

Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona.

Iraurgi, I.; Casas, A.; Celorio, M.J.; Díaz-Sanz, M.

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde.
Programa de Mantenimiento con Metadona. Bilbao. (España)

Resumen

Nuestro objetivo ha sido valorar la calidad de vida relacionada con la salud en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), utilizando para ello un estudio descriptivo de corte transversal. Cuarenta sujetos con criterios DSM-III-R de dependencia a opiáceos que iniciaron un PMM en un centro de salud mental, fueron evaluados en las siguientes áreas: calidad de vida relacionada con la salud (MOS-SF-35), bienestar psicológico (GHQ), estrés, sintomatología y problemas relacionados con el hábito toxicológico. También se recogen datos de caracterización de la muestra (sociobiográficos y clínicos). La muestra analizada presenta características demográficas y clínicas similares a las encontradas en otros programas de metadona de nuestro contexto. El nivel de calidad de vida observado es relativamente aceptable, si bien se aprecian altas puntuaciones en aspectos emocionales (ansiedad-estrés) y una mala percepción de la salud. Por otro lado, la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con el nivel de sintomatología que presente el sujeto, y en menor medida con la seropositividad a VIH o los años de consumo.

Palabras Clave

Metadona; calidad de vida; sintomatología.

Summary

Our aim has been to value the quality of life related to health in a Methadone Maintenance Programme (MMP), using a cross-sectional design. Forty subjects who met DSM-III-R criteria for opioid dependence, who entered consecutively in the MMP of a Mental Health Center, were evaluated in the following areas: quality of life related to health (MOS-SF-35), psychological well-being (GHQ), stress, symptomatology and problems

Correspondencia a:

Ioseba Iraurgi Castillo. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde.
C/ Camilo Villabaso 24-Ionja. 48002 Bilbao (España).
Tels. 944 449 859 - 860. Fax: 944 101 081.



related to the toxicological habit. We have also picked up characterization data of the sample (Sociobiographical and clinical data). The analyzed sample presents demographic and clinical characteristics similar to other programs of methadone in Spain. The level of quality of life observed is relatively acceptable, even though we can observe high scores related to emotional aspects (anxiety - stress) and a wrong perception of the health. On the other hand, the quality of life would be intimately associated to the symptomatology level of the subject, and to a small extent to the HIV infection and/or the consumption years.

Key Words

Methadone; quality of life; symptomatology.

Résumé

Le but du travail est d'évaluer la qualité de vie par rapport à la santé au cours d'un programme d'abstinence avec support de méthadone. Il s'agit d'une recherche corrélationnelle ou transversale. 40 sujets avec critères DSM-III-R de dépendance aux opiacés ayant commencé un traitement dans un Centre de Santé Mentale ont été évalués dans les suivants domaines: qualité de vie en rapport avec la santé (Questionnaire MOS-SF-35), bien être psychologique (GHQ), stress, symptomatologie physique et problèmes en rapport avec la toxicomanie. On a recueilli aussi les données sociobiographiques et cliniques des sujets. Notre échantillon présente des caractéristiques démographiques et cliniques similaires à d'autres échantillons chez les usagers de méthadone. Le niveau de qualité de vie est relativement acceptable, bien qu'on constate une anxiété et un stress plus élevés et une perception négative de la santé. D'un autre côté, la qualité de vie a une relation étroite avec la symptomatologie du sujet, et a une relation moindre avec la séropositivité VIH ou les années de consommation de drogue.

Mots clé

Méthadone; qualité de vie; symptomatologie.

I. INTRODUCCIÓN

Entre los efectos de la administración de metadona están la reducción de la necesidad de opiáceos ilegales, la disminución de estados biopsicosociales alterados producidos por la administración de heroína y la reducción

de la presión a soportar una dependencia opioide (Reno y Aiken, 1993). Por otro lado, entre los objetivos de un Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) estarían, desde una perspectiva ambiciosa, la desintoxicación y abstinencia total, y desde una perspectiva más realista, la reducción de da-



ños/riesgos y la instauración de un auténtico programa de sustitución (Rodríguez-Martos, 1994). La expectativa que subyace a los efectos y objetivos de la utilización de metadona es la de obtener unos efectos potenciales sobre las actividades de vida diarias, así como sobre la salud y la calidad de vida percibida.

Si bien esta expectativa resulta razonable, existe poca documentación que estime los cambios sobre las actividades diarias y calidad de vida durante el curso de los PMM. Sí existe, en cambio, una amplia literatura (Dole y Nyswander, 1976; Dole et al., 1978; Roca et al., 1989; Ball y Ross, 1991) centrada en evaluar la efectividad de los PMM a través de los criterios llamados duros (*hard*), tales como la disminución del consumo de drogas (heroína, alcohol u otras sustancias), la disminución de la criminalidad (número de arrestos, etc.), aumento de la actividad laboral (obtención de un empleo legal) o la reducción de la morbi-mortalidad (reducción de la vía endovenosa, asociada a la infección por VIH, o el número de muertes por sobredosis, por ejemplo). Si bien todos estos criterios duros son eficaces, y necesariamente evaluables en un PMM, muchas veces obedecen a la justificación de políticas asistenciales (Duro et al., 1995), o bien buscando la conformidad y aprobación de la comunidad (reducción del estigma social y de las resistencias a este tipo de tratamientos).

Pero el resultado terapéutico de un determinado programa no debe obedecer tan sólo a estos indicadores duros, de ámbito más social o comunitario, sino centrarse asimismo sobre la apreciación subjetiva y la respuesta o cambio producido en el propio usuario del programa. A este respecto, algunos grupos han evaluado la efectividad de los

PMM a través de indicadores de normalización de vida cotidiana y calidad de vida (Reno y Aiken, 1993; Eklund et al., 1994) incidiendo sobre áreas tales como los quehaceres domésticos (tiempo dedicado a los hijos, tareas de casa, etc.), actividades ocupacionales/laborales (conseguir o mantener un empleo, etc.), ocio (visitas a familiares, deportes, etc.); actividades ilegales (reducción de arrestos, uso/manejo de heroína, etc.), estado de salud (dificultades con el sueño, con el apetito, etc.), actividades de interacción social negativas (juego, beber, etc.) y la calidad de vida (grado de satisfacción con su residencia, amigos, etc.).

Lo que resulta un hecho ampliamente demostrado (Webster et al., 1977; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas DGPNSD, 1991) es que los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), principales candidatos a los PMM, presentan pobres estados de salud cuando solicitan tratamiento. Infecciones por utilización antihigiénica de las jeringuillas (VIH, hepatitis, endocarditis, tétanos, septicemias, etc.) u otras afecciones producidas por las sustancias de corte de la heroína (problemas neurológicos, musculoesqueléticos, etc.) son constantemente referenciadas en este colectivo (Jaffe, 1990). Desde esta perspectiva, el estado de salud de los adictos a drogas debería ser uno de los indicadores principales en los que el clínico debiera centrar su atención.

La información sobre el estado de salud de los usuarios de drogas en el momento de ser incluidos en un PMM, como proponen Ryan y White (1996), es importante por tres razones. En primer lugar, permite detectar las necesidades sanitarias de los candidatos y, de este modo, propiciar su derivación a otros servicios sociosanitarios; ello conformaría



PMM más comprensivos e integradores. En segundo lugar, un deficiente estado de salud puede ser para el sujeto una importante motivación para solicitar la admisión al PMM. A este respecto, Rounsaville y Kleber (1985) encontraron que no es el uso de drogas en sí mismo lo que lleva al usuario de éstas a solicitar tratamiento, sino los problemas sociales, legales y psicológicos. Por último, y como tercera razón, el cambio del estado de salud de los participantes puede ser utilizado como una medida de la efectividad del programa.

A este respecto, en los últimos años se han desarrollado un número considerable de instrumentos (Bowling, 1995; Renwick et al., 1996) dedicados a estimar no sólo los estados de salud (Bergner et al., 1981; Hunt et al., 1986) sino a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Ryan y White, 1986; Wu et al., 1991).

El objetivo de este estudio es valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los usuarios de un programa de metadona. Como hipótesis a contrastar se plantea que los indicadores de calidad de vida serán más severos entre los usuarios con mayor número de años de dependencia a opiáceos, entre los seropositivos a VIH y entre aquellos que expresan un mayor número de síntomas físicos.

2. MÉTODO

Ubicación del servicio. Con motivo de la descentralización del Programa de Objetivos Intermedios de Bizkaia (POI-Bi) en el primer trimestre de 1997, varios centros que realizaban asistencia a las toxicomanías con pro-

gramas libres de drogas asumen la competencia de dispensar metadona a los pacientes de su cupo que previamente habían sido derivados al POI-Bi para tal efecto. El Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde (MAPS-Rekalde) inicia la dispensación de metadona el 15 de abril de 1997, y pone en marcha un proyecto de evaluación de resultados del programa, cuyos datos preliminares se presentarán a continuación.

Muestra. El PMM del MAPS-Rekalde tiene adscritos 42 usuarios, de los cuales 33 fueron derivados del POI-Bi, donde habían permanecido una estancia media de 2,3 años (rango entre 0 y 4 años). Por otra parte, a partir del inicio del programa en el MAPS-Rekalde, se incorporaron los 9 sujetos restantes, de los cuales ninguno había recibido con anterioridad tratamiento con metadona.

El único criterio de exclusión para la participación en el estudio fue la falta de presencia física en el programa. Por esta razón uno de los usuarios del programa no fue evaluado, ya que debido a su estado de salud debía permanecer encamado en su domicilio, siendo uno de sus familiares quien acudía a recoger la dosis de metadona. Asimismo, otro de los usuarios falleció al poco tiempo de incorporarse al programa, sin que tengamos conocimiento fidedigno de la causa de la muerte.

En definitiva, son valorados 40 sujetos con diagnóstico de adicción a opiáceos (*American Psychiatric Association*, 1995) que ingresan en el PMM de un centro ambulatorio de salud mental.

Diseño. Estudio descriptivo de corte transversal.



Procedimiento. Tanto los sujetos que fueron derivados del POI-Bi como los que iniciaron por primera vez el PMM en el MAPS-Rekalde, fueron recibidos y entrevistados por el equipo encargado de la dispensación. En este primer contacto se tomaban los datos básicos de filiación e historia toxicológica, además de explicar las características y pautas de funcionamiento del nuevo servicio. Asimismo, en esta misma entrevista se realizaba la pasación del instrumento de evaluación, cuyas características se explicarán en el apartado de instrumentos.

La política de mantenimiento con metadona del centro es de baja exigencia. Por tanto, en la mayoría de los casos el tratamiento no está orientado a la abstinencia de opiáceos y la expectativa de duración del tratamiento es a largo plazo. No obstante, la media de dosificación es moderada-baja [media (desviación estándar): 50,12 (24,84) mg./día; rango: 10 a 140 mg./día], debido en gran medida a que la mayoría de los pacientes eran derivados del POI-Bi donde ya se les había estabilizado. La dispensación de metadona se realiza en un 42,5% de los casos diariamente y en el propio centro bajo supervisión de enfermería. Dada la estabilización y buen cumplimiento de un gran número de participantes, se utiliza la dispensación en *take-home*, de forma que un 40% acude tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes), y un 17,5% acuden una sola vez por semana (lunes o viernes). Asimismo, se realizan controles de orina quincenales para detectar el uso de la metadona, así como el consumo de heroína y/o cocaína.

VARIABLES e instrumentos de medida. Para la descripción de la muestra se recogieron

variables de filiación (edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, situación laboral, etc.), de antecedentes médicos (serologías de hepatitis B y C, de VIH y tuberculosis; ingresos hospitalarios, etc.) y sobre la historia toxicológica (años de consumo, tratamientos previos, vía de administración, otras sustancias utilizadas, etc.). Como constructos e instrumentos para la evaluación se consideraron los siguientes:

Calidad de vida relacionada con la salud (MOS-SF-35). Para su estimación se ha utilizado una adaptación de 35 ítems (Basabe et al., 1996) de los cuestionarios SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992), diseñado para su utilización en el estudio de resultados médicos (*Medical Outcomes Study*, MOS), y el SF-30 (Wu et al, 1991), que constituye una adaptación del anterior para poblaciones con VIH/SIDA; y cuya adecuación psicométrica ha sido analizada en un trabajo previo (Iraurgi, 1999). Este instrumento estima diez dimensiones de salud/calidad de vida: percepción general de la salud, dolor; incapacidad o limitaciones en actividades físicas, funcionamiento laboral, funcionamiento social, salud mental/afectividad negativa, fatiga/vitalidad, preocupación por la salud o distrés ocasionado por la enfermedad, funcionamiento cognitivo, y percepción de cambios en la salud y calidad de vida. En adición a estas 10 dimensiones, puede ser calculado un índice general sobre la base de la suma de los pesos de las diferentes subescalas. Altas puntuaciones, tanto en la escala general como en las específicas, indican un resultado negativo (peor calidad de vida, mayor dolor, mayor incapacidad, etc.).

Bienestar psicológico (GHQ). Este constructo, y las dimensiones concomitantes, han sido exploradas a través de tres de las subescalas



de la versión de 28 ítems del cuestionario de salud de Goldberg (Goldberg y Williams, 1988); en concreto, las subescalas de ansiedad, depresión y disfunción social. Además de estas tres dimensiones, se ha obtenido un índice genérico, a partir de los 21 ítems considerados, como expresión del bienestar/ malestar psicológico.

Estrés. Se ha utilizado una escala analógica visual de 10 centímetros de longitud; en el extremo izquierdo se indicaba el mínimo de estrés percibido durante las dos últimas semanas y en el extremo opuesto se indicaba el máximo posible. El sujeto debía cortar el rectángulo con una raya por el lugar que mejor reflejase el estrés vivenciado por él. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, y la puntuación obtenida por cada sujeto sería la distancia en milímetros desde el origen (mínimo estrés) hasta el lugar indicado por su marca.

Sintomatología (SCL). Se ha utilizado el listado de síntomas propuesto por Groër y colaboradores (Groër et al., 1993) que comprende 25 ítems que exploran sintomatología respiratoria, infecciones dermatológicas, infecciones genitourinarias, síntomas gastrointestinales y fiebre. Esta escala nos ofrece dos determinaciones: el número de síntomas padecidos y la intensidad sintomática percibida por el sujeto. Una mayor puntuación sería indicativo de un mayor número o intensidad de sintomatología.

Problemas relacionados con el hábito toxicológico. A partir de la literatura se han identificado cuatro áreas problemáticas entre los usuarios de drogas: relaciones interpersonales, conflictos familiares, laborales y

problemas con la justicia. Se han elaborado *ad hoc* cuatro ítems que tratan de recoger la presencia de problemas en cada una de estas áreas. A partir de ellos se han construido dos indicadores: el número de problemas presentes (entre 0 y 4 problemas), y la intensidad o frecuencia con que se han producido el conjunto de problemas.

Para una descripción más pormenorizada de las variables y de la fiabilidad alcanzada por los diferentes instrumentos nos remitimos a un trabajo anterior (Iraurgi, 1999).

Por otro lado, para una mejor descripción y análisis comparativo de los resultados alcanzados en los diferentes instrumentos de salud y calidad de vida, las puntuaciones fueron homogeneizadas en una misma escala de medida con valores entre 0 y 10, siendo el 0 indicativo de la mejor salud y/o calidad de vida posible, y el 10 el valor más desadaptativo posible (peor salud y/o calidad de vida). La transformación de las puntuaciones a esta escala lineal se realizó mediante la siguiente expresión aritmética: «puntuación alcanzada por el sujeto en la escala multiplicado por 10 dividido entre la puntuación máxima posible de la escala». Por ejemplo, las puntuaciones obtenidas por los sujetos A y B en el índice total de calidad de vida es de 21 y 139, respectivamente; la puntuación máxima posible en esta escala es de 141. De este modo, la transformación de las puntuaciones implica las siguientes operaciones:

Sujeto A: $21 \times (10/141) = 1,49$ (indicativo de buena calidad de vida).

Sujeto B: $139 \times (10/141) = 9,86$ (indicativo de una peor calidad de vida).

Análisis de datos. Para la descripción de las características de la muestra, así como para



la estimación de las puntuaciones alcanzadas en los instrumentos de evaluación (calidad de vida y variables psicosociales), se han realizado análisis de frecuencias y estimación de medidas de tendencia central (mediana, media, desviación estándar e intervalo de confianza de la media al 95%).

Para el contraste de hipótesis, se han dicotomizado las tres variables independientes implícitas en la hipótesis; dos de ellas en función de la mediana (los años de adicción a opiáceos y el número de síntomas que presenta el sujeto), y la otra en función de la positividad o no a la presencia de anticuerpos de VIH. Para la estimación de asociación se ha calculado el coeficiente de correlación (r) de Pearson, cuando las variables presentan forma continua (años de consumo y sintomatología), y el coeficiente R_o (r) de Spearman para el caso de la variable infección a VIH (dicotómica). Por otro lado, para el contraste de diferencias se ha realizado la prueba t de Student, tomando las variables independientes en su forma de agrupación dicotómica. Para interpretar los resultados se ha elegido un nivel de significación estadística de $p < 0,05$, para un intervalo de confianza del 95%; si bien, a nivel descriptivo, también se comentan las diferencias y/o relaciones con una probabilidad de $p < 0,10$. Todos los análisis se realizaron mediante el programa SPSS V.6.1 (Norusis, 1994).

3. RESULTADOS

3.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Los datos que caracterizan la muestra estudiada quedan recogidos en la tabla 1, pre-

sentándose en tres bloques diferenciados. Respecto a las variables de filiación, destacar que el 87,5% son hombres, prioritariamente solteros (67,5%), con bajo nivel de estudios (el 54,5% tiene estudios inferiores al grado escolar) y con baja actividad laboral (tan sólo el 35% tienen empleo). La edad media de los usuarios es de 31,5 años, si bien las edades de los mismos oscilan entre los 21 y 41 años.

Durante el año previo realizaron una media de 4,4 consultas médicas, no vinculadas con la especialidad de toxicomanías, llegando en algún caso a realizar hasta 20 consultas. Como media, la última visita a un servicio médico se realizó 4,5 meses atrás, si bien en el 50% de los casos (mediana) la visita se efectuó no hace más de dos meses. Los resultados serológicos a hepatitis B, C y VIH muestran positividad para un 67,5%, un 62,5% y un 55%, respectivamente. De los 22 casos con VIH+, ocho están recibiendo tratamiento por esa causa, mostrando una media de evolución de la infección de 8,1 años. Resultados positivos a tuberculosis (TB) han mostrado 8 de los sujetos (el 20% del total), de los cuales 5 han realizado el tratamiento con tuberculostáticos.

Respecto a la trayectoria de consumo de heroína entre los usuarios del PMM, se observa una media de 13,5 años de consumo; evidenciándose como mínimo un consumo de 6 años. Asimismo, el 50% de los sujetos hacían uso de dos sustancias además de la heroína (la media de policonsumo era de 2,2 sustancias). Presentan una media de 7,3 años en tratamiento, habiendo realizado múltiples intentos de abstinencia por iniciativa personal (media $M = 5,3$), por tratamientos am-



Tabla 1. Descripción de la muestra en función de las variables de afiliación, médicas y toxicológicas.

Variables		Frecuencia (%)		Rango	Mediana	Media	Desv. Estándar
FILIACIÓN							
Edad				21-41	31,5	31,5	4,9
Sexo	Hombre	35 (87,5)					
	Mujer	5 (12,5)					
Estado Civil	Solter@	27 (67,5)					
	Casad@/convive	6 (15,0)					
	Seperad@	4 (10,0)					
	Viud@	3 (7,5)					
Nivel Escolar	Primarios	17 (42,5)					
	EGB	5 (12,5)					
	BUP no concluido	11 (27,5)					
	BUP-COU	5 (12,5)					
	Est. Medios/Superiores	2 (5,0)					
Sit. Laboral	Activo	14 (35,0)					
	Paro	21 (52,5)					
	Incapacidad	2 (5,0)					
	Labores de casa	2 (5,0)					
	Otros	1 (2,5)					
VARIABLES MÉDICAS							
TB	Positivo	8 (20,0)	Años infección	1-21	1,5	4,25	7,1
	Negativo	12 (30,0)	En Tto: 5				
	No realizado	20 (50,0)					
VBH	Positivo	27 (67,5)	Años infección	1-19	9	8,85	5,2
	Negativo	9 (22,5)	En Tto: 3				
	No realizado	4 (10,0)					
VCH	Positivo	25 (62,5)	Años infección	1-14	6,5	6,9	4,4
	Negativo	8 (20,0)	En Tto: 1				
	No realizado	7 (17,5)					
VIH	Positivo	22 (55,0)	Años infección	1-14	8	8,1	3,3
	Negativo	16 (22,5)	En Tto: 8				
	No realizado	2 (5,0)					
Nº consultas médicas último año				0-20	3	4,4	4,4
Nº Meses desde última visita				1-12	2	4,5	5,9
VARIABLES TOXICOLÓGICAS							
Años de consumo				6-25	13,5	13,4	5,1
Años en tratamiento				1-15	7,5	7,3	3,9
Politoxicomanía				0-4	2	2,2	1,3
Nº Tto	Ambulatorios			1-14	2	3,4	3,2
	Hospitalarios			0-6	1	1,2	1,3
	Iniciativa Personal			0-15	2	5,3	4,3
Se inyecta alguna vez	Si	37 (92,5)					
	No	3 (7,5)					
Vía de consumo antes inicio PMM	Oral	10 (25,0)					
	Fumada	18 (45,0)					
	Esnifada	3 (7,5)					
	Inyectada	9 (22,5)					



bulatorios (M= 3,4) y/o hospitalarios (M= 1,2). Por otro lado, el 92,5% de los sujetos de la muestra refieren haberse inyectado heroína en alguna ocasión, si bien el uso de esta vía en el momento de iniciar el PMM era del 22,5%. Se observa que la vía más utilizada en ese momento era la fumada (45%).

3.2. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Las puntuaciones obtenidas por el conjunto de la muestra en las distintas dimensiones de calidad de vida y otros constructos afines

Tabla 2. Puntuaciones generales obtenidas en las áreas de calidad de vida (MOS-SF-35), variables psico-emocionales, sintomatología y problemas cotidianos.

Variables (rango de medida)	Mim-Max	Mediana	Media	Desviación Estandar	IC 95%
Percepción general de salud (0-10)	2,50-10,0	7,50	7,25	2,06	6,61 a 7,89
Dolor (0-10)	0,00-8,89	2,78	3,36	3,09	2,40 a 4,32
Incapacidad (0-10)	0,00-7,50	1,67	2,06	2,12	1,41 a 2,71
Funcionamiento de rol laboral (0-10)	0,00-10,0	0,00	2,62	4,08	1,37 a 3,87
Funcionamiento de rol social (0-10)	0,00-10,0	0,00	2,25	3,92	1,04 a 3,46
Salud Mental (0-10)	0,25-10,0	6,00	5,99	2,41	5,25 a 6,73
Fatiga/Energía (0-10)	0,50-10,0	5,25	4,84	2,49	4,08 a 5,60
Preocupación por la salud (0-10)	0,00-10,0	1,25	2,72	2,81	1,84 a 3,60
Funcionamiento cognitivo (0-10)	0,00-9,00	3,50	3,70	2,78	2,84 a 4,56
Percepción de cambio de salud (0-10)	1,30-10,0	5,00	5,44	2,30	4,77 a 6,11
MOS-SF-35 Total (0-10)	1,42-7,94	4,29	4,50	1,56	4,01 a 4,99
Binestar Psicológico (GHQ-tot) (0-10)	0,17-9,33	5,33	5,30	2,18	4,63 a 5,97
Ansiedad (0-10)	0,56-10,0	5,55	5,89	2,28	5,19 a 6,59
Depresión (0-10)	0,00-10,0	5,50	5,17	2,73	4,95 a 5,39
Disfunción Social (0-10)	0,00-8,75	5,31	5,15	2,24	4,46 a 5,84
Estrés (0-10)	0,05-10,0	6,90	6,64	2,48	5,88 a 7,40
Sintomatología, Intensidad (0-10)	0,00-3,80	2,00	2,05	1,10	1,72 a 2,38
Nº Síntomas (0-25)	0,00-15,0	7,00	7,30	3,77	6,14 a 8,46
Problemas, intensidad (0-10)	0,00-6,00	2,50	2,50	1,79	1,95 a 3,05
Nº problemas (0- 4)	0,00-3,00	1,00	1,42	0,93	0,84 a 2,35



quedan recogidas en la tabla 2. Salvo en el caso de las variables *número de síntomas* y *número de problemas*, el resto de áreas exploradas presentan el mismo criterio de medida (puntuaciones entre 0 y 10), lo cual nos permite una más fácil comparación entre las diferentes áreas evaluadas, así como fijar puntos de corte estándar que facilitan la comprensión de las mismas. Por ejemplo, la puntuación 5 sería el punto de inflexión entre las puntuaciones bajas y altas; entre el aprobado y el suspenso, en nuestro caso. Asimismo, si tomamos los terciles, podrían proponerse tres grupos: puntuaciones adecuadas, por debajo del valor 3,33; puntuaciones moderadas, entre los valores 3,34 y 6,66; y puntuaciones de gravedad, por encima de la puntuación 6,67.

Entre las dimensiones de la escala de calidad de vida que están por encima del valor 5, tanto en media como respecto a la mediana, y que por tanto indicarían un situación de precariedad, se hallarían la percepción de la salud, la salud mental (afecto negativo), la fatiga/vitalidad y la percepción del cambio de salud. Asimismo, el estrés, la ansiedad, la depresión, la disfunción social y de forma genérica el bienestar psicológico estarían por encima de dicho criterio.

Atendiendo al criterio formado a partir de los terciles, y considerando los intervalos de confianza de la media, encontramos que el 95% de los sujetos presentan una situación de gravedad respecto a su percepción de la salud y niveles de estrés. Por contra, las áreas de incapacidad, funcionamiento laboral y/o social, la preocupación por la salud y el funcionamiento cognitivo, así como la intensidad de sintomatología física y frecuencia de problemas cotidianos está dentro de los criterios de adecuación.

Tomando como criterio genérico la puntuación total del MOS-SF-35 (valoración conjunta de la escala de calidad de vida), observamos como el 50% de los sujetos tienen puntuaciones inferiores a 4,29; más en concreto, el 95% de éstos presenta puntuaciones entre 4,01 y 4,99. Es decir, tan sólo el 2,5% tiene puntuaciones por encima de 4,99.

Respecto a los problemas que han podido tener los usuarios (criterios duros), encontramos que 11 (27,5%) refieren haber tenido problemas interpersonales, un 67,5% con la familia, un 37,5% con la justicia y, entre los que realizan una actividad, un 21,4% han experimentado problemas laborales.

3.3. CONTRASTE DE LAS HIPÓTESIS

Para la estimación de las diferencias de medias en función de las hipótesis planteadas al inicio, y como ha sido comentado en el apartado de métodos, las variables *años de consumo* y *número de síntomas* han sido dicotomizadas a partir de su mediana (Md). Respecto a los años de adicción, la Md se halla en 13 años, de forma que las dos categorías contempladas son: a) los sujetos con menos de 13 años de consumo, y b) los que presentan una adicción de más de 14 años. Análogamente se ha procedido con la sintomatología, donde la Md se situaba en 7 síntomas. En el caso de seropositividad a VIH, los grupos ya estaban formados en función del resultado de la prueba: positivo versus negativo. La tabla 3 presenta para los diferentes grupos formados en función de las variables criterio consideradas, las medias, desviaciones estándar y significación de la prueba de contraste de sus diferencias.

Tabla 3. Medias, desviaciones estándar y significación de la prueba de contraste de las diferencias

Variables	Años de consumo			Seropositividad VIH		Nº Síntomas		
	< 13 años M (DE)	> 14 años M (DE)	p	Negativo (16) M (DE)	Positivo (22) M (DE)	< de 7 M (DE)	> de 8 M (DE)	p
Percepción general de salud	6,57 (2,3)	7,92 (1,5)	0,036	6,56 (2,0)	8,00 (1,8)	6,90 (2,2)	7,63 (1,9)	0,271
Dolor	3,16 (3,0)	3,55 (3,2)	0,697	3,47 (2,9)	3,18 (3,4)	2,91 (2,8)	3,86 (3,3)	0,339
Incapacidad	1,50 (1,9)	2,62 (2,2)	0,093	1,72 (1,7)	2,27 (2,3)	1,71 (2,2)	2,46 (2,0)	0,269
Funcionamiento de rol laboral	1,50 (3,3)	3,75 (4,3)	0,082	1,87 (3,6)	3,41 (4,5)	1,90 (4,0)	3,42 (4,1)	0,246
Funcionamiento de rol social	2,10 (3,6)	2,40 (4,3)	0,813	2,75 (4,3)	2,09 (3,8)	1,52 (3,3)	3,05 (4,4)	0,231
Salud Mental	3,41 (1,6)	4,15 (2,1)	0,217	3,39 (1,8)	4,12 (1,9)	3,26 (1,9)	4,36 (1,7)	0,064
Fatiga/Energía	4,85 (2,5)	4,82 (2,5)	0,975	5,28 (2,5)	4,41 (2,5)	4,33 (2,6)	5,40 (2,3)	0,181
Preocupación por la salud	1,97 (2,4)	3,47 (3,0)	0,093	1,50 (2,5)	3,84 (2,7)	2,19 (2,5)	3,32 (3,0)	0,212
Funcionamiento cognitivo	3,97 (2,8)	3,42 (2,8)	0,539	3,78 (3,1)	3,79 (2,7)	3,09 (2,7)	4,37 (2,8)	0,150
Percepción de cambio de salud	5,31 (2,1)	5,56 (2,2)	0,715	5,31 (2,1)	5,51 (2,3)	5,29 (1,9)	5,59 (2,4)	0,668
MOS-SF-35 Total	4,28 (1,5)	4,73 (1,6)	0,374	4,26 (1,6)	4,74 (1,6)	4,08 (1,6)	4,96 (1,4)	0,079
Bienestar Psicológico (total)	5,38 (2,1)	5,22 (2,3)	0,822	5,39 (2,4)	5,26 (2,1)	4,80 (2,3)	5,86 (2,0)	0,127
Ansiedad	5,67 (2,4)	6,11 (2,1)	0,545	5,78 (2,5)	6,01 (2,2)	5,16 (2,4)	6,69 (1,9)	0,032
Depresión	5,50 (2,7)	4,85 (2,8)	0,087	5,56 (3,0)	4,89 (2,7)	4,71 (2,8)	5,68 (2,6)	0,268
Distinción Social	5,50 (2,5)	4,81 (2,3)	0,339	5,23 (2,4)	5,17 (2,3)	4,85 (2,3)	5,49 (2,2)	0,372
Estrés	6,61 (2,4)	6,66 (2,6)	0,945	6,44 (1,8)	6,81 (2,8)	6,11 (2,8)	7,21 (2,0)	0,164
Nº problemas	1,70 (0,9)	1,15 (0,8)	0,061	1,31 (0,8)	1,45 (1,1)	1,33 (1,0)	1,57 (0,8)	0,520
Problemas, intensidad	3,12 (1,9)	1,87 (1,5)	0,025	2,11 (1,4)	2,61 (2,0)	2,44 (2,0)	2,57 (1,5)	0,828
Nº Síntomas	6,40 (3,2)	8,20 (4,1)	0,133	7,87 (2,9)	7,09 (4,4)	-----	-----	-----
Sintomatología, Intensidad	1,83 (1,0)	2,27 (1,1)	0,210	2,30 (0,9)	1,93 (1,2)	-----	-----	-----



Entre las áreas que exploran la calidad de vida (MOS-SF-35), se observa de forma significativa una peor percepción sobre su salud entre los sujetos con más de 14 años de adicción ($p < 0,05$) y entre los seropositivos a VIH ($p < 0,05$), presentando estos últimos también una mayor preocupación por su salud ($p < 0,01$) frente a los no infectados. De forma tendencial ($p < 0,10$), también se aprecia una pequeña mayor incapacidad, funcionamiento laboral y preocupación por la salud entre los sujetos con mayor número de años de consumo, así como una peor afectividad y calidad de vida, en general, entre los sujetos con más de ocho síntomas físicos. Por otra parte, estos sujetos con mayor sintomatología presentan una mayor ansiedad ($p < 0,05$) que los sujetos con menos de siete síntomas. Asimismo, se aprecia, de forma tendencial ($p < 0,10$), un mayor nivel de depresión entre los sujetos con menos de 13 años de consumo, al tiempo que un mayor número de problemas ($p < 0,10$) y una mayor intensidad o frecuencia de aparición ($p < 0,05$).

Estos resultados coinciden con las asociaciones detectadas a través de los análisis de correlación. En el caso de infección por VIH, ser seropositivo se asocia con una peor percepción de la salud ($r = 0,39$; $p < 0,05$) y con un mayor estrés y/o preocupación debido a la enfermedad ($r = 0,48$; $p < 0,01$). Asimismo, el número de años de consumo de heroína muestra una asociación positiva con una peor percepción de la salud ($r = 0,40$; $p < 0,01$), con mayores limitaciones o incapacidad de actividades físicas ($r = 0,36$; $p < 0,05$) y, tendencialmente, con un peor funcionamiento laboral ($r = 0,27$; $p < 0,10$).

Por otro lado, la sintomatología es la variable que presenta mayores asociaciones con

las variables de calidad de vida y constructos afines. Así, un mayor número de síntomas se asociaría a un mayor dolor ($r = 0,34$; $p < 0,05$), una mayor limitación de actividades físicas ($r = 0,32$; $p < 0,05$), un peor funcionamiento laboral ($r = 0,44$; $p < 0,01$) y social ($r = 0,36$; $p < 0,05$); una mayor afectividad negativa ($r = 0,46$; $p < 0,01$); una mayor fatiga ($r = 0,32$; $p < 0,05$) y nivel de preocupación ($r = 0,33$; $p < 0,05$); y una mayor ansiedad ($r = 0,54$; $p < 0,001$) y estrés ($r = 0,36$; $p < 0,05$). En definitiva, a mayor sintomatología se aprecia una peor calidad de vida total ($r = 0,45$; $p < 0,01$).

4. DISCUSIÓN

Para interpretar los resultados obtenidos hay que tener en cuenta que la muestra analizada proviene en su mayor parte (el 77,5%) de una situación previa de mantenimiento con metadona, por lo que los datos que se discutirán en este apartado, y sobre todo los referidos al estado de salud, no deben ser interpretados como los propios de aquellos sujetos que inician tratamiento, que, por hipótesis y sentido común, se les supone más deteriorados.

Lo que sí quisiéramos poner de manifiesto, y hacemos nuestra la reflexión de Roca y colaboradores (Roca et al., 1989), es que «la valoración de cualquier modalidad terapéutica pasa, necesariamente, por la observación de sus efectos bajo condiciones controladas, pero la validez real de los resultados solamente puede obtenerse en su uso cotidiano» (p.46). Desde esta perspectiva, consideramos que la evaluación de los resultados terapéuticos resulta siempre interesante y debiera formar parte integrante de cualquier



programa asistencial, dado que los resultados de la evaluación permitirían el reajuste de las líneas de actuación, facilitando así no sólo mejorar la eficacia del programa, sino adaptarse a las necesidades del proceso. Para este fin, por otra parte, la aplicación de un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud como instrumento de estimación del cambio, no sólo permite la comparación entre pacientes con una misma condición (evolución de pacientes en un PMM, por ejemplo), sino también entre distintas condiciones (por ejemplo, PMM *versus* Libre de Drogas *versus* Salud Mental, etc).

Comenzaremos la discusión con los datos referentes al perfil de usuario encontrado y su relación con los existentes en nuestro medio. Si bien los PMM han experimentado una amplia implantación en el territorio español (DGPNSD, 1996), son escasos los estudios que pongan a prueba sus características y resultados. Tanto es así, que tan sólo hemos encontrado tres estudios de referencia (Poo et al., 1996; Ruiz et al., 1994; Fernández-Miranda et al., 1994) con los que comparar nuestro perfil de usuario. Por lo que respecta al estudio de Poo y colaboradores (1996), los perfiles de ambos estudios coinciden prácticamente en todo, lo cual resulta comprensible si consideramos que la muestra analizada por nosotros pertenecía a la misma población observada por estos autores. Idéntica concordancia o similitud se ha encontrado con el perfil de los usuarios del PMM de Álava (Ruiz et al., 1994). De alguna manera, estos resultados coincidentes contribuirían a considerar su representatividad respecto a la población en tratamiento con metadona en el País Vasco. Respecto al perfil ofrecido por Fernández-Miranda y colabo-

radores (1994) sobre personas en PMM del área sanitaria III del Principado de Asturias, también hemos encontrado similitudes respecto a las características sociobiodemográficas y de consumo. No obstante, y como diferencias puntuales, hemos encontrado una mayor prevalencia de VIH en nuestra muestra (55%), así como en la de Álava (73,4%), si bien este dato es acorde con las tasas de casos incidentes de SIDA (por millón de habitantes) en usuarios de drogas inyectadas y por Comunidades Autónomas: 78 en Asturias *versus* 181 el País Vasco (Castilla et al. 1996).

En definitiva, y desde el punto de vista teórico-terapéutico (Rodríguez-Martos, 1994; Duro et al., 1995), el perfil encontrado en nuestra muestra es compatible con el que se propone como candidato a un PMM: casos con larga trayectoria de consumo (una media de 13,5 años), con tratamientos múltiples fallidos (una media de 4,6 tratamientos con independencia de la modalidad terapéutica), y con gran deterioro de su situación orgánica, psicológica y social (gran prevalencia de VIH, hepatitis B y C, y de antecedentes delictivos). Asimismo, responde al perfil característico del usuario de PMM (Ball y Ross, 1991; Poo et al., 1996; Ruiz et al., 1994; Fernández-Miranda et al., 1994): prioritariamente hombre, soltero, con edad próxima a los 30-35 años, con baja cualificación académica y escasa actividad laboral. Es una persona con larga trayectoria de consumo, durante la cual se ha visto inmerso en tratamientos múltiples, uso de la vía parenteral y utilización simultánea de variadas sustancias; y donde su situación orgánica y penal está seriamente comprometida.



De entre los datos referentes a este perfil, hacer destacar la alta proporción de casos que han utilizado la vía parenteral en alguna ocasión durante su vida, el 92,5%, si bien en el momento de la evaluación esta vía sólo era utilizada por un 22,5%. El diseño utilizado en este estudio no nos permite especificar a qué se debe esta drástica reducción en el uso de este modo de consumo, si bien nos permite aventurar distintas hipótesis. La primera, es que ese 92,5% puede estar haciendo referencia a usos puntuales de esta vía y no a un modo habitual de consumo, por lo que la diferencia percentual (de un 70%) no sería tan elevada. Una segunda hipótesis radicaría en el efecto de las políticas de reducción de riesgos, con independencia del modelo terapéutico donde se haya dispensado. Y, por último, la tercera hipótesis haría referencia al efecto del paso de gran parte de la muestra por el POI de Bizkaia. Por nuestra parte, nos inclinamos por las hipótesis dos o tres, dado que también se ha evidenciado un considerable uso de los servicios médicos, cuya indicación podría venir determinada desde los servicios de toxicomanías. En cualquier caso, estos son resultados esperanzadores y un logro en las políticas de prevención de infección por virus y reducción de daños.

Respecto al estado de salud, los usuarios del PMM del MAPS-Rekalde no presentan un elevado nivel de sintomatología (media de 7 síntomas sobre 25 posibles) y su intensidad es experimentada de forma leve (media de 2 sobre 10). Ello es congruente con los resultados obtenidos a través del MOS-SF-35, que indican niveles bajos de dolor e incapacidad, no hay limitaciones a nivel de desempeño de roles sociales o laborales ni tampoco un mal funcionamiento cognitivo. Sí se

observa una percepción de la salud como mala, si bien la preocupación por la misma es más bien baja. También se observan niveles medios de falta de vitalidad y malestar mental, dato este que se ve confirmado por puntuaciones, también moderadas, en las dimensiones del GHQ -tanto en depresión, ansiedad como disfunción social- y un considerable grado de estrés. Estos datos parecen apuntar que el estado somático, pese a la alta prevalencia de marcadores de infección por virus, es aceptable; en cambio, la estado emocional de los sujetos presenta una situación de moderada gravedad.

Como ya ha sido comentado antes, el hecho de que gran parte de la muestra estuviera previamente en tratamiento con metadona podría explicar el óptimo estado somático que en general presentan los sujetos, ya que este tipo de programas permiten una reequilibración biológica y psicosocial (Rodríguez-Martos, 1994).

La utilización de un instrumento de reciente adaptación implica que los resultados obtenidos son los primeros en aparecer en nuestro medio, por lo que no cabe la comparación con otras muestras de nuestro contexto. Un instrumento análogo, el SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992) ha sido adaptado al castellano por el equipo de Alonso, Prieto y Antó (1995), si bien por el momento no se han ofrecido datos normativos ni para poblaciones clínicas ni para población general. El SF-36 comparte 6 de las 10 dimensiones utilizadas por nosotros, y en el caso de personas en PMM ha sido utilizado en una muestra australiana (Ryan y White, 1996). Respecto a los resultados de este estudio, la muestra del MAPS-Rekalde presenta una peor percepción de la salud (medias de 7,50 versus 5,78), un



ligero peor estado de salud mental (6 versus 4,3) y una pequeña mayor puntuación en incapacidad (2,06 versus 1,84); en cambio, presentan un menor dolor (3,36 versus 4,62) un mejor funcionamiento de rol social (2,25 versus 5,59) y una menor fatiga (4,84 versus 6,22) -recordar que una mayor puntuación implica un peor estado de salud o calidad de vida-. Si bien estos datos nos permiten situar el estado de salud de nuestra muestra frente a la australiana, carecen de valor comparativo, dado que pertenecen a contextos socioculturales diferentes. Desde esta perspectiva, se hacen necesarios datos normativos sobre población general, los cuales servirían de báremo para la comparación con cualquier muestra clínica, ya que indicarían la medida en que la enfermedad provoca variaciones respecto al nivel de salud de la comunidad.

Por otra parte, las hipótesis inicialmente planteadas se han visto corroboradas en gran medida. Un mayor número de años consumiendo está asociado a una mayor prevalencia de infección por VIH, y ambas variables presentan una relación positiva con una peor percepción de la salud y una mayor incapacidad física. Asimismo, los sujetos portadores de VIH presentan una mayor preocupación por su salud, lo que no ocurre, por ejemplo, entre los que llevan pocos años de consumo. No obstante, ni los años de consumo ni la seropositividad a VIH están asociadas a estados emocionales. En cambio, la que sí muestra una significativa relación con la calidad de vida y el estado de salud es la sintomatología padecida por el sujeto, que implica mayores niveles de dolor, limitación de actividades físicas y del funcionamiento laboral y social, una mayor fatiga y preocupación por la salud, además de presentar un peor estado anímico

(mayor ansiedad, depresión, etc.). En definitiva, la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con el nivel de sintomatología que presente el sujeto, y en menor medida con la seropositividad a VIH o los años de consumo.

Con los datos propuestos en este trabajo no se ha pretendido la evaluación de un servicio, aunque éste sea uno de los objetivos del proyecto que se ha emprendido, sino conocer las características sociobiográficas y de consumo de los usuarios del PMM, así como el análisis de su estado de salud y calidad de vida. El establecimiento de esta línea base posibilitará realizar otros estudios de seguimiento de esta cohorte encaminados a la evaluación del tratamiento y de los beneficios adquiridos por estos sujetos.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J.; Prieto, L.; Antó, JM. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 104: 771-776.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Ball, JC.; Ross, A. (1991). *The effectiveness of the methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.

Basabe, N.; Iraurgi, I.; Páez, D; Insua, P. (1996). Psicoimmunología, factores psicosociales y respuesta inmunitaria. En: Basabe N., Páez D., Usieto R., Paicheler H., Deschamps J.C. (Eds). *El desafío social del SIDA*, 299-350. Madrid: Fundamentos.



- Bergner, M.; Bobbitt, R.A.; Carter, W.B.; Gilson, B.S. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19: 787-806.
- Bowling, A. (1995). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press.
- Castilla, J.; Sánchez, F.; Gutiérrez, A. (1996). Análisis geográfico del SIDA en España. Registro nacional de SIDA actualizado a 31 de diciembre de 1996. *Boletín Epidemiológico Semanal*, 4 (37):, 313-316.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (1991). *Infección por VIH en Usuarios de Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) (1996). *Plan Nacional sobre Drogas. Memoria año 1995*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Dole, V.P.; Nyswander, M.V. (1976). Methadone maintenance treatment: a ten years perspective. *Journal of American Medical Association*, 235: 2117-2119.
- Dole, V.P.; Nyswander, M.V.; Warner, A. (1978). Successful treatment of 750 criminal addicts. *Journal of American Medical Association*, 206: 2708-2711.
- Duro, P.; Colom, J.; Casas, M. (1995). Directrices actuales del tratamiento de mantenimiento con metadona. En: Casas M; Gutiérrez M. y San L. (Eds). *Avances en Drogodependencias*, 29-43. Barcelona, Citran-Ediciones en Neurociencias.
- Eklund, C.; Melin, L.; Hiltunen, A.; Borg, S. (1994). Detoxification from methadone maintenance treatment in Sweden Long-term outcome and effects on quality of life and life situation. *The International Journal of the Addictions*, 29 (5): 627-645.
- Fernández-Miranda, J.J.; Díaz-Suarez, J.; González-García, M.P.; Bobes, J. (1994). Perfil de la población drogodependiente en un programa de mantenimiento con metadona en Asturias. *Adicciones*, 6 (1): 61-72.
- Goldberg, D.; Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research-Nelson. Traducción al castellano (Cuestionario de salud general GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones) en Barcelona: Masson, 1996.
- Groër, M.; Carr, J.; Younger, M.S. (1993). Relationships between self-reported symptoms of infection, menstrual-cycle-related distress and cycle phase. *Behavioral Medicine*, 19: 13-19.
- Hunt, S.M.; McEwan, J.; McKenna, S.P. (1986). *Measuring Health Status*. London: Croom Helm.
- Iraurgi, I. (1999). Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: Estructura factorial, consistencia interna y validez. *Revista Española de Drogodependencias*, 24 (1) 31-45.
- Jaffe, J.H. (1990). Drug addiction and drug abuse. In AG Gilman, LS Goodman and F. Murad (Eds). *The pharmacological basis of therapeutics*, 8^o Ed. USA: McMillan.
- Norusis, M.J. (1994). *Statistical Package for the Social Sciences. Release 6.1*. Chicago: SPSS Inc.



Poo, M.; Márquez, I.; Etxegoien, R.; Aizpuru, A. (1996). Pacientes en tratamiento con metadona en Bizkaia. *Barneko (Revista de Atención Primaria de la Comarca Interior)*, 46: 13-17.

Renwick, R.; Brown, I.; Nagler, M. (1996). *Quality of life in health promotion and rehabilitation. Conceptual approaches, issues and applications*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Reno, RR.; Aiken, LS. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions*, 28 (3): 211-232.

Rodríguez-Martos, A. (1994). Reflexiones sobre los programas de mantenimiento con metadona. *Adicciones*, 6 (4): 353-372.

Roca, F.; Gómez-Beneyto, M.; Paños, M. (1989). Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia desde 1983 hasta 1987. *Comunidad y Drogas*, 13/14: 45-52.

Rounsaville, B.J.; Kleber, H.D. (1985). Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment?. *Archives of General Psychiatry*, 42: 1072-1077.

Ruiz de Apodaka, J.; Martínez, H.; Gutiérrez-Fraile, M.; Pérez de Arenaza, J.; Landabaso, M. (1994). *Estudio preliminar de la calidad de vida en adictos a la heroína en el programa de objetivos intermedios*. Bilbao: XXI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol, 19-27.

Ryan, C.F.; White, J.M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91 (1): 39-45.

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

Webster, I.M.; Waddy, N.; Jenkins, L.V.; Lai, L.Y.C. (1977). Health status of a group of narcotic addicts in a methadone treatment program. *The Medical Journal of Australia*, 2: 485-491.

Wu, A.W.; Rubin, H.R.; Mathews, W.C.; Ware, J.E.; Brysk, L.T.; Hardy, W.D. et al. (1991). A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Medical Care*, 29: 8, 786-789.