superiores a 80. En todos los trabajos revisados se confirma que las áreas que se encuentran más comprometidas son la SG, V, rol emocional y SM.

No obstante, nosotros no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la droga principal en ninguno de los índices globales de salud física y mental. A pesar de ser pacientes con un alto índice de comorbilidad física, las puntuaciones del sumatorio del componente físico son superiores a las que se evidencian en el sumatorio del componente mental.

Los pacientes que se encuentran en tratamiento por tabaquismo obtienen unas puntuaciones medias que siguen la misma tendencia que los pacientes fumadores de otros estudios²⁰, salvo en las dimensiones rol emocional y SM, donde las puntuaciones son sustancialmente inferiores, hallándose una diferencia superior a 30 puntos en el caso del rol emocional.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. National Institute on Drug Abuse. El abuso de drogas y la drogadicción. NIDA InfoFacts; 2011.
2. Chicharro Romero JF. Calidad de vida y atención a pacientes drogodependientes. En: Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 467-70.
3. Bowling A. Measuring disease. Buckingham: Open University Press; 1995.
4. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. ¿Qué es calidad de vida? Foro Mundial de la Salud. 1996;17:385-387.
5. Iraurgi I. 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 14 Dic 2004]. Disponible en: URL:arrakis.es/iea/boletin/opinion.htm.
6. Fernández Miranda JJ, González G-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Gutierrez Cienfuegos E, Bobes García J. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. Adicciones. 1999;11:43-52.
7. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
8. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin. 1995;104:771-6.
9. Iraurgi Castillo I, Póo M, Márquez Alonso I. Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:609-21.
10. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM ET-AL>. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005;19:135-50.
11. Iraurgi I. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en toxicomanías. En: Iraurgi I, González-Saiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 481-511.
12. Iraurgi I. Comparación del instrumento de salud SF-12 frente al SF-36 en pacientes en mantenimiento con metadona. Adicciones. 2007;19:59-67.

13. Iraurgi I, Casas A, Celorio MJ, García-Serrano G, Hormaza M. Estado de salud y calidad de vida en usuarios de un programa de mantenimiento con metadona. En: III Congreso Virtual de Psiquiatría, 2002. [consultado 16 Nov 2012]. Disponible en: www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5590.
14. Garriga Ramón T, Samper Villar FJ, Utgés Nogués M. Evaluación de los objetivos asistenciales en usuarios de PMM: estudio de la calidad de vida. En: XXXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 2006. p. 160.
15. Faílde Garrido JM, López Castro J, Fernández Rodríguez V, Fernández Rodríguez R. Infección por VIH, consumo de drogas y rendimiento neuropsicológico. *An Med Interna (Madrid)*. [revista en la Internet] [citado 26 Dic 2012]. 22(12):569-574.
16. Fernández-Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)*. 2001;1166:150-4.
17. Korthius PT, Tozzi MJ, Nandi V, Fiellin DA, Weiss L, Egan JE, et al. For the BHIVES collaborative. Improved quality of life for opioid dependent patients receiving buprenorphine treatment in HIV clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;56 Suppl 1: S39-45.
18. Benaiges I, Prat G, Adan A. Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012;10:106.
19. Iraurgi Castillo I, Jiménez-Lerma JM, Landabaso Vázquez M. Análisis de las características psicométricas del índice de salud SF-36 como indicador de resultados en drogodependencias. En: 6.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis; 2005. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3560>
20. Cayuela A, Rodríguez-Domínguez S, Otero R. Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos. *Arch Bronconeumol*. 2007;43:59-66.