Capítulo 49

Calidad de vida en psiquiatría

J. Bobes García, M. P. González García-Portilla, M. Bousoño García

INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRÍA

DESARROLLO HISTÓRICO

En los últimos 30 años se ha desarrollado un creciente interés en los aspectos de calidad de vida en el campo de la medicina en general y de la psiquiatría en particular, aunque en esta última parcela el interés ha sido algo más tardío. En la Tabla I se señalan cronológicamente los acontecimientos históricos que, a nuestro juicio (1), han desempeñado un papel importante en el desarrollo de la calidad de vida en psiquiatría.

El interés inicial por la calidad de vida en el contexto de la psiquiatría clínica surge como consecuencia del cambio que sufre la política de cuidados para los pacientes mentales severos, como resultado de la introducción y expansión de los fármacos antipsicóticos. Así, en EE.UU. el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) impulsó el desarrollo de programas de soporte comunitario con la función de promover la vida en la comunidad de los pacientes mentales crónicos, surgiendo por tanto la necesidad de conceptualizar nuevas medidas de resultados para la evaluación de dichos programas. En este sentido May (1979) (citado por Skantze et al.) (2) comentaba "es relativamente fácil sacar a los pacientes de los hospitales. El problema es mantenerlos fuera; prevenir las recaídas, aliviar el distrés y mejorar su calidad de vida es una tarea mucho más difícil".

En 1982, Baker e Intagliata (3) al evaluar el programa del estado de Nueva York daban cinco razones para considerar la calidad de vida como una medida de resultados apropiada para evaluar estos programas comunitarios: confort más que cura, programas complejos requieren medidas de resultados complejas, mantener feliz al paciente, reemergencia de la medicina holística y, finalmente, calidad de vida es una buena política. Simultáneamente, en Oregón, Bigelow et al. (4) desarrollaban y aplicaban un concepto y medida de calidad de vida como resultado de las intervenciones en salud mental. Desde entonces, se empezó a considerar la calidad de vida como un objetivo importante de los servicios de salud mental hasta el punto que el NIMH en su plan "Cuidados para las Personas con Enfermedades Mentales Severas" seleccionó calidad de vida como uno de las principales variables de resultados que debían ser evaluadas (5). Otro acontecimiento importante relacionado con el desarrollo e implementación de la calidad de vida fue la aprobación por el Congreso de los Estados Unidos en 1989 del Acta "*Patient Outcome Research*". Este Acta obliga a incluir en los ensayos clínicos la calidad de vida como una medida básica de resultados.

Tabla I

Hitos históricos en la implantación y desarrollo de la calidad de vida en Psiquiatría

CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRÍA: HITOS	
1970s.	Desinstitucionalización e inicio del desarrollo del Programa de Apoyo Comunitario (NMHI-EE.UU.)
1978.	PGWBIndex (Dupuy)
1980s.	Evaluaciones pioneras de los programas comunitarios en términos de calidad de vida (May, Lamb, Malm, Baker, Intagliata, Bigelow, Lehman…)
1984.	Quality of Life Scale (Heinrichs, Hanlon y Carpenter)
1985s.	Nuevos antidepresivos: ISRSs, IRNSs…
1988.	Quality of Life Interview (Lehman)
1988.	Disability Assessment Schedule (WHO)
1989.	Congreso EE.UU. aprueba el "Patient Outcome Research Act"
1990s.	Antipsicóticos atípicos
1992.	Quality of Life Depression Scale (Hunt y McKenna)
1992.	Short Form-36 (Ware y Sherbourne)
1993.	World Health Organization Quality of Life Instrument (WHO)
1994.	AEP, 7º congreso: "Quality of Life and Disabilities in Mental Disorders" (Viena)
1995.	Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (Giner, Baca, Bobes, Ibáñez, Leal, Cervera)

Por otra parte, la aparición de los nuevos psicofármacos con diferentes perfiles terapéuticos y de efectos adversos también contribuyó al creciente interés por la evaluación de calidad de vida en los pacientes psiquiátricos.

A partir de ese momento, diferentes autores comenzaron a desarrollar instrumentos para evaluar la calidad de vida de los pacientes mentales severos, y si bien en el momento actual disponemos de un arsenal de instrumentos de calidad de vida considerable, sólo unos pocos poseen un modelo conceptual, propiedades psicométricas publicadas, y disponen de adaptaciones lingüísticas y culturales.

Una expresión del creciente interés por la calidad de vida en Psiquiatría fue la demostrada por la Asociación Europea de Psiquiatría que en 1994 realizó un congreso dedicado exclusivamente a calidad de vida y discapacidad en los trastornos mentales. Un paso más lo demuestra el desarrollo en España (6) de un nuevo instrumento específico de calidad de vida para pacientes esquizofrénicos: el "Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida".

CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

El problema de la ausencia de una definición de calidad de vida universalmente aceptada aparece reflejado en la mayor parte de los artículos sobre calidad de vida de los últimos años de la década de los 80 y principios de la década de los 90. Así, por poner un ejemplo, Spitzer en 1987 (7), aceptaba que no existía una definición de calidad de vida y que, en efecto, el término era indefinible de forma operativa. Bobes (8) ha realizado una exhaustiva relación de los distintas definiciones halladas en la literatura, concluyendo que si bien formalmente resultaban diferentes, coincidían en lo esencial: *El carácter subjetivo del concepto y su fundamentación multidimensional* (9).

Ante la necesidad de unificar criterios y posiciones ha sido de nuevo la Organización Mundial de la Salud (10), por su carácter universal, quien, a través de su grupo de trabajo en calidad de vida, propuso la siguiente definición de consenso basada en estudios transculturales: *"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"*. La definición pone de manifiesto los aspectos cruciales del constructo calidad de vida: subjetividad, multidimensionalidad y carácter universal.

De esta definición se desprende que la calidad de vida es un *estado actual*, que implica la *valoración de un sujeto de su historia personal y de sus expectativas de vida*, tal como se esquematiza en la Figura 1 (modificado de Razavi) (11).

Además, la OMS señala que éste es un concepto extenso, que incorpora una serie de dimensiones relacionadas entre sí de forma compleja como son la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno, y las creencias religiosas.

El grupo de trabajo de la OMS ha identificado, a través de un estudio multicéntrico universal, los 10 factores que más influyen en el nivel global de calidad de vida de un individuo. Estos 10 factores resultaron ser: sentimientos positivos, actividades de la vida diaria, energía y fatiga, sentimientos negativos, capacidad de trabajo, autoestima, actividades de ocio, relaciones personales, dolor y disconfort, y sueño y descanso.

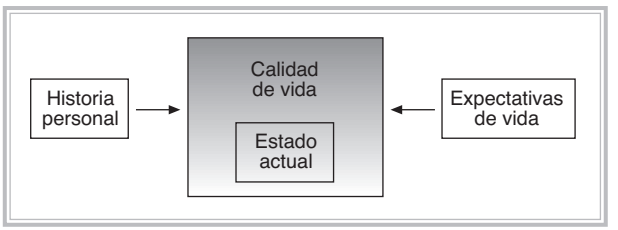


Figura 1

Concepto de calidad de vida.

Por otra parte, Tennant (12) señala que la calidad de vida como *percepción personal* de la situación en la vida, está mediatizada por una serie de factores como son: autoestima, locus de control, estilos de afrontamiento, y aspectos sociodemográficos como edad, sexo, raza, estado civil, etc.

Dentro del contexto clínico, la OMS en su versión multiaxial de la CIE-10 (13) propone incorporar la calidad de vida al eje II correspondiente a Discapacitación que actualmente se encuentra en revisión. Este eje II evalúa las consecuencias de la enfermedad sobre el individuo y su situación en la vida, lo cual parece estar en relación inversa con la calidad de vida (14). Es más, la calidad de vida de un sujeto se vería afectada hasta el punto en que la enfermedad y la discapacidad afectan a las expectativas y objetivos (15). La incorporación al eje II supone un enrequecimiento del proceso diagnóstico y terapéutico, ya que implicaría tener en cuenta el punto de vista del paciente en la toma de decisiones (16), y no se actuaría como hasta ahora en que la mayor parte de las intervenciones se ocupan del tratamiento y de la prevención, pero no de la calidad de vida: simplemente se asume que "curar mejora la vida" (15).

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PSIQUIATRÍA

¿SON CAPACES LOS ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS DE EVALUAR SU PROPIA CALIDAD DE VIDA?

Algunos autores están todavía preocupados con la cuestión de si los enfermos mentales crónicos, debido a la falta de conciencia de enfermedad y a las deficiencias cognitivas, son capaces de autoevaluar su calidad de vida. En este sentido, Lehman (17) aun habiendo demostrado validez convergente entre las percepciones de calidad de vida por parte del clínico y del paciente, recomiendan ser cautos y no despreocuparse del tema de la validez de las evaluaciones realizadas por los enfermos mentales severos.

Todavía más, algunos autores (18) comentan las sugerencias realizadas por distintos autores con respecto a la necesidad de realizar una evaluación clínica junto con la evaluación de calidad de vida que realiza el paciente, ya que estas autoevaluaciones podrían estar influidas por diversos factores del tipo de síntomas psicóticos persistentes, factores idiosincráticos, adaptación a las circunstancias adversas, etc. En sentido contrario, Skantze y colaboradores en 1990 (2) demostraron que los pacientes esquizofrénicos sienten y son capaces de comunicar sus déficits sociales, lo que avala la tesis de que la calidad de vida sólo puede ser evaluada de forma subjetiva (19).

Lehman (20) demostró que, desde un punto de vista metodológico, los pacientes esquizofrénicos pueden proporcionar datos sobre su calidad de vida estadísticamente fiables, concluyendo, por tanto, que en estos pacientes son posibles las evaluaciones subjetivas. Sin embargo, se pregunta si desde un punto de vista clínico los juicios realizados por estos pacientes pueden ser considerados realmente válidos, y en el caso de que fuesen válidos qué se debería hacer si existiesen discrepancias entre el clínico y el paciente, discrepancias que por otra parte han sido ampliamente reportadas (21).

A este respecto, la mayor parte de los autores, independientemente de la posición que sostengan en cuanto a la validez de las autoevaluaciones, subrayan la necesidad de una negociación de los objetivos y del tratamiento, entre los pacientes por una parte, y los clínicos y los gestores de salud por otra.

ASPECTOS RELEVANTES E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA

La respuesta a la pregunta sobre qué instrumentos debemos elegir, o cómo han de ser los instrumentos para evaluar la calidad de vida de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento es de gran importancia, ya que de los instrumentos que utilicemos depende la validez de los datos que obtengamos.

Un aspecto primordial y que frecuentemente se olvida es asegurarse de la bondad del instrumento elegido. Es cierto que, como corresponde al estadio inicial de cualquier área científica, en calidad de vida disponemos de un arsenal instrumental considerable entre el que elegir el instrumento que se adapte a los propósitos específicos planteados en un momento determinado. Sin embargo, buena parte de ese arsenal está constituido por instrumentos que, en el mejor de los casos, únicamente han sido utilizados por sus creadores, y de los cuales no existen en la literatura referencias sobre su modelo conceptual, sus propiedades psicométricas, adaptaciones idiomáticas, etc. Por ello, en la actualidad empieza a existir un cierto acuerdo sobre la necesidad de imponer cierto orden en la instrumentación.

Probablemente, el mayor esfuerzo realizado en obtener buen rigor metodológico provenga del Comité de Asesoramiento Científico del Medical Outcomes Trust, que recientemente ha publicado una serie de requisitos mínimos (Tabla II) que han de cumplir los instrumentos de evaluación de calidad de vida para que sean indexados en su fondo bibliográfico.

Además de la necesidad de asegurar la bondad del instrumento elegido, existen una serie de decisiones que tomar en el proceso de elección. Las cuestiones de mayor interés que se plantean se resumen en:

—¿Es preferible utilizar instrumentos genéricos –aplicables a cualquier condición sociodemográfica,

Tabla II

Requisitos exigidos a los instrumentos de evaluación de calidad de vida por el Medical Outcomes Trust

REQUISITOS MÍNIMOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
I. Modelo conceptual y de medida
II. Fiabilidad –interobservadores, test-retest y consistencia interna–
III. Validez –de contenido, de constructo y de criterio–
IV. Sensibilidad al cambio
V. Interpretabilidad
VI. Carga –para el entrevistado y el entrevistador–
VII. Formas alternativas
VIII. Adaptaciones culturales e idiomáticas

Medical Outcomes Trust, 1995.

clínica o terapéutica– o específicos –para la condición sociodemográfica, clínica o terapéutica que se pretende evaluar–?

—¿Son preferibles los instrumentos que se basan en la valoración del propio paciente –autoevaluados– o los que se basan en la valoración realizada por terceras personas (clínico, informantes claves, etc.) –heteroevaluados–? En la actualidad parece claro que, de ser posible, es preferible utilizar conjuntamente instrumentos génericos y específicos, procurando que la carga evaluativa no sea muy prolongada en el tiempo ya que por encima de los 15-20 minutos se ha observado disminución de la atención de los sujetos. Lo que no parece tan consensuado, especialmente en el campo de los trastornos mentales y del comportamiento, es que la evaluación haya de centrarse exclusivamente en la opinión del paciente, tal como sugieren el carácter eminentemente subjetivo del propio concepto de calidad de vida. En este terreno existen evidencias de valoraciones discrepantes entre los pacientes, los clínicos y otros informantes principales (*proxi-raters*). En definitiva en esta falta de acuerdo lo que se cuestiona es la fiabilidad de la información proporcionada por los pacientes con trastornos mentales, por lo que distintos autores aconsejan complementar las autoevaluaciones con la valoración paternalista del clínico (24) o con información objetiva (25).

Los factores que hacen dudar de la validez de la exploración exclusivamente subjetiva son entre otros, la posible ausencia de *insight* de estos pacientes, la adaptación a los procesos crónicos, su visión pesimista sin base real que les llevaría a realizar peores valoraciones, etc. Sin embargo, otros autores (26) señalan que ese mismo sesgo existe también en pacientes con enfermedades médicas graves, por lo que se necesitan realizar más estudios para determinar quién o mejor quiénes han de valorar la calidad de vida de los enfermos deprimidos.

A continuación se describen algunos de los instrumentos de calidad de vida más utilizados en los trastornos mentales. Entre los instrumentos genéricos se describe el WHOQOL ya que, aunque actualmente comienza a estar disponible, representa un gran esfuerzo de la OMS por desarrollar *el instrumento* genérico de evaluación de la calidad de vida.

Instrumentos genéricos de evaluación de Calidad de Vida

WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life)

El WHOQOL-100 (27) se encuentra en las últimas fases del proceso de desarrollo dentro del marco de un proyecto multicéntrico internacional, trabajando de forma simultánea en un amplio espectro de culturas, niveles de desarrollo, idiomas, etc., por lo que presenta la ventaja de que sus datos pueden ser comparados transculturalmente.

Teniendo en cuenta el modelo conceptual, el instrumento pretende ser una medida de la percepción de los individuos de su situación en la vida dentro del contexto cultural y del sistema de valores en que viven, y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses. Esta medida se realiza basándose en la percepción del sujeto y en su valoración sobre diversos aspectos de su vida.

Dado que la OMS conceptúa la calidad de vida como un constructo multidimensional, el WHOQOL está estructurado de forma jerárquica, contando con una evaluación global de la calidad de vida y evaluaciones en distintos dominios, los cuales a su vez están integrados por distintas facetas. En un primer momento contaba con 236 items, pero tras los primeros estudios piloto realizados se ha abreviado hasta los 100 items actuales. El WHOQOL-100 evalúa 6 dominios y 24 facetas que aparecen reflejados en la Tabla III.

Los items son valorados por el paciente según una escala Likert de 5 puntos, que en unas ocasiones hace referencia a intensidad, en otras a frecuencia, satisfacción o capacidad. Al final se obtiene un perfil del paciente con puntuaciones en las 24 facetas, en los 6 dominios y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general.

En el momento actual, la OMS está trabajando en una versión abreviada del WHOQOL-100, el WHOQOL-BREF que consta tan sólo de 26 items, 2 items generales y 1 ítem por cada una de las 24 facetas que evalúa.

Tabla III

Estructura del WHOQOL-100: dominios y facetas

Dominios	Facetas
Calidad de vida global y salud	
Físico	Dolor y disconfort Energía y fatiga Sueño y descanso
Psicológico	Sentimientos positivos Pensamiento/aprendizaje/memoria/concentración Autoestima Imagen corporal y apariencia Sentimientos negativos
Nivel de independencia	Movilidad Actividades cotidianas Dependencia de medicación o tratamiento Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales Soporte social Actividad sexual
Entorno	Seguridad física y protección Hogar Recursos económicos Cuidados de salud y sociales: disponibilidad/calidad Oportunidades para adquirir información/habilidades Participación y oportunidades para recreo/ocio Entorno físico Transporte
Espiritualidad/religión/creencias personales	

SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36)

El SF-36 (28) es un instrumento de autoevaluación, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud: física y mental, y métricamente en un modelo de tres niveles: items, escalas (suma de items) y medidas sumarias (suma de escalas).

Como su propio nombre indica, consta de 36 items los cuales se agrupan en 8 escalas, que a su vez dan lugar a 2 medidas sumarias: componente físico y componente mental. Cada ítem forma parte únicamente de una escala, aunque sin embargo, dos de las escalas (salud general y vitalidad) participan en ambas medidas sumarias, de tal modo que el componente físico está integrado por las escalas: funcionamiento físico, rol físico, dolor, y salud general y vitalidad, mientras que las escalas funcionamiento social, rol emocional, salud mental, vitalidad y salud general constituyen el componente mental.

Las puntuaciones directas de las escalas se transforman en centiles, representando el centil 100 el mejor nivel posible en ese área.

Existe una versión abreviada, el SF-12 que todavía no se encuentra disponible en castellano.

Instrumentos de evaluación de calidad de vida específicos para trastornos esquizofrénicos

Los trastornos esquizofrénicos no constituyen una excepción en cuanto a proliferación de instrumentos para evaluar su calidad de vida, a pesar de las dificultades y controversias que todavía existen en este campo. Al contrario, disponemos de un amplio arsenal a la hora de elegir un instrumento en concreto.

Este gran desarrollo de instrumentos, el mayor en el ámbito de la psiquiatría, quizás tenga su explicación en el hecho de que fueron precisamente los trastornos esquizofrénicos los que despertaron el interés por la calidad de vida y, por tanto, los que más años de evolución de estudio han tenido. Sin embargo, a pesar del extenso repertorio disponible, existen todavía dificultades a la hora de elegir uno, ya que como señala Saxena (25):

—Un buen número de ellos se encuentra todavía en fase de desarrollo.

—Sus propiedades psicométricas no están estudiadas exhaustivamente.

—Generalmente no existen datos normativos.

—No está demostrada la aplicabilidad transcultural.

A continuación realizamos una breve descripción de los instrumentos, a nuestro juicio, más idóneos para ser utilizados en estos pacientes, centrándonos fundamentalmente en los autores, objetivos de los instrumentos y su estructura.

QOLI (Quality of Life Interview) (29)

—Inicialmente desarrollada en 1982 por Lehman, Ward y Linn (30), fue posteriormente perfeccionada: "Core" versión y abreviada: "Short-form" versión.

—Objetivo: evaluación subjetiva y objetiva de la calidad de vida de los pacientes mentales crónicos en la comunidad.

—La versión abreviada explora, tanto de forma objetiva (qué hacen y experimentan los pacientes) como subjetiva (cuáles son sus sentimientos acerca de esas experiencias), las siguientes 8 áreas de la vida de los pacientes, así como el nivel de satisfacción global percibido por el paciente:

- Lugar de residencia.
- Relaciones familiares.
- Trabajo/estudio.

- Actividades cotidianas.
- Relaciones sociales.
- Legal/seguridad.
- Finanzas.
- Salud.

—Existen datos de satisfacción en población normativa.

—Existe versión en castellano de la versión abreviada traducida con autorización por Bobes, González y Wallace (31).

CSCV (Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida) (6)

—Desarrollada desde 1994 por 5 Universidades españolas: Sevilla, Madrid, Oviedo, Valencia y Navarra.

—Objetivo: evaluación subjetiva de las funciones alteradas, del impacto de la psicopatología y de los efectos secundarios del tratamiento.

—Estructura: consta de 2 escalas (favorable y desfavorable) que evalúan mediante 59 items las siguientes 12 áreas (3 favorables y 9 desfavorables):

- Falta de aprehensión cognitiva.
- Falta de control interno.
- Dificultades de expresión cognitiva.
- Miedo pérdida control.
- Automatismo.
- Hostilidad contenida.
- Falta de energía.
- Aagresividad.
- Extrañamiento.
- Autoestima.
- Satisfacción vital.
- Armonía.

Instrumentos de evaluación de calidad de vida específicos para depresión

QLDS (Quality of Life in Depression Scale)

La QLDS (32) surgió como respuesta a la necesidad de medir el impacto de los síntomas depresivos y de su tratamiento sobre la vida de los pacientes ante la inexistencia de instrumentos adecuados para ello. Conceptualmente se basa en el modelo de calidad de vida como satisfacción de determinadas necesidades, y por consiguiente evalúa el grado en que los pacientes depresivos son capaces de satisfacerlas.

Este nuevo instrumento autoaplicado, basado en el modelo de satisfacción de necesidades, está constituido por 34 items derivados de entrevistas con pacientes deprimidos, y seleccionados tras comprobar que informaban sobre el grado en que las necesidades de los pacientes habían sido cubiertas. Los items están redactados en forma de proposiciones, tanto en sentido positivo como negativo, con únicamente 2 respuestas alternativas sí/no o verdadero/falso. Además de corto, ha demostrado ser un instrumento fácil de contestar y de puntuar, y presenta la ventaja para nuestro país de que en estos momentos se encuentra en fase de adaptación y validación al castellano (N. Ramírez y S. Cervera, 1996).

SBQOL (SmithKline Beecham Quality of Life Scale; Dunbar, Stoker, Hodges, Beaumont, 1992)

La SBQOL es un instrumento de medida de la percepción de los pacientes deprimidos y ansiosos sobre su calidad de vida, que permite a los pacientes cuantificar sus sentimientos de bienestar actuales en comparación con sus expectativas y esperanzas de cómo se sentirían en un estado ideal.

Consta de 28 proposiciones, cada una representada por una escala analógica visual de 10 puntos desde los aspectos más negativos a los más positivos. La escala cubre 2 dominios principales: bienestar psíquico y físico, y 8 dominios menores función sexual, religión, humor, locus de control, relaciones sociales, trabajo/empleo, actividades e intereses y finanzas. Además, permite al paciente determinar qué dominios son los más importantes para su calidad de vida, lo que proporciona al clínico un conocimiento adicional sobre las prioridades e intereses de sus pacientes.

Se trata de un instrumento de tipo autoaplicado, de fácil administración, con la ventaja de que existe una versión computerizada, pero que presenta el inconveniente de que todavía no ha sido adaptada y validada para nuestro país.

Escalas específicas para fobia social

En la actualidad existe una relativa escasez de escalas de calidad de vida específicas para los trastornos de ansiedad en general, y para cada uno de los trastornos en particular, siendo evaluada la calidad de vida en estos trastornos mediante el uso de escalas genéricas.

En el caso concreto de la fobia social, existe una escala que para Bech y Angst (1996) puede ser considerada como una escala de calidad de vida específica para la fobia social. Esta escala es la "*Shyness and Sociability Scale*" de Cheek y Buss (1981).

CALIDAD DE VIDA EN LOS DISTINTOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

El incremento de estudios sobre calidad de vida acaecido en la última década en las distintas especia-

lidades médicas (38) se experimentó también en Psiquiatría, como era de esperar. Así, en una búsqueda realizada en el Comprehensive Medline desde enero de 1985 a septiembre de 1996, utilizando como palabras clave "*Schizophrenia*" y "*Quality of Life*" encontramos, la nada desdeñable cifra de, 85 artículos distribuidos en distintas subáreas tal como se indica en la Figura 2.

Cuando se revisan los estudios más representativos (reflejados en la Tabla IV) se evidencian considerables diferencias en la metodología empleada que dificultan la comparación de los resultados. Sin embargo, en general, de los resultados reportados se pueden concluir los siguientes extremos:

1. La calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos es peor que la de la población general y que la de los pacientes físicos. No obstante, en la Figura 3 pueden observarse nuestros resultados que demostraron que los pacientes esquizofrénicos comparados con pacientes menopáusicas evaluadas con el mismo instrumento presentan mejores niveles en todas las áreas excepto en la del rol emocional y de funcionamiento social. Si se les compara con pacientes en programas de hemodiálisis estos se encuentran mejor en el componente mental (salud mental, rol emocional y vitalidad), mientras que nuestros pacientes esquizofrénicos se encuentran mejor en el componente físico (funcionamiento físico, dolor y salud general).

2. Los pacientes jóvenes, las mujeres, los casados y aquellos con bajo nivel educacional refieren mejor calidad de vida.

3. A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, peor calidad de vida.

4. La psicopatología, especialmente el síndrome negativo, correlaciona inversamente con la calidad de vida.

5. Escasos efectos secundarios y la combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico mejoran la calidad de vida.

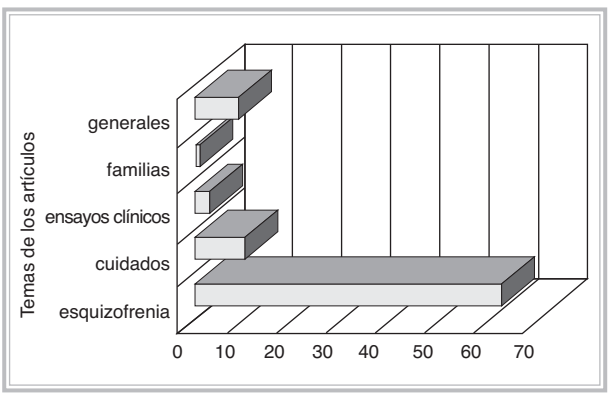


Figura 2

Artículos sobre calidad de vida y esquizofrenia indexados en el MEDLINE (enero 85-septiembre 96 "Quality of Life", "Schizophrenia").

6. Los pacientes integrados en programas comunitarios refieren mejor calidad de vida que los pacientes institucionalizados.

Por otra parte, cada vez son más numerosos los estudios de farmacovigilancia que incorporan la calidad de vida como un parámetro más de evaluación, junto con la mejoría clínica, los efectos secundarios, etc. De hecho, el Congreso de los EE.UU. aprobó en el año 1989 el "*Patient Outcome Research Act*" que obliga, desde entonces, a incluir la calidad de vida entre los parámetros necesarios para evaluar los resultados de las intervenciones terapéuticas. Los fármacos antipsicóticos no constituyen una excepción a esta norma, y no sólo en el extranjero, sino también en España, se están realizando o se realizaron diversos estudios de farmacovigilancia con fármacos antipsicóticos, en los que se ha incluido la calidad de vida como uno de los objetivos finales y parámetros de evaluación de los ensayos clínicos y de la farmacovigilancia.

Destacan entre estos, dos publicados muy recientemente: "Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos con risperidona" (56) y "Calidad de vida y discapacidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en tratamiento con risperidona y previamente tratados con neurolépticos depot" (57).

CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Del mismo modo que en los trastornos esquizofrénicos, el interés por la evaluación de calidad de vida en los trastornos depresivos va en aumento. En este caso la búsqueda en el Medline para el período desde enero 1985 hasta septiembre 1996, al introducir como palabras clave "Depression" and "Quality of Life", arrojó un total de 157 artículos. Sin embargo, cuando analizamos en profundidad los artículos seleccionados por el programa (Figura 4) vimos que tan sólo 19 de ellos eran específicos de depresión y calidad de vida. En el resto de los artículos, el tema central era la calidad de vida en otras patologías o intervenciones en las que, además, podía o no aparecer depresión como un síntoma o entidad nosológica comórbida. Así, 17 artículos se ocupaban de trasplantes, 27 de distintos tipos de cáncer, 5 de SIDA, 18 de problemas cardiovasculares y 71 más o menos generales (artritis, ancianos, población general, familias, cuidadores, ética, etc.).

La relativa escasez de estudios a medio y largo plazo sobre calidad de vida en el campo de los trastornos del humor (58) es de especial trascendencia puesto que, como señala Beaumont (59) existen numerosos estudios que revelan la depresión como un trastorno frecuente en la comunidad. El estudio ECA arroja unas tasas de prevalencia-vida de 6% para la depresión mayor y de 3% para la distimia, y de prevalencia puntual de 2,2 y 1,6% respectivamente. Es-

Tabla IV

Estudios de calidad de vida en pacientes con trastornos esquizofrénicos

Autores, año	País	n	Instrumento
Baker and Intagliata, 1982	EE.UU.	118	SLDS
Bigelow et al., 1982, 90, 91	EE.UU.	2.642	OQOL
Lehman et al., 1982, 86, 91, 93, Lehman, 83, 88	EE.UU.	469	QOLI
Lauer and Stegmuller, 1989	Alemania	30	QOLI
Simpson et al., 1989	RU	34	QOLI
Mercier et al., 1990, Mercier and	Canadá	244	SLDS
King, 94			
Skantze et al., 1990, 92, Skantze and	Suecia	61	QLS- 100
Malm, 94			
Sullivan et al., 1991, 92	EE.UU.	101	QOLI
Shtasel et al., 1992	EE.UU.	107	QLS
Barcia et al., Morcillo et al., 1995	España	100	QLS
Kemmler et al., 1995	Austria	48	LQOL
Bobes et al., 1996	España	78	QOLI, SF-36, WHOQOL
Sainfort et al., 1996	EE.UU.	40	WQOL
Shepherd et al., 1996	RU	—	LQOL

tas tasas de prevalencia adquieren máxima importancia cuando se tiene en cuenta el amplio efecto que la depresión, por sí misma y por su tratamiento, tiene sobre la calidad de vida de los pacientes, tal como se ha venido demostrando.

Wells y cols., dentro del marco del Medical Outcomes Study, realizaron diversos estudios sobre el impacto de los síntomas depresivos y de la depresión sobre el funcionamiento diario y el bienestar de los pacientes (60), sobre el valor pronóstico de este impacto (61), y sobre la persistencia temporal del mismo (26). Estos autores demostraron que la mera presencia de síntomas depresivos produce un cambio en el funcionamiento diario y en el bienestar similar al que sufren los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo llegando a concluir que el funcionamiento de los "pacientes deprimidos" (tanto con diagnóstico de depresión como con síntomas depresivos) es comparable a, o peor que, el de los pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y artritis, y que la única condición crónica asociada con un funcionamiento comparable al de la presencia de síntomas depresivos era la presencia de problemas cardiacos actuales.

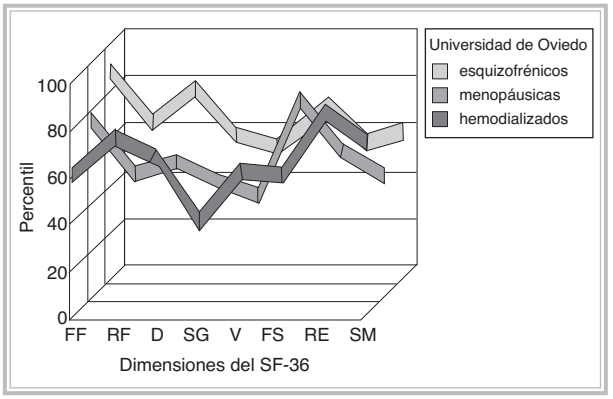


Figura 3

Nivel de calidad de vida (SF-36) en distintas poblaciones de pacientes: esquizofrénicos, menopáusicas y pacientes en hemodiálisis.

El funcionamiento de los pacientes "deprimidos" tan sólo es comparable al de los pacientes con problemas cardiacos actuales.

Asimismo, pusieron de manifiesto que el conjunto del estatus funcional y del bienestar tenía valor pronóstico, y que estas dos medidas junto con la severidad de los síntomas depresivos eran las variables más importantes de cara al pronóstico de la enfermedad, lo cual tiene gran importancia para la atención primaria.

Por otra parte, observaron también que, aunque varias de las medidas de resultados (*outcomes*) estudiadas mejoraban con el tiempo en los pacientes depresivos, el grado de persistencia a los 2 años de las

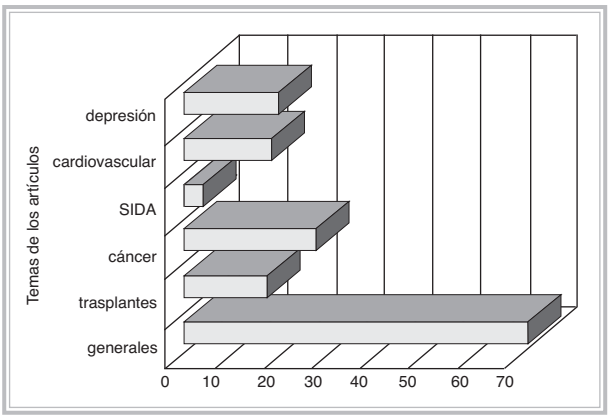


Figura 4

Artículos de calidad de vida y depresión indexados en el MEDLINE (enero 85-septiembre 96 "Quality of Life", "Depresion").

limitaciones funcionales era mayor de lo que cabría esperar para un episodio depresivo. En este sentido, los pacientes deprimidos procedentes de los servicios de salud mental tendían a mejorar más en funcionamiento y bienestar con el tiempo que los procedentes de otras especialidades médicas, si bien estos últimos estaban menos afectados en la línea de base. Ambos grupos de pacientes, a pesar de la mejoría, a los 2 años de la evaluación basal estaban peor que los pacientes con enfermedad médica crónica.

En nuestro medio Fernández Cantí y cols. (62) realizaron un estudio sobre la calidad de vida de un grupo de 57 pacientes diagnosticados de episodio depresivo o de distimia y sobre un grupo de 30 familiares o acompañantes que acudían con el paciente a la consulta y que no tenían historia de psicopatología. El grupo de pacientes fue subdividido en función de la severidad de la depresión en 2 grupos según la puntuación en el Hamilton (pto. de corte 28).

Mediante el Cuestionario de Calidad de Vida (QLS-100) (63) encontraron que los pacientes deprimidos más graves presentaban significativamente mayores niveles de insatisfacción con respecto a los leves y al grupo control en las áreas de: vivienda, familia, educación, contactos, experiencias internas y salud mental. Por el contrario, los deprimidos leves presentaban significativamente mayores niveles de insatisfacción en el área de salud física con respecto al grupo control y a los deprimidos severos. El número total de insatisfacciones reportado por el grupo control fue de 6,03 frente a una media de 10,6 en el grupo deprimido leve y de 20,9 en el deprimido severo, demostrando así que el número de insatisfacciones aumentaba progresivamente con la severidad del cuadro.

Por su parte, Ramírez y cols. (33) estudian un grupo de 75 pacientes hospitalarios y ambulatorios utilizando para ello la *Quality of Life in Depression Scale* (QLDS) (32) y el *General Well-Being Index* (GWBI) (63). Al igual que Fernández Cantí (62) encontraron buenos niveles de correlación entre las 2 escalas de calidad de vida y la severidad de la depresión evaluada tanto a través de la Escala Hamilton de Depresión como mediante la Impresión Clínica Global. Por otra parte, los pacientes distímicos mostraron una peor calidad de vida a través del GWBI que los pacientes con trastorno depresivo recurrente. Además los pacientes que estaban ingresados y los pacientes que estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico en el momento del estudio referían una calidad de vida significativamente peor que los otros grupos. Sin embargo, a este respecto los autores señalan que no hay que olvidar que estas 2 variables son función de la severidad del cuadro.

CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

En el ámbito de los trastornos de ansiedad el número de estudios indexados en el Medline sobre calidad de vida es menor que en el caso de los trastornos depresivos y esquizofrénicos. Así, en la búsqueda realizada desde enero de 1985 a septiembre de 1996, utilizando como palabras clave "*Anxiety disorders*" y "*Quality of Life*" encontramos un total de 33 artículos. De los 33, sólo 5 eran específicos de calidad de vida en trastornos de ansiedad. El trastorno más evaluado desde la perspectiva de calidad de vida resultó ser el trastorno de pánico, no hallando ningún artículo sobre fobias. Por otras fuentes, encontramos 1 artículo sobre trastorno obsesivo-compulsivo, 2 sobre fobia social, 1 sobre estrés postraumático y 1 artículo de pánico.

Los estudios transversales sobre calidad de vida en el trastorno por angustia o trastorno de pánico (64-66) coinciden en señalar que la calidad de vida de estos pacientes es igual o peor que la de los pacientes con depresión mayor. Según estos autores, los pacientes con trastorno de pánico presentan sentimientos subjetivos de mala salud física y emocional, abuso de alcohol y drogas, mayor probabilidad de intentos de suicidio, deterioro en el funcionamiento familiar y social, dependencia económica, y mayor uso de medicamentos psicoactivos, servicios de salud y sevicios de urgencias. Sherbourne y cols. (67) encuentran que en el SF-36 los pacientes con trastorno de pánico presentan un perfil caracterizado por elevado distrés psicológico y limitaciones en el rol funcional por problemas emocionales, mientras que el funcionamiento físico y la percepción de la salud están más conservadas. Este patrón es claramente diferente del de los pacientes depresivos que, como hemos referido anteriormente, presentan limitaciones importantes en todas las áreas.

Estos resultados transversales no pudieron ser replicados en el estudio de seguimiento de Katschnig y

cols. (68). Se trata de un seguimiento durante cuatro años de una cohorte de 423 pacientes diagnosticados de trastorno de pánico (criterios DSM-III-R), no encontraron el impacto negativo sobre la calidad de vida anteriormente descrito. Por el contrario, hallaron que si bien 3 de cada 5 pacientes sufrían todavía ataques de pánico ocasionales al cabo de 4 años y 2 de cada 5 referían evitación fóbica moderada, la mayoría de los pacientes presentaban un buen funcionamiento laboral, familiar y social, habiendo experimentado una mejoría considerable con respecto a la línea de base. Sin embargo, aproximadamente un 20% de pacientes evolucionaban mal en términos de calidad de vida. Esta evolución desfavorable se relacionaba únicamente con el nivel de discapacidad en cada área en la línea base (no con la frecuencia de ataques de pánico en la línea de base).

Del mismo modo, los resultados del estudio sobre el impacto de los traumas en la calidad de vida (69) de los pacientes con o sin estrés post-traumático apuntan hacia efectos severos en casi todas las áreas de la vida, lo que, según los autores, induce a considerar la duración a largo plazo de los efectos del trauma.

En el trastorno obsesivo-compulsivo, Koran y cols. (70) encuentran deterioro importante de la calidad de vida, evaluada con el SF-36, con respecto a la población general americana y a los pacientes con dibetes tipo II. Esta peor calidad de vida de los pacientes obsesivo-compulsivos se centraba sobre todo en las áreas del componente mental, siendo las más deterioradas el rol emocional (limitaciones en el desempeño de los roles por problemas emocionales) y el funcionamiento social. El deterioro en esta última área replicaba los resultados encontrados por la Organización Gallup en 1990 sobre una muestra de 535 pacientes obsesivos, y además era la única área que mostraba cierta asociación con la severidad del trastorno. Otra área que se encontraba también alterada era la de salud mental, pero en este caso existía una fuerte asociación con la coexistencia de síntomas depresivos.

Por otra parte, Angst (71) en una ponencia sobre calidad de vida en los trastornos de ansiedad, presentada en el 8th Congreso de la Asociación de Psiquiatras Europeos, refiere como, comparados con sujetos control, todos los trastornos, excepto la fobia simple, presentan peor calidad de vida en las nueve áreas exploradas: trabajo, finanzas, familia de origen, amigos, pareja, familia propia, bienestar físico, bienestar psicológico e infancia (retrospectivamente). Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo eran los que peor calidad de vida referían, seguidos de los pacientes con trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social. Las áreas más afectadas eran el bienestar físico y emocional, siendo el trabajo y las finanzas las menos afectadas. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia y fobia social presentaban también afectación importante en las relaciones con la pareja.

En cuanto a la calidad de vida de los pacientes con fobia social Wittchen y Beloch (72) realizaron un estudio sobre 65 pacientes con fobia social pura (sin ninguna comorbilidad psiquiátrica pasada ni presente) y 65 controles (pacientes con herpes) apareados en función de la edad y el sexo. Utilizando como instrumento de evaluación de calidad de vida el SF-36 encontraron que los pacientes con fobia social pura puntuaban significativamente más bajo en la mayoría de las escalas (excepto en la de funcionamiento físico) comparados con los pacientes con herpes. Resultaba especialmente llamativa la peor calidad de vida de los pacientes fóbicos en las escalas de rol emocional, funcionamiento social, salud mental y vitalidad. La severidad del deterioro de calidad de vida estaba asociada con el número de situaciones sociales fóbicas (a mayor número, mayor severidad del deterioro de calidad de vida), pero no con la duración de la enfermedad, edad de inicio ni el número de síntomas depresivos identificados a través del CIDI.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD MENTAL

¿POR QUÉ ES NECESARIO EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO?

La calidad de vida es un resultado final de salud que se centra en la persona, no en la enfermedad, y en cómo se encuentra el paciente independientemente de lo que indiquen los resultados de las pruebas clínicas. Por ello, la introducción del concepto de calidad de vida implica verdaderamente una ampliación de las medidas de resultados de las intervenciones terapéuticas, tanto en los trastornos mentales y del comportamiento como en cualquier otro trastorno. La evaluación del impacto de los trastornos mentales y del comportamiento y de su tratamiento sobre la calidad de vida de los pacientes es de gran importancia, ya que:

I. Las escalas clínicas disponibles en la actualidad no evalúan comprensivamente la situación de los pacientes. Varios estudios han demostrado de forma unánime una escasa correlación entre psicopatología y calidad de vida, hecho que confirma la teoría de que la evaluación de calidad de vida recoge algo claramente distinto de la evaluación psicopatológica.

II. Existe un *feed-back* positivo entre calidad de vida y resultados terapéuticos, de tal modo que, en general, buenos resultados determinan una mejor calidad de vida, y viceversa.

III. Tanto los pacientes como sus familiares exigen, cada vez con mayor frecuencia, que la calidad

de vida sea un aspecto esencial del manejo y de la planificación terapéutica.

IV. Forma parte del "Audit médico". En la actualidad datos sobre calidad de vida son exigidos por distintas organizaciones entre las que se encuentran la *Food and Drug Administration*, las compañías aseguradoras, los gestores de salud, los clínicos y los pacientes, e incluso la propia población general. De hecho no se trata de saber qué se ha hecho por el paciente (en términos de resultados) sino qué se ha hecho al paciente (en términos de proceso de cuidados).

Por ello, se prevee que esta nueva medida de evaluación se incorporará progresivamente a la práctica clínica diaria, no sólo a nivel del médico especialista sino también a nivel del médico generalista y personal responsable de los cuidados del paciente-familia.

¿PARA QUÉ SIRVEN LOS DATOS SOBRE CALIDAD DE VIDA?

Una vez obtenidos los resultados de la evaluación, ¿cuál es el valor de esa información? Como respuesta a esta pregunta se pueden subrayar las siguientes aplicaciones:

—Para monitorizar a la población general: se necesitan datos normativos sobre la salud y la calidad de vida y sus cambios en función del tiempo para poder establecer comparaciones.

—Para evaluar la política sanitaria: porque se sabe que la reducción de los costes directos conduce a un incremento de los costes indirectos en términos de absentismo laboral, sufrimiento, etc.

—Para mejorar los cuidados de la salud.

—Para los ensayos clínicos: como un intento de determinar el concepto de "significación clínica" desde el punto de vista del paciente.

—Como ayuda en la práctica médica diaria: tanto desde el punto de vista relacional como de monitorización de la respuesta del paciente al tratamiento y de evaluación de la calidad de los cuidados.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA CALIDAD DE VIDA: LOGROS Y RETOS

El estado actual de la calidad de vida es el resultado de un vertiginoso proceso evolutivo que todavía no ha finalizado. Si bien es cierto que se ha avanzado mucho en la última década, no es menos cierto el amplio camino que queda por realizar. Así, Sartorius (73) enumera los logros y retos de este área. Entre los retos a los que todavía se enfrenta la calidad de vida, Sartorius enumera:

1. Políticos, en cuanto a aceptación de la importancia de la calidad de vida, es decir: introducción de la calidad de vida en la Legislación; aceptación de la calidad de vida como un criterio para cualquier nuevo tratamiento para cualquier enfermedad –proceso que, si bien se ha iniciado, va demasiado lento– y para las auditorías –ya que debe formar parte de la auditoría médica–; y obtención de recursos económicos para la investigación en este área.

2. Metodológicos, tanto en los aspectos de contenido, es decir, las diferencias transculturales en cuanto a los límites del "Yo" (sano y/o enfermo), la definición de los "otros", la lógica prevaleciente, y los sistemas de valores; como en los aspectos formales, esto es, el desarrollo de instrumentos "tiempo-eficaces" que se puedan repetir, que tengan propiedades psicométricas conocidas, con versiones idiomáticas equivalentes, y actualizadas.

3. Educacionales: qué material educativo es el más apropiado, qué estilo educativo, cuándo es más apropiado educar en calidad de vida (en la escuela, en la universidad...), qué figura es la más idónea para educar, quién debe ser educado primero, qué cambios habría que introducir en los curricula, son algunos de los problemas educacionales que se plantean en calidad de vida en la actualidad.

4. Sustanciales, referidos a los grupos que han de ser objeto de mayor atención en calidad de vida. Estos grupos son: los proveedores de cuidados de la salud, los que sufren enfermedades nuevas, los niños, los deteriorados cognitivamente, los pacientes apáticos y la población de los países en vías de desarrollo. Este reto es, sin duda, el más importante de los señalados.

Entre los logros alcanzados en calidad de vida Sartorius refiere:

1. El reconocimiento de que la calidad de vida existe.

2. El establecemiento de clarificaciones conceptuales. Existe una definición transcultural de consenso formulada por la OMS.

3. El desarrollo de métodos para su evaluación. Teniendo en cuenta estos retos y logros, la Organización Mundial de la Salud se propone como tareas inmediatas en el área de calidad de vida los siguientes (74):

1. Mejorar la medida a través de informantes principales (*proxy raters*).

2. Identificar en los instrumentos las partes sensibles a factores culturales.

3. Desarrollar métodos que se ajusten a las nuevas medidas.

4. Vincular los instrumentos de calidad de vida con otros instrumentos de evaluación.

5. Desarrollar nuevos paradigmas de medida.

6. Asegurar la utilización de instrumentos de calidad de vida en el campo de la investigación terapéutica.

7. Introducir calidad de vida en los programas docentes pre y postgrado.

8. Extender la utilización del WHOQOL-100 y finalizar la puesta a punto de su versión abrevida, el WHOQOL-BREF.

Bibliografía

1. Bobes J, González MP. Quality of life in schizophrenia. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (Eds.). Quality of Life in Mental Disorders. Chichester New York: John Wiley & Sons. 1997 (en prensa).
2. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PHR. Quality of life in schizophrenia. Nord Psykiatr Tidsskr 1990; 44: 71-75.
3. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Programa Planning 1982: 5: 69-79.
4. Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En: Tash WR, Stahler GJ (Eds.) Innovative Approaches to Mental Health Evaluation. New York: Academic Press. 1982: 345-366.
5. Attkisson C, Cork J, Karno M, Lehman AF, McGlashan TH, Meltzer HY, O'Connor M, Richardson D, Rosenblatt A, Wells K, Williams J, Hohmann AA. Clinical services research. Schiz Bulletin 1992; 18: 561-626.
6. Giner J, Baca E, Bobes J, Ibáñez E, Leal C, Cervera S. Calidad de vida en enfermos esquizofrénicos. Desarrollo de un instrumento español para su evaluación: el cuestionario "Sevilla". Fases iniciales. An Psiquiatría 1995; 11 (9): 313-319.
7. Spitzer WO. Quality of life and functional status as target variables for research. J Chronic Dis 1987; 40: 465-471.
8. Bobes J, González MP, Bousoño M, Súarez E. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. Monografías de Psiquiatría 1993; 5 (6): 5-9.
9. Bobes J, Bousoño M, Iglesias C, González MP. Calidad de vida: Concepto. En: J. Bobes, MP. González y M. Bousoño (Eds.). Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: JR Prous. 1995: 1-11.
10. World Health Organization. WHO meeting on the assessment of quality of life in health care. Geneva: WHO (MNH/PSF/92.6). 1991.
11. Razavi D. Quality of life research and psychiatry research in cancer patients. Ponencia presentada en el 4th European "Meet the Professor". Bruselas, 1995.
12. Tennant A. Concepts. Ponencia presentada en la International Conference "Health Status and Quality of Life: Conceptual, Measurement and Policy Issues". Paris. 1996.
13. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Versión Multiaxial para Adultos. Madrid: MEDITOR. 1996.
14. López-Ibor JJ. Prólogo a la edición española. En: OMS (Edit.) ClE-10. Versión Multiaxial para Adultos. Madrid: MEDITOR. 1996.
15. Orley J. Developing, testing, translating a measure of subjective health. Ponencia presentada en la International Conference "Health Status and Quality of Life: Conceptual, Measurement and Policy Issues". Paris. 1996.
16. Bobes J. Discapacidad y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos ambulatorios. Anales de Psiquiatría 1997 (en prensa).
17. Lehman AF, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. Quality of Life Research 1993; 2: 327-333.
18. Browne S, Roe M, Lane Al Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia, Acta Psychiatr Scand 1996; 94: 118-124.
19. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PHR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. Br J Psychiatry 1996; 161: 797-801.
20. Lehman AF. The well-being of chronic mental patients. Assessing their quality of life. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 369-373.
21. Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: patient self-report versus provider perspectives. Am J Psychiatry 1996; 153: 497-502.
22. González MP, Bousoño M, Sáiz PA, González-Quirós M, Herreros O, Vega MA, 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. Barcelona: JR Prous. 1995: 19-57.
23. Medical Outcomes Trust, Scientific Advisory Committee: Instrument review criteria. Medical Outcomes Trust Bulletin, September 1995; I-V.
24. Bech P. Quality of life in anxiety and phobias. Ponencia presentada en el 4° Symposium Internacional de Moclobemida "Understanding Social Phobia". Oslo, 1995.
25. Saxena S. Quality of life assessment in schizophrenia. Seminarios sobre Calidad de Vida y Esquizofrenia. Ginebra, 1995.
26. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and wellbeing outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Archives of General Psychiatry 1995; 52: 11-19.
27. World Health Organization. WHOQOL Study Protocol, (MNH/PSF/93.3), Geneva: WHO. 1993.
28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I.- Conceptual framework and item selection. Medical Care 1992; 30 (6): 473-483.
29. Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill, Evaluation and Program Planning 1988; 11: 51-62.
30. Lehman AF, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry 1982; 139 (10): 1271-1276.
31. González MP, Bobes J, Sáiz PA, G-Quirós M, Muñoz L, Bousoño M. Evaluación de calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos. Libro de Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría 1996: 89-107.
32. Hunt SM, Mckenna SP. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. Health Policy 1992; 22: 307-319.
33. Ramírez N, Plá J, Cervera S. Rendimiento de escalas genéricas de calidad de vida versus escalas específicas en la depresión. En: Bobes J, Cervera S, Seva A (Eds.). Calidad de Vida y Trastornos Depresivos. Oviedo: Gofer. 1995: 97-127.
34. Ramírez N, Girala N, Gual P, Cervera S. Generic and specific scales in depression. Abstracts del X World Congress of Psychiatry. Madrid, 1996. Vol 1: 39.
35. Dunbar GC, Stoker MJ, Hodges TCP, Beaumont G. The development of SBQOL- a unique scale for measuring quality of life. British Journal of Med Economics 1992; 2: 65-74.
36. Bech P, Angst J. Quality of life in anxiety and social phobia. International Clinical Psychopharmacology 1996; 11 (suppl 3): 97-100.
37. Cheek JM, Buss AH. Shyness and sociability. J Pers Soc Psychol 1981; 41: 330-339.
38. Bobes J, Bousoño M, Sáiz PA, González-Quirós P, González MP. Estudios sobre calidad de vida en las esquizofrenias. En: J. Bobes, MP. González y M. Bousoño (Eds.). Calidad de Vida en las Esquizofrenias. Barcelona: JR Prous. 1995: 59-101.
39. Bigelow DA, Gareau MJ, Young DJ. A quality of life interview. Psychosocial Rehabilitation Journal 1990; 14: 94-98.

40. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. Community Mental Health Journal 1991; 27: 43-55.
41. Lehman AF, Possidente S, Hawker F. The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. Hosp Commun Psych 1986; 37 (9): 901-907.
42. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. Psychiatric Quarterly 1991; 62: 35-49.
43. Lauer G, Stegmuller U: Zur Lebensqualitat chronisch psychisch Kranker. Paper presented at 15 Kongress für Angewandte Psychologie: Psychologie für Menschenwurde und Lebensqualitat, Munchen. 1989.
44. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The chronically mentally ill in community facilities. A study of quality of life. Br J Psychiatry 1989; 154: 77-82.
45. Mercier C, Renaud C, Desbiens F, Gervais S. The Contribution of Services to the Quality of Life of Psychiatric Patients in the Community. Ottawa: Health and Welfare Canada. 1990.
46. Mercier C, King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 72-77.
47. Skantze K, Malm U. A new approach to facilitation of working. Alliances based on patient's quality of life goals. Nord Psykiatr Tidsskr 1994; 48: 37-55.
48. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. Hosp Commun Psych 1991; 42: 752-755.
49. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. Hosp Commun Psych 1992; 43: 794-798.
50. Shtasel PL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur R. Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. Schizophr Res 1992; 7: 225-231.
51. Barcia D, Morcillo L, Borgonós E. Esquizofrenia, calidad de vida y formas clínicas. An Psiquiatría 1995; 11 (3): 81-87.
52. Morcillo L, Barcia D, Borgoñós E. Esquizofrenia: calidad de vida y años de evolución. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1995; 23: 293-298.
53. Kemmler G, Holzner B, Neudorfer Ch, Schwitzer J, Meise U. What constitutes overall life satisfaction of chronic schizophrenic outpatients? Results of a pilot study using the Lancashire Quality of Life Profile. Quality of Life Research 1995; 4: 445-446.
54. Bobes J, González MP, Wallace DH, Bousoño M, Sáiz PA. Quality of life instruments in schizophrenia: a comparative study. European Psychiatry 1996; 11 (suppl. 4): 228s.
55. Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M. Residential care in hospital and in the community - Quality of care and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168: 448-456.
56. Barcia D, Ayuso JL, Herraiz ML. Calidad de vida en pacientes esquizofrénicos tratados con risperidona. An Psiquiatría 1996; 12 (10): 403-412.
57. Bobes J, Gutiérrez M, Gilbert J. Calidad de vida y discapacidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en tratamiento con risperidona y previamente tratados con neurolépticos depot. Actas Esp Psiquiatría 1999; 27 (4): 229-234.
58. Revicky DA, Murray M. Assessing health-related quality of life outcomes of drug treatments for psychiatric disorders. CNS Drugs 1994; 1 (6): 465-476.
59. Beaumont G. Quality of life in primary care. Human Psychopharmacology 1994; 9: S25-S29.
60. Wells KB, Stewart A, Hays R, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. Journal of the American Medical Association 1989; 262 (7): 914-919.
61. Wells KB, Burnam MA, Rogers W, Hays R, Camp P. The course of depression in adult outpatients. Results from the Medical Outcomes Study. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 788-794.
62. Fernández-Cantí G, Seva A, Quetglas B, Sánchez M, Ibáñez A. Empleo de diferentes escalas y cuestionarios de calidad de vida en una población de pacientes depresivos. En: Bobes J, Cervera S, Seva A (Eds.). Calidad de Vida y Trastornos Depresivos. Oviedo: Gofer. 1995: 129-142.
63. Dupuy HJ. The Psychological General Well-Being (PGWB) Index. En: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J (Eds.). Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies. New York: Le Jacq Publishing 1984; 184-188.
64. Markowitz JS, Weissman MM, Ouellette R, Lish JD, Klerman GL. Quality of life in panic disorder. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 984-992.
65. Weissman MM. Panic disorder: Impact on quality of life. J Clin Psychiatry 1991; 52 (2 suppl): 6-9.
66. Massion AO, Warshaw MG, Keller M. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 1993; 150 (4): 600-607.
67. Sherbourne CD, Wells KB, Judd LL. Functioning and well-being of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1996; 153 (2): 213-218.
68. Katschnig H, Amering M, Stolk JM, Ballenger JC. Predictors of quality of life in a long-term followup study in panic disorder patients after a clinical drug trial. Psychopharmacology Bulletin 1996, 32 (1): 149-155.
69. Wharshaw MG, Fiermen E, Pratt L, Hunt M, Yonkers KA, Massion AO, Keller MB. Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. Am J Psychiatry 1993; 150 (10): 1512-1516.
70. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 1996; 153 (6): 783-788.
71. Angst J: Quality of life in anxiety. Ponencia presentada al 8th Congress of Association of European Psychiatrists. Londres: 1996.
72. Wittchen HIJ, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. International Clinical Psychopharmacology 1996; 11 (3 suppl): 15-23.
73. Sartorius N. Cross-cultural issues in quality of life research. Ponencia presentada en el Second Meeting of the International Society for Quality of Life Research. Montreal, octubre, 1995.
74. Sartorius N. Quality of life in psychiatry. Ponencia presentada al 8th Congress of Association of European Psychiatrists. Londres: 1996.