

Calidad de vida y psiquiatría

J. Bobes, M. P. González, M. Bousoño, P. A. Sáiz

Area Psiquiatría. Dpto. Medicina. Universidad de Oviedo

RESUMEN. En este artículo se realiza una revisión de la evolución y situación actual de las concepciones de calidad de vida en psiquiatría. En primer lugar se realiza un recorrido histórico a través del concepto de calidad de vida, así como su incorporación al mundo de la salud, de la medicina en general, y al de la psiquiatría en particular. Posteriormente se analizan las dificultades referentes a los aspectos de definición y evaluación en este área, con sus respectivos intentos de consenso realizados hasta el momento. Por otra parte, se revisa el estado actual en los trastornos psiquiátricos más frecuentemente estudiados (esquizofrenia y depresión), y en el campo de los ensayos clínicos y de la psicofarmacovigilancia. Finalmente, se subraya la necesidad inexcusable de evaluar calidad de vida en psiquiatría.

SUMMARY. This paper reviews the historic, conceptual and semantic aspects of quality of life, as well as, analyzes some difficulties concerning its definition and the assessment. Finally, underlines the need of the evaluation of quality of life in psychiatry.

(Rev Med Univ Navarra 1996; 40:44-49).

Palabras clave

Calidad de Vida. Psiquiatría.

Key words

Quality of Life. Psychiatry.

Introducción

El concepto de calidad de vida ha estado presente en la historia de la humanidad desde los primeros tiempos, aunque no haya alcanzado su mayor protagonismo hasta el final del siglo XX. Esa presencia permanente no ha conllevado inmovilismo conceptual sino todo lo contrario, ya que se trata de un concepto dinámico que ha ido evolucionando a lo largo de la historia en función de los distintos acontecimientos de cada época.

Razavi (1995) describe como en los primeros tiempos la calidad de vida se consideraba como un estado ligado a la ausencia de desgracias estando influenciada esta concepción por las guerras y los problemas sociales. En la Edad Media, bajo la influencia de las religiones monoteístas, pasa a considerarse como un estado ligado a la posibilidad de la felicidad futura. En el siglo XVIII, la Revolución Francesa y el desarrollo de la clase media hacen que se considere como un estado relacionado con los derechos de libertad, igualdad y fraternidad. El Liberalismo, la Democracia y los *mass media* influyen de nuevo sobre el concepto, de tal forma que en el siglo XX se considera como un estado ligado al desarrollo personal y a la posibilidad de consumo.

Esa concepción de desarrollo personal y posibilidad de consumo encontró terreno abonado en el campo de la medicina de la segunda mitad de siglo. En esta época, gracias al inicio de la era de los antibióticos [Fleming (penicilina, 1928) y Waksman (estreptomycin, 1944)], las enfermedades infecciosas se consideraron prácticamente vencidas y la mayor parte de los recursos y esfuerzos se dirigieron hacia las enfermedades crónicas y el impacto que éstas y su terapéutica producían sobre los pacientes. A medida que se alcanzaban tasas más elevadas de supervivencia o remisión aumentaba el reconocimiento de que la calidad de vida era un resultado por derecho propio (Bousoño, 1993).

En este clima, los objetivos de las intervenciones terapéuticas se reorientaron y se enfocaron hacia la prevención, la curación, el alivio de síntomas o dolor, la prevención de las complicaciones, proporcionar atención humana, prolongar la vida e intensificar la calidad de vida (Patrick y Erickson, 1988).

Política sanitaria y calidad de vida

La política sanitaria de la década de los 60 impulsó el interés por la calidad de vida, especialmente en psiquiatría. El 5 de Febrero de 1963, el Presidente JF. Kennedy llamaba la atención sobre el problema de la Enfermedad y el Retardo Mentales en un mensaje al Congreso de los EEUU (Kennedy, 1963), constituyen-

do este hecho una revolución en la psiquiatría americana, que daría lugar al desarrollo y expansión de la psiquiatría comunitaria en la década de los 70 (Seoane, 1994).

A mediados de los 70, el Programa de Soporte Comunitario creado por iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental estimulaba a los estados y ciudades americanas a desarrollar servicios comunitarios más comprensivos para los enfermos mentales crónicos. Su objetivo principal, como señalan Schulberg y Bromet (1981), consistía en mejorar la calidad de vida de los pacientes, y se entendía como *«las mejoras en el funcionamiento del sistema se traducen en condiciones de vida comunitaria humanas, dignas y satisfactorias para los enfermos discapacitados crónicos»* (Tessler y Goldman, 1982).

La desinstitucionalización de los pacientes mentales crónicos que estimuló la política comunitaria, supuso que un gran número de enfermos mentales crónicos fueran movilizados desde los hospitales psiquiátricos hacia una más o menos amplia variedad de alternativas residenciales en la comunidad. La integración en la comunidad despertó el interés de los investigadores por evaluar la calidad de vida de los pacientes en las nuevas estructuras terapéuticas (Lehman, 1982).

En esta época los trabajos, ya clásicos, de numerosos autores (Reich, 1973; Rog y Rausch, 1975; Cohen, 1978; Lamb, 1979; Van Putten y Spar, 1979) investigaban sobre si las nuevas estructuras comunitarias realmente ofrecían una alternativa deseable a los hospitales mentales, o si por el contrario exponían a los pacientes a unas condiciones de vida incluso peores que las de los hospitales. Los principales puntos de debate se centraban en la forma en que los pacientes utilizaban el tiempo libre, el grado de aislamiento que tenían dentro de la comunidad, su situación económica y su seguridad en la comunidad.

Este interés por la calidad de vida de los pacientes desinstitucionalizados fue respaldado por el Instituto Nacional de Salud Mental americano que propugnó la calidad de vida como uno de los indicadores críticos para la evaluación de los programas comunitarios dirigidos a los enfermos mentales crónicos. Estos programas como señalan Schulberg y Bromet (1981) habían de ser evaluados en función de su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, así como en función de sus efectos sobre el estado de salud general y mental de los pacientes, las familias, la comunidad y los costes. Progresivamente, la tendencia de evaluar la calidad de vida se extendió al resto de los pacientes (no sólo a los desinstitucionalizados), abarcando práctica-

mente a todos los trastornos mentales (trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicofisiológicos y trastornos mentales orgánicos).

El auge y entusiasmo por este nuevo aspecto encontró rápidamente escollos en el camino, algunos de los cuales no han sido del todo resueltos. Así, en el momento actual no existe una definición universal del concepto de Calidad de Vida en Medicina, aunque la Organización Mundial de la Salud ha realizado un intento de establecer un consenso y, por tanto, formulado una definición multidimensional, contextual y diacrónica (Bobes, 1995).

¿Qué se entiende por calidad de vida?

En 1994, la OMS definió la calidad de vida en términos de *«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.»* Se trata de un concepto subjetivo y extenso, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja, tales como salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad/religión/creencias personales.

Desde la perspectiva de salud mental, Bech (1992) define la calidad de vida como *«El bienestar subjetivo del paciente dentro del contexto de su enfermedad, accidente o tratamiento.»* Esencialmente es la valoración subjetiva global de su propio perfil de salud, lo cual es frecuentemente denominado como «bienestar subjetivo» (Bech, 1993).

Todos los autores enfatizan en el carácter subjetivo del concepto (Bobes, 1993), y si bien se reconoce que sentirse bien está estrechamente relacionado con la mejoría clínica, la calidad de vida contempla al paciente desde un punto de vista en el que la autovaloración es un aspecto fundamental. En 1990, Strain señalaba *«la percepción de los pacientes sobre cómo se sienten, su funcionamiento, su aspecto, etc. es más importante que la realidad concreta. De hecho, no se trata sólo de la incongruencia entre lo esperado frente a lo real, sino entre lo real frente a lo percibido.»*

La subjetividad inherente al concepto no debe llevarnos al error, sobre todo en el caso de los enfermos mentales, de asumir que la autoevaluación del paciente es suficiente sino que por el contrario, Bech (1995) recomienda su complementación con las evaluaciones del clínico.

Otro de los problemas al que se enfrenta la calidad de vida consiste en la evaluación. ¿Existe una escala

«de oro» que permita evaluar la calidad de vida?, ¿deben utilizarse escalas específicas para el trastorno que se va a evaluar, o por el contrario son preferibles escalas genéricas?, ¿debe utilizarse una única escala o es mejor un diseño modular?, ¿deben ser autoevaluadas o heteroevaluadas? son una muestra de la cuestiones que se plantean (González y cols, 1995). Por desgracia, todavía no existe una respuesta clara, unánimemente aceptada, y sin embargo, el arsenal de instrumentos de evaluación, ya sean genéricos o específicos, disponible aumenta día a día (González y cols., 1993) (Tablas 1, 2 y 3).

La OMS está en fase de validación de un instrumento de evaluación de calidad de vida: El World Health Organization Quality of Life Instrument [WHOQOL] (WHOQOL Group, 1993). Esta herramienta, que ha sido desarrollada y consensuada transculturalmente, es un instrumento autoaplicado que evalúa las 6 dimensiones que la OMS incluye en su concepto de calidad de vida. Existen dos versiones, una de 236 items y otra más reducida de 100 items para ser utilizada en un diseño modular como «cuerpo o core» al que pue-

den ir añadiéndose instrumentos específicos dependiendo de la patología.

Parece pues que el futuro de la evaluación de calidad de vida apunta hacia la utilización de diseños modulares de evaluación en los que el cuerpo sea un instrumento genérico al cual se le añadan distintos instrumentos auto y heteroevaluados específicos de cada trastorno.

Otro aspecto importante surgido en la última década en el terreno de la evaluación es la fascinación cada vez más presente por el desarrollo y utilización de instrumentos abreviados y sencillos, sin embargo, algunos autores (Bech, 1995; González y cols., 1995) sugieren que a la hora de evaluar la calidad de vida en salud mental no hay que dejarse llevar por la simplificación aunque estos procedimientos de evaluación resulten más cómodos y fáciles de aplicar.

Por último, a la hora de elegir un instrumento de evaluación de calidad de vida hay que tener en cuenta que éste sea practicable, esté estandarizado-validado, pero sobre todo que se hayan estudiado y publicado sus propiedades psicométricas.

Tabla I

Escalas genéricas de evaluación de calidad de vida		
INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO
General Well-Being Schedule -GWBS-*	Dupuy	1977
The Mental Health Inventory	Ware	1979
The Quality of Life Index	Spitzer	1980
Sickness Impact Profile -SIP-	Bergner	1981
Nottingham Health Profile -NHP-	Hunt	1981
Functional Status Questionnaire	Jette et al (Soûetre & Martin)	1986
Quality of Life Schedule	Junge & Siegrist	1987
Quality of Life Questionnaire	Evans & Cope	1987
EuroQoL	EuroQoL Group	1990
GHQ Subscales for Quality of Life -GHQ-Q/L-	Bech	1991
Cuestionario de Calidad de Vida	Ruiz & Baca	1991
SF-36 Health Status Assessment	Ware & Sherbourne	1991
Smithkline Beecham Quality of Life Scale	Dunbar et al	1992
Inventario de Calidad de Vida	G-Riaño & Ibáñez	1992
Index Qualitat Vida	Ruiz Ros	1992
Quality of Life in Depression Rating Scale	Tuynman et al	1992
Escala de Calidad de Vida	Batelle	1992
Quavisupt Rehab-Set	Corten & Mercier	1994
World Health Organization Quality of Life -WHOQOL- (236 items)	Orley (WHO)	1994
World Health Organization Quality of Life -WHOQOL- (100 items)	Orley (WHO)	1995
SF-12	Ware et al	1995

Modificada de: MP. González y cols. En: J. Bobes, MP. González, M. Bousoño (Eds.): Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: Prous Editores. 1995.

Tabla II

Escala específica de calidad de vida para esquizofrenia

INSTRUMENTO	AUTOR	AÑO
Community Adjustment Form -CAF-	Stein & Test	1980
Listado de CV -QOLC-	Malm, May & Dencker	1981
Escala de Satisfacción con la Vida -SLDS-	Baker & Intagliata	1982
Cuestionario de CV de Oregon -OQLQ-	Bigelow et al	1982
Escala de CV -QLS-	Heinrichs, Hanlon & Carpenter	1984
Autoevaluación de CV -QLS-100-	Skantze & Malm	1984
Perfil de Satisfacción con la Vida -SLDP-	Baker & Intagliata	1985
Client Quality of Life Interview -CQLI-	Mulkern et al	1986
Entrevista de CV -QOLI-	Lehman	1982/88
California Well Being Project Client Interview -CWBPCI-	Campbell et al	1989
Lancashire Quality of Life Profile -LQOLP-	Oliver	1991
Escala Sevilla de Calidad de Vida	Giner et al	1995

Modificada de: MP. González y cols. En: J. Bobes, MP. González, M. Bousoño (Eds.): *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous Editores. 1995.

Tabla III

Escala específica de calidad de vida para depresión

	SBQOL	DQOLB	QLDS
Validación	Stoker (1992)	Revicki (1992)	Hunt y McKenna (1992)
Nº Dominios	10	9	1
Dominios	Bienestar psíquico, somático, relaciones sociales, hobbies, humor, control, función sexual, trabajo, religión, economía	Percepción de salud, energía/vitalidad, función cognitiva, conducta laboral, tareas del hogar, conducta social, satisfacción vida, días de discapacidad	Calidad de vida
Nº Items	28	53	34
Administración	Autoaplicada	Autoaplicada	Autoaplicada

Tomada de: N. Ramírez, J. Plá, S. Cervera: *Rendimiento de las escalas genéricas de calidad de vida*. En: J. Bobes (Ed.) *Calidad de Vida y Depresión*. 1995.

Si bien en la actualidad la evaluación de calidad de vida alcanza a prácticamente la totalidad de los trastornos mentales, como anteriormente señalábamos, el grado de desarrollo de esta evaluación varía de unos síndromes (trastornos mentales) a otros.

Calidad de vida y alteraciones mentales

Los trastornos esquizofrénicos son los que, sin duda alguna, han sido objeto de mayor estudio. De hecho, estos pacientes han sido los que despertaron el

interés de los investigadores. Consideramos que no se puede hablar de calidad de vida en las esquizofrenias sin mencionar a Lehman. Este autor ha sido uno de los pioneros y uno de los que más atención ha dedicado a la calidad de vida de estos pacientes. Su trabajo ha abarcado diversos campos, desde un modelo de calidad de vida para las esquizofrenias (Lehman y cols., 1982), el desarrollo de un instrumento de evaluación ajustado a su modelo (Lehman, 1982, 1988, 1991, 1993), hasta un gran número de trabajos con es-

tos pacientes (Lehman y cols., 1982, 1983, 1986, 1988, 1991).

En España merecen destacarse los trabajos realizados en este campo por Cohi (1990), Jarné y cols. (1990), Barcia y cols. (1992), Borgoñós (1993), Barcia y cols. (1995) y González, Bobes y cols. (1995) (Tabla 4). Asimismo, resulta demostrativo del interés por este campo el hecho de la existencia de una mesa sobre «Calidad de Vida y Esquizofrenia» coordinada por el Prof. Cervera en el Congreso de Psiquiatría Sevilla'95.

Los trastornos del humor, especialmente los trastornos depresivos, han suscitado también atención entre los investigadores. En nuestro país existen en el momento actual varios grupos de investigación sobre calidad de vida en pacientes deprimidos, de los cuales nos gustaría destacar los trabajos del Comité Español de Calidad de Vida y Depresión constituido por: E. Alvarez, J.L. Ayuso-Gutiérrez, E. Baca, J. Bobes, S. Cervera, D. Crespo, T. Huete, R. Noguera, J. Massana, J. Sáiz y C. Udina (T. Huete, M. Hernán y Comité de Calidad de Vida, 1995), del grupo de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid dirigido por el Prof. E. Baca (MA. Ruiz, 1993), del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Navarra dirigido por el Prof. Cervera Enguix (N. Ramírez, J. Plá y S. Cervera, 1995), del grupo de Psiquiatría la Universidad de Oviedo dirigido por el Prof. Bobes García (J. Bobes, MP. González y M. Bousoño, 1995) y del grupo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza dirigido por el Prof. Seva Díaz (G. Fernández-Cantí, A. Seva, B. Quet-

glas, M. Sánchez, A. Ibáñez, 1995). Al igual que en el caso de las esquizofrenias, el Congreso Nacional de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica que se celebró en Sevilla contó con una mesa sobre «Calidad de Vida y Depresión» coordinada por el Prof. Bobes.

Desde un punto de vista de investigación psicofarmacológica también se han llevado y se están llevando a cabo esfuerzos notables en este terreno, dado que prácticamente todos los antidepresivos y neurolépticos (tanto en ensayos clínicos como en psicofarmacovigilancia) aparecidos en el mercado en los últimos 7 años han sido evaluados desde la perspectiva de calidad de vida.

En este sentido A. Fernández (1995) afirma que en un futuro próximo la calidad de vida se ha de convertir en un parámetro primario de eficacia en la evaluación de nuevos fármacos, y, por otra parte, resalta la importancia de evaluar calidad de vida como estándar capaz de mejorar la evaluación de los resultados de las intervenciones en el cuidado de la salud. De hecho, la calidad de vida y el tiempo, como afirma A. Fernández (1995), son los ingredientes del QALY (Quality of Life Adjusted Years), unidad basada en la utilidad que se utiliza en los análisis de coste-utilidad.

A la vista de lo anteriormente expuesto, podemos convenir que la calidad de vida en psiquiatría es prácticamente en este período finisecular una obligada evaluación que permite una valoración comprensiva del paciente, aportando datos para implementar las intervenciones clínicas, de investigación psicofarmacológica y de gestión de cuidados de salud necesarias. Así, la OMS en su concepción multiaxial de la salud-enfermedad sitúa la calidad de vida como medida que califica el eje III:

- Eje I..... Síndrome clínico
- Eje II..... Nivel de discapacidad
- Eje III..... Valoración de entorno (Calidad de vida....)

En síntesis, los especialistas en psiquiatría, dada la evolución de las concepciones de salud, los mínimos estándares asistenciales (coste-utilidad, coste-beneficio) y los parámetros imprescindibles de investigación psicofarmacológica (calidad de vida como análisis primario de los ensayos clínicos y de psicofarmacovigilancia), no podremos iniciar el siglo XXI sin conocer sistemáticamente el nivel de calidad de vida, así como el nivel de discapacidad de nuestros pacientes.

Tabla IV

Estudios nacionales de calidad de vida en esquizofrenia

AUTOR	ESCALA	CIUDAD	Nº PACIENTES
Cohi (1990)	QLS*	Barcelona	42
Jarné y cols. (1990)	QLS	Barcelona	30
Barcia y cols. (1992)	QLS	Murcia	75
Borgoñós (1993)	QLS	Murcia	100
Barcia y cols. (1995)	QLS	Murcia	100
Bobes y cols. (1995)	QOLI	Oviedo	60

* QLS: Escala de calidad de vida (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984)

** QOLI: Entrevista de calidad de vida (Lehman, 1993)

Tomada de: MP. González y cols. En: J. Bobes, MP. González, M. Bousoño (Eds.): *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous Editores. 1995.

BIBLIOGRAFIA

Barcia D., Ruiz ME., Borgoños E., Satorio P. y Morcillo L. Calidad de vida del paciente esquizofrénico. *Psicopatología* 1992; 12: 96-104.

Barcia D., Morcillo L. y Borgoños E. Esquizofrenia, calidad de vida y formas clínicas. *An Psiquiatría* 1995; II: 81-87.

Bech P. Quality of life measurement in the medical setting. *International J of Methods in Psychiatric Research* 1992; 2: 139-144.

Bech P. Quality of life measurements in chronic disorders. *Psychother Psychosom* 1993; 59: 1-10.

Bech P. Quality of life in anxiety and phobias. Ponencia presentada en el 4º Symposium Internacional de Moclobemida «Understanding Social Phobia». Oslo, 1995.

Bobes J, González MP, Bousoño M y Suárez E: Desarrollo Histórico del Concepto de Calidad de Vida. *Monografías de Psiquiatría*, Vol. V: 5-9. 1993.

Bobes J., Bousoño M., Iglesias C. y González MP. Calidad de vida: Concepto. En: J. Bobes, MP. González y M. Bousoño (Eds.). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. JR Prous, Barcelona, 1995.

Bobes J., González MP. y Bousoño M. Introducción al concepto y al estudio de calidad de vida. En: J. Bobes (Ed.). *Calidad de Vida y Depresión*. 1995.

Borgoños E. Estudio de calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 1993.

Bousoño M., González MP., Pedregal J. y Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Monografías de Psiquiatría* 1993; Año V, Nº 6: 12-17.

Cohen CL. y Sokolovsky J. Schizophrenia and social networks: Expatriates in the inner city. *Schizophrenia Bull* 1978; 4: 546-550.

Cohi A. Estudio comparativo de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos según la condición de tratamiento. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1990; 17: 201-218. 1990.

Fernández A.: Nuevos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia. En: D. Barcia (Ed.). *Esquizofrenia y calidad de vida*. 1995.

Fernández-Cantí G., Seva A., Quetglas

B., Sánchez M. e Ibáñez A. El empleo de diferentes escalas y cuestionarios de calidad de vida en una población de pacientes depresivos. En: J. Bobes (Ed.). *Calidad de Vida y Depresión*. 1995.

González MP, Bousoño M., González-Quirós M., Pérez de Albéniz C. y Bobes J. Evaluación de calidad de vida. *Monografías de Psiquiatría* 1993; Vol. V: 20-28.

González MP., Bousoño M., Sáiz PA., González-Quirós M., Herreros O., Vega A. y Bobes J.: Evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. En: J. Bobes, MP. González y M. Bousoño (Eds.). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. JR Prous, Barcelona, 1995.

González MP., Bascarán MT., G-Quirós M., Sáiz PA., Bousoño M. y Bobes J. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Congreso Nacional de Psiquiatría Sevilla'95. 1995.

Huete T., Hernán M. y Comité de Calidad de Vida. Determinantes del bienestar general en pacientes con depresión mayor. En: J. Bobes (Ed.). *Calidad de Vida y Depresión*. 1995.

Jarné A., Sanz A. y Gené R: Aspectos psicosociales del deterioro en la psicosis esquizofrénica. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1990; 17: 88-91.

Kennedy JF. «Message from the President of the United States relative to mental illness and mental retardation». 88º Congreso, 1ª Sesión, House of the Representatives, Documento nº 58. 5 Febrero 1963.

Lamb HR. The new asylums in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 129-134.

Lehman AF. Ward NC. y Linn IS. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271-1276.

Lehman AF. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 369-373.

Lehman AF, Possidente S. y Hawker F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry* 1986; 37: 901-907.

Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988; 11: 51-62.

Lehman AF., Slaughter JG. y Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly* 1991; 62: 35-49.

Organización Mundial de la Salud. Quality of life assessment. An annotated bibliography. WHO (MNH/PSF/94.1), Ginebra, 1994.

Patrick DL. y Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision making. En: SR. Walker y RM. Rosser (Eds.). *Quality of life: Assessment and application*. MTP Press, Lancaster, 1988.

Ramírez N., Plá J. y Cervera S. Rendimiento de escalas genéricas de calidad de vida versus escalas específicas [PGW-BI vs QLDS]. En: J. Bobes (Ed.). *Calidad de Vida y Depresión*. 1995.

Razavi D. Quality of life research and psychiatric research in cancer patients. Ponencia presentada en el 4th European «Meet the Professor». Bruselas, Septiembre 1995.

Reich R. y Siegel L. The chronically mentally ill shuffle to oblivion. *Psychiatric Annals* 1973; 3: 35-55.

Rog DJ. y Raush HL.: The psychiatric halfway house: How is it measuring up?. *Community Ment Health J* 1977; 11: 155-162.

Ruiz MA. Calidad de vida. [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Madrid, 1993.

Schulberg MC. y Bromet E. Strategies for evaluating the outcome of community services for the chronically mentally ill. *Am J Psychiatr* 1981; 138: 930-935.

Seoane J. La dimensión política de la intervención social. *Psicología Política* 1994; 8: 7-28.

Tessler RC. y Goldman HH. The chronically mentally ill: Assessing community support programs. *Bullinger Publishing Co, Cambridge, Mass*. 1982.

Van Putten T. y Spar JE.: The board-and-care home: Does it deserve a bad press?. *Hosp Community Psychiatry* 1979; 30: 461-464.

WHOQOL Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality Life Res* 1993; 2: 153-159.