

***Calidad de vida y salud:
planteamientos
conceptuales y métodos de
investigación***

**Gloria Fernández-Mayoralas
Fernández**

Instituto de Economía y Geografía.
Consejo Superior de Investigaciones
Científicas
G.FMayoralas@ieg.csic.es

Fermina Rojo Pérez

Instituto de Economía y Geografía.
Consejo Superior de Investigaciones
Científicas
F.Rojo@ieg.csic.es

CALIDAD DE VIDA Y SALUD: PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN¹

Gloria Fernández-Mayoralas Fernández
Fermina Rojo Pérez

RESUMEN: Calidad de Vida (CdV) es un constructo multidimensional, en su génesis y evolución conceptual, definición académica, campos y disciplinas de investigación, perspectivas teóricas, enfoques de estudio y operacionalización. Estos factores se describen por sí solos, interrelacionados, y en su conexión con el dominio Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), como fundamento teórico y práctico para la planificación a diferentes niveles sociales y espaciales. Métodos y medidas para su evaluación son también presentados y valorados. Los diversos dominios de CdV, particularmente CVRS, son la base para el análisis de situaciones concretas y de resultados de políticas específicas.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, concepto, métodos, medidas.

RESUM: Qualitat de Vida (QdV) és una construcció multidimensional en la gènesi i l'evolució conceptual, la definició acadèmica, els camps i disciplines d'investigació, les perspectives teòriques, els enfocaments d'estudi i l'operacionalitat. Aquests factors es descriuen per si mateixos, interrelacionats, i en la seva connexió amb el domini Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS), com a fonament teòric i pràctic per a la planificació a diferents nivells socials i espacials. Mètodes i mesures per a la seva avaluació són també presentats i valorats. Els diversos dominis de QdV, particularment QVRS, són la base per a l'anàlisi de situacions concretes i de resultats de polítiques específiques.

PARAULES CLAU: qualitat de vida, qualitat de vida relacionada amb la salut, concepte, mètodes, mesures.

ABSTRACT: Quality of Life (QoL) is a multidimensional construct from several points of view: conceptual genesis and evolution, academic definition, research fields, theoretical approaches, focuses and operating methods. These factors are summarised individually, in relation to each other and within the context of their relationship with the Health-Related Quality of Life (HRQL) domain, as the theoretical and practical background for QoL planning at different social and spatial levels. Evaluation methods and measures are also described and discussed. QoL domains in general, and HRQL in particular, are the basis for the analysis of specific situations and the results of planning policies.

KEYWORDS: Quality of Life, Health-Related Quality of Life, Concept, Methods, Measures.

¹ Las autoras agradecen al Dr. Lorenzo Aguilar, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, su revisión crítica.

1. Introducción

En las siguientes páginas se ofrece una visión general del significado de la noción Calidad de Vida y de uno de los componentes más relevantes para su análisis: la salud.

La tarea no es sencilla, dados la relativamente reciente aparición del concepto como objetivo de investigación, su carácter abstracto, su multidimensionalidad, la multiplicidad de perspectivas desde las que puede afrontarse su estudio, y la abundancia de medidas y técnicas para su abordaje.

El objetivo de este artículo es proponer un intento de clarificación y sistematización de los planteamientos conceptuales y metodológicos recientes en la investigación sobre Calidad de Vida.

2. Origen y evolución conceptual

Una de las primeras referencias que afecta a la definición de Calidad de Vida aparece en Aristóteles cuando apunta que la mayoría de las personas conciben la 'buena vida' como lo mismo que 'ser feliz'. Aristóteles destaca que la felicidad es materia de debate, que significa diferentes cosas para personas diferentes y en momentos diferentes: cuando se enferma, la salud es felicidad; cuando se es pobre, lo es la riqueza (Fayers y Machin, 2000).

Pero el origen académico de la idea de Calidad de Vida se remonta a mediados de los años 60 del siglo XX, alrededor del movimiento de Indicadores Sociales desarrollado a partir de las actividades de la Escuela de Chicago (Noll, 2002; Sirgy, 2001; Veenhoven, 1996). El auge de este movimiento, aunque en período de prosperidad, coincidió con un clima político y social de cuestionamiento del crecimiento económico como principal objetivo político e indicador social de primer orden. En

palabras de Hagerty et al., fue un «movimiento nuevo que alcanzó el apoyo de los ciudadanos que, a su vez, esperaban un soporte científico para sus causas» (Hagerty et al., 2002).

En este contexto, el concepto Calidad de Vida nació como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y, con el tiempo, derivó desde el significado de bienestar de las poblaciones basado en dimensiones materiales, hacia un constructo más complejo que incluiría también aspectos como la calidad del entorno, las relaciones sociales o la salud (Noll, 2002).

La institucionalización de los indicadores sociales ha sido lenta y discontinua y, aunque en los años 90 la mayoría de los países occidentales ya habían desarrollado sistemas de información para monitorizar las condiciones generales de vida, siguiendo las líneas de la tradición en indicadores sociales, éstos continúan teniendo menos influencia en las agendas políticas que los indicadores macro económicos o los indicadores de mercado (Hagerty et al., 2002). Veenhoven propugna, como uno de los principales objetivos de la investigación en indicadores sociales, desarrollar una medida amplia de Calidad de Vida de las naciones que sea análoga al PIB en investigación sobre indicadores económicos (Veenhoven, 1996).

Bajo estos planteamientos, durante las décadas de los 70 y 80 la Calidad de Vida fue conceptualizada principalmente como bienestar objetivo o social. El concepto de bienestar social incluiría todo aquello de lo que el ser humano obtiene satisfacción, así como su distribución dentro de la sociedad, refiriéndose no sólo a lo que produce una mayor o menor Calidad de Vida sino, también, a quién lo consigue, cómo lo consigue y dónde lo consigue (Smith, 1974).

Las condiciones objetivas de vida son prominentes en la llamada *aproximación escandinava* al bienestar. La asunción teórica de esta aproximación objetiva es

que existen las llamadas necesidades básicas y que satisfacerlas determinará el bienestar de la población (Delhey et al., 2002). Esta aproximación ha estado muy influida por los informes sociales comparativos, especialmente el *Programa de Desarrollo de Indicadores Sociales* de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) establecido en 1970. En dicho programa se explicita que los indicadores sociales deben ser considerados como una etapa hacia la medida de la Calidad de Vida, aunque la OCDE, ante la variedad terminológica, aún adoptaba el término bienestar social, o bienestar global de los individuos, no porque fuera más preciso, sino porque era el que se utilizaba más y de forma más independiente de cualquier disciplina particular (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 1981).

Una segunda aproximación, en la *tradición anglosajona* de bienestar como Calidad de Vida, se apoya en la investigación americana sobre salud mental. Aunque también utiliza indicadores objetivos, esta perspectiva enfatiza el bienestar subjetivo, y tiene que ver con la experiencia de los individuos sobre sus vidas, siendo el resultado final de condiciones de vida y procesos de evaluación (Noll, 2002). Los indicadores más importantes de bienestar subjetivo son medidas de satisfacción y felicidad, aunque la investigación basada en estos indicadores diverge en considerar perspectivas unitarias o constructos multidimensionales a partir de un potencialmente ilimitado número de dimensiones o dominios (Rapley, 2003).

La tercera aproximación, basada en la *noción germana* de Calidad de Vida, integraría las dos anteriores, centrándose en la combinación de condiciones objetivas de vida y bienestar subjetivo en diferentes dominios, incluyendo componentes cognitivos y afectivos (Noll, 2002), de lo que derivaría una tipología de

situaciones: 1. *Bienestar*: o coincidencia entre buenas condiciones de vida y bienestar subjetivo positivo; 2. *Disonancia*: buenas condiciones de vida pero bienestar subjetivo negativo; 3. *Privación*: malas condiciones de vida coincidiendo con bajo bienestar subjetivo; 4. *Adaptación*: malas condiciones de vida pero alto bienestar subjetivo (Zapf, 1984, tomado de Noll, 2002).

Actualmente, existe consenso respecto a que la Calidad de Vida tiene que ver con la consideración de las condiciones de vida y las evaluaciones subjetivas, siendo la estrategia de investigación imperante (Noll, 2002). La mayoría de las agencias que recogen datos de bienestar nacional incluyen tanto indicadores objetivos como subjetivos en sus sistemas de estadísticas sociales (Rapley, 2003).

La expresión Calidad de Vida ha llegado a ser ampliamente usada, no sólo por profesionales de diversas disciplinas, sino también por políticos, planificadores, medios de comunicación y por la sociedad en general. Esta socialización del término, que conlleva a una utilización banal e imprecisa, se ha visto, sin embargo, acompañada de un sinnúmero de elaboraciones académicas que pretenden llegar a la mejor definición del concepto (Sancho y Vela, 2004).

El concepto Calidad de Vida, que inicialmente fue monopolizado por economistas y políticos para referirse al bienestar material, ha sido utilizado también como medida de resultados en salud, enfermedad y tratamientos, perspectiva que ha llegado a dominar la bibliografía sobre Calidad de Vida (Bowling y Brazier, 1995; Farquhar, 1995). Esto ha derivado en la acuñación del término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Fayers y Machin, 2000). Desde los años 90, la disconformidad con el modelo biomédico ha provocado un debate sobre la necesidad de aproximaciones más holísticas o globales para su com-

prensión, más allá del estricto discurso médico (Smith, 2000).

3. Concepto y definición

Aunque frecuentemente las investigaciones sobre Calidad de Vida carecen de una definición formal, lo que dificulta la comparación y recogida de información de los diferentes estudios (Joyce et al., 1999), pueden encontrarse definiciones diversas que coinciden en reconocer la multidimensionalidad del concepto y, en menor medida, que se trata de una valoración subjetiva de la realidad material, sin existir acuerdo en el número o la naturaleza de las dimensiones o dominios a considerar (Rapley, 2003).

En la base de la diversidad de definiciones se halla la orientación conceptual del investigador, la heterogeneidad de contextos en los que el concepto es usado, las medidas a utilizar, la finalidad de la evaluación y el sujeto que realiza la valoración (Albert y Logsdon, 2000), esto es, diferentes perspectivas y enfoques, dominios e indicadores seleccionados, y escalas de análisis (individual o poblacional).

En ausencia de una definición aceptada universalmente, se argumenta que la mayoría de las personas en las sociedades occidentales están familiarizadas con la expresión Calidad de Vida y tienen una comprensión intuitiva de su significado (Fayers y Machin, 2000).

En este sentido, Calidad de Vida sería un concepto o idea general pero también un constructo social o formulación que ayudaría a comprender esta idea creada (Brown y Brown, 2003). El término Calidad de Vida tendría utilidad como indicador de intenciones de los investigadores, aunque, cuanto más se especifique y acuerde sobre bases empíricas, mayor probabilidad que las investigaciones tengan relevancia para el

desarrollo y la comprensión del constructo (Cummins, 1998).

Algunos autores subrayan que Calidad de Vida es «lo que el individuo determina que es» (Hickey et al., 1999). Esta definición implica que la Calidad de Vida es individual, pues aspectos importantes para una persona pueden no serlo para otra; que la evaluación de la Calidad de Vida resulta de la influencia de una variedad de factores, incluyendo las experiencias y expectativas de los individuos; y que la Calidad de Vida es dinámica, pues la importancia relativa de cada dimensión o dominio puede variar si cambian las circunstancias de la vida (p.e., por envejecimiento, por enfermedad, etc.) o la percepción del individuo sobre sus propias condiciones.

Una definición influyente, por provenir de un organismo internacional, es la elaborada por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL Group), que destaca el carácter subjetivo de la valoración al referir la Calidad de Vida a «las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones» (WHOQOL Group, 1995).

En una aproximación de complementariedad de perspectivas, pero dando también valor a la evaluación realizada por los individuos, Cummins (1997) ofrece una definición según la cual Calidad de Vida es un «constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo, y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo».

Muchas áreas de investigación en Calidad de Vida han desarrollado definiciones específicas a su especialidad, siendo uno de los mejores y más prolíficos

ejemplos el de la medicina, que tampoco ha escapado al debate objetivo-subjetivo (Rapley, 2003).

Precisamente por su multidimensionalidad y carácter controvertido, algunos investigadores quieren abandonar el concepto Calidad de Vida, mientras otros opinan que la multiplicidad es inevitable, o consideran potencialmente productivo este pluralismo en las interpretaciones (Michalos, 2004).

4. Multidimensionalidad

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto Calidad de Vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un solo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos (Lawton, 1991; Garland, 1993; Sétien, 1993; Fernández-Ballesteros et al., 1997; Seed y Lloyd, 1997; Rojo et al., 2002). Sin embargo, es difícil encontrar concreción sobre las dimensiones que deben ser consideradas, y las investigaciones suelen ser unitarias, circunscritas a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevantes para los objetivos concretos de sus disciplinas particulares (Birren y Dieckmann, 1991), en la argumentación de que existe un numeroso potencial de dimensiones y no parece práctico intentar evaluar todos los aspectos simultáneamente (Fayers y Machin, 2000).

Un examen de la bibliografía ofrece un amplio listado de componentes de la Calidad de Vida: calidad del medio ambiente, entorno residencial, valores, relaciones y apoyo social, relaciones familiares, situación laboral, situación económica, salud, estado emocional, religión, espiritualidad, ocio, cultura, y un largo etcétera de subdimensiones dentro de cada uno de estos aspectos.

La salud es uno de los pocos dominios o dimensiones sobre el que parece existir acuerdo en cuanto a su participación en la Calidad de Vida, y diversos estudios demuestran la asociación entre salud (medida objetiva y subjetivamente), y bienestar subjetivo y satisfacción con la propia salud (Michalos et al., 2000). No obstante, en la extensa revisión bibliográfica realizada por estos autores, se subraya la modesta contribución de determinadas condiciones objetivas y severas de salud sobre el bienestar, la Calidad de Vida, la satisfacción o la felicidad, evidenciando escasas diferencias en relación con la población general 'sana', y resultados aún no concluyentes al respecto. La influencia del estado de salud suele ser sobre-estimada en estudios enfocados en salud y Calidad de Vida, por lo que, en tanto se amplíe la riqueza y diversidad del conjunto de predictores de la Calidad de Vida global, probablemente disminuya el impacto relativo del estado de salud (Michalos et al., 2001).

Frente a la investigación sobre componentes unitarios, se plantea la ventaja de estrategias globales u holísticas que tomen en cuenta las interrelaciones entre los distintos elementos y entre éstos y la Calidad de Vida como un conjunto (Friedman, 1997). Se trata de combinar conocimientos de diferentes contextos o disciplinas, considerando globalmente las necesidades de los individuos, construyendo la Calidad de Vida sobre sus aspectos positivos, favoreciendo modelos amplios y flexibles, y enfatizando las interrelaciones recíprocas (Seed y Lloyd, 1997). La perspectiva ha de ser interaccionista, teniendo en cuenta el individuo y el entorno, y aplicando modelos integrados (Granzin y Haggard, 2000).

Por su parte, la falta de acuerdo sobre los componentes de la Calidad de Vida a incluir en estudios globales, refuerza la perspectiva individual y la atención sobre aproxi-

maciones hermenéuticas que tengan en cuenta la opinión de los individuos sobre cuáles son los aspectos que ellos consideran más importantes en sus vidas, tanto positivos como negativos (Bowling, 1999), pues existe una considerable evidencia de que los procesos causales que subyacen en las evaluaciones positivas son distintos que los que se encuentran en las evaluaciones negativas (Hyland, 1999).

En el mismo sentido, se enfatiza la necesidad de que sean los propios individuos quienes ponderen su satisfacción según la importancia que otorguen a cada dominio (Cummins, 1998), con anterioridad a la valoración de la Calidad de Vida global. La satisfacción con áreas altamente valoradas tendrá una influencia mayor que la de aquellas áreas con igual satisfacción pero menor importancia (Frisch, 2000).

5. Perspectivas teóricas a la calidad de vida: enfoques y operacionalización del concepto

Consecuencia de la multidimensionalidad y complejidad del concepto Calidad de Vida ha sido el desarrollo de una gran variedad de perspectivas teóricas para su análisis desde distintas disciplinas.

Aunque se ha argumentado la necesidad de unificación, resulta imposible en la práctica diseñar una teoría general que sea aceptada por la mayoría (Michalos, 1997). También se destaca que una teoría fundamentada, o generalmente aceptada, de Calidad de Vida no necesita ser completamente comprendida como paso previo para la investigación empírica (Cummins, 1998).

Sirgy (2001) ha clasificado las perspectivas teóricas según el modo de elaboración del concepto, en términos de: ideal, felicidad, satisfacción con la vida, opulencia, satisfacción de las necesidades humanas, justicia social, trascendencia

social, juicio social, gestión de recursos, ecología, nivel de adaptación, bienestar subjetivo, salud, cultura o metas.

El uso de términos como *bienestar*, *felicidad* o *satisfacción*, de forma intercambiable, ha dificultado en gran medida una aproximación teórica unificada al estudio de la Calidad de Vida. Los estudios psicológicos sobre la Calidad de Vida aluden por lo general al *bienestar* como un indicador subjetivo, componente de la Calidad de Vida, y medido a través de juicios de *satisfacción* y *felicidad* que el individuo experimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma. Se trata, en definitiva, de la actitud del sujeto hacia su vida en general, o hacia ciertos aspectos tales como la salud, el trabajo, la vivienda, el ocio, etc. (Amérigo, 1993).

En primer lugar, la *satisfacción con la vida* se refiere a la evaluación del conjunto de condiciones de la existencia que se deriva de la comparación entre las aspiraciones y los logros actuales (Campbell et al., 1976). La vida como un conjunto es el referente, e implica una perspectiva de rango temporal amplio (Campbell et al., 1976) y condiciones de vida no específicas (Andrews y Withey, 1976)

En segundo lugar, la *felicidad* puede definirse como la gratificación que resulta de la realización de un potencial (Board, R., en Cummins, 1998) y refleja el sentimiento de las personas hacia su estado actual, el grado en que los sentimientos positivos sobrepasan los sentimientos negativos (George y Bearon, 1980).

Ambos conceptos, *satisfacción* y *felicidad*, son globales, se refieren a la vida como un conjunto y comparten significados comunes (Michalos y Zumbo, 1999, 2002), pero, dado que sus medidas no tienen idénticas connotaciones, convendría analizar sus componentes separadamente (Michalos, 2004). Una aproximación alternativa al uso de medidas globales es la satisfacción con

dominios específicos (George y Bearon, 1980).

Pero la Calidad de Vida además de subjetiva es también objetiva, y dentro de cada unidad o nivel de análisis, que distingue entre individuos, familia, comunidad, grupos específicos, regiones, países, se deben incluir indicadores objetivos y subjetivos (Sirgy, J., en Cummins, 1998). Subjetivar el concepto Calidad de Vida es un error conceptual, por cuanto los esfuerzos por mejorar la Calidad de Vida de los ciudadanos se podrían reducir a cambiar las percepciones de éstos sobre la realidad (Fernández-Ballesteros, 2004). Obviar la evaluación subjetiva, u objetivar la Calidad de Vida, ofrece una imagen incompleta de la realidad, siendo la evaluación de la satisfacción global con la vida particularmente necesaria para valorar el éxito de las políticas sociales (Veenhoven, 2002).

6. Calidad de vida relacionada con la salud

Una de las aproximaciones a la Calidad de Vida con mayor desarrollo ha sido desde la investigación en salud. Sirgy (2001) la describe como una «perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de Calidad de Vida».

Se ha considerado la salud como uno de los principales dominios responsable de la Calidad de Vida. Esta creencia proviene, en gran parte, de la propia definición de salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social» (World Health Organization, 1947). La Calidad de Vida constituye un marco conceptual en el que los temas relacionados con la salud pueden ser revisados positivamente y de forma holística (Seed y Lloyd, 1997). El constructo Calidad de Vida, como noción más subjetiva, multifactorial e individual que otras uti-

lizadas para evaluar el estado de salud de poblaciones e individuos (como Deficiencia, Discapacidad o Minusvalía), integra una nueva dimensión: la salud perceptual, en sus componentes físicos, psíquicos y sociales (Hérisson y Simon, 1993).

La transición del término Calidad de Vida desde las ciencias sociales a la investigación en salud se ha visto acompañada por una prioridad pragmática: la construcción de escalas, técnicas o instrumentos de medida. En evaluación de tecnologías de salud, de la calidad del cuidado sanitario o de los servicios de salud, la búsqueda de medidas se intensificó en los años 80, y el concepto de estado de salud se expandió hasta llegar a contener completamente el concepto Calidad de Vida (Lohr, 1989). En ocasiones, esta contribución se ha realizado más en términos metodológicos (elaboración, comprobación y análisis estadístico) que de reflexión conceptual sobre la propia noción de Calidad de Vida (Bullinger, 1999). Si se acepta la amplia definición de salud de la OMS, y el sujeto tiene un completo bienestar físico, mental y social, entonces la Calidad de Vida sería excelente. Un resultado excelente en salud sería igual a un resultado excelente en Calidad de Vida. Pero depende de qué es lo que se incluye dentro de las nociones de bienestar físico, mental y social. El problema es que no existen normas sobre lo que debería o no incluirse en esas nociones (Michalos, 2004).

Desde el ámbito de la salud, Calidad de Vida se ha definido como un «término popular que expresa un sentido global de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto. Es amplio y subjetivo más que específico u objetivo y su significado difiere entre individuos y grupos. Un área de consenso es que la noción Calidad de Vida es extraordinariamente amplia y conceptualmente compleja. Aunque la salud es un importante dominio de la Calidad de Vida global,

existen otros dominios a considerar, como el barrio, la vivienda, la escuela o el trabajo. Otros aspectos importantes de la Calidad de Vida global que añaden complejidad a su medida, tienen que ver con la cultura, los valores y la espiritualidad» (Centers for Disease, Control and Prevention, 2000). Y el Grupo de Calidad de Vida de la OMS define Calidad de Vida como un «concepto amplio afectado de manera compleja por la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su interrelación con características relevantes del entorno... Calidad de Vida se refiere a una evaluación subjetiva inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental... Calidad de Vida no puede ser equiparada con estado de salud, satisfacción con la vida, estado mental, o bienestar. Más bien es un concepto multidimensional» (WHOQOL Group, 1995).

No obstante, desde el campo médico raramente se ha estado interesado en el sentido amplio de Calidad de Vida, sino en evaluar la accesibilidad y utilización de servicios sanitarios, los cuidados de salud, y las consecuencias de enfermedades o tratamientos, a veces incluyendo efectos indirectos sobre aspectos como el desempleo o las dificultades financieras (Fayers y Machin, 2000). En este contexto, para evitar ambigüedad, se usa frecuentemente el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Como la noción de Calidad de Vida, la mayoría de las investigaciones en Calidad de Vida Relacionada con la Salud argumentan, o aceptan implícitamente, que es un concepto multidimensional y que esta multidimensionalidad debe ser preservada en su análisis e interpretación (Mesbah et al., 2002). Entre las dimensiones o subdominios se incluyen capacidad funcional, estado físico, funcionamiento social, vida

familiar, funcionamiento ocupacional, control sobre la propia salud, satisfacción con el tratamiento, bienestar emocional, comunicación, espiritualidad, sexualidad, estigmas, autoestima, o imagen corporal (Sirgy, 2001).

Calidad de Vida Relacionada con la Salud es una noción más restringida que Calidad de Vida, y ha sido definida como «el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad, provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas» (Patrick y Erickson, 1993). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se preocuparía por aquellos aspectos relativos a la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud (Badia y García, 2000). Debe tener en cuenta el estado o funcionamiento físico, psicológico y social, el bienestar mental y social, y las percepciones de, y la satisfacción con, los niveles que se hayan alcanzado en estos aspectos (Bowling y Brazier, 1995).

Para el CDC estadounidense, «el concepto Calidad de Vida Relacionada con la Salud y sus determinantes han evolucionado desde los años 80 para abarcar aquellos aspectos de la Calidad de Vida global que pueden afectar la salud, tanto física como mental. A escala individual los subdominios incluirían: percepción de la salud física, percepción de la salud mental, riesgos de salud, estado funcional, apoyo social, y estado socioeconómico. A escala comunitaria o social, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud incluiría también los recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene sobre su salud y estado funcional» (Centers for Disease, Control and Prevention, 2000). Esta definición ha sido

criticada por Michalos, quien considera que subordina el concepto Calidad de Vida al concepto salud (Michalos, 2004). Para este autor Calidad de Vida Relacionada con la Salud es un subdominio de la Calidad de Vida global, como la vida familiar, el trabajo o las actividades de ocio, y significa la naturaleza y valor de la vida en relación con la salud (Michalos, 2004).

En el contexto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, también la perspectiva individual es destacada como una de las formas más relevantes de valorar nuevos tratamientos en condiciones crónicas. Esto ha supuesto un desplazamiento desde posiciones que consideraban fiables sólo las medidas objetivas, hacia medidas subjetivas, dando prioridad a la opinión de los pacientes, e incluso a la evaluación individual sobre la estandarizada (Bouvenot, 1993).

La Calidad de Vida ha sido identificada como una importante variable de resultados en salud (Albert y Logsdon, 2000), y, en la mayoría de las publicaciones, el énfasis en los estudios conocidos como de Calidad de Vida ha estado realmente puesto en el estado de salud o en lo que se ha llamado Epidemiología de la Calidad de Vida Individual (Joyce et al., 1999).

El debate entre la consideración de perspectivas globales de Calidad de Vida frente a perspectivas dominio-específicas sigue abierto. Algunos autores argumentan que la falta de fundamentos teóricos puede limitar el progreso en Calidad de Vida Relacionada con la Salud por varias razones: incumplimiento de la secuencia epistemológica normal (formulación de teoría, comprobación y contraste con teorías alternativas), riesgo de explicaciones tautológicas y perspectiva única (Bullinger, 1999). Sin embargo, como base para la generación de resultados de políticas de salud, este pragmatismo es de utilidad en la evolución teórica de esta nueva disciplina.

7. Escalas o instrumentos de medida de la calidad de vida

El escaso consenso en la definición del concepto Calidad de Vida, la diversidad de perspectivas de análisis, y la multiplicidad de contextos, ha derivado también en la proliferación de medidas. Parecen existir más instrumentos de medida que tópicos para su aplicación y, con excepciones, muchos de los métodos han sido creados para responder a cuestiones y circunstancias particulares (Joyce et al., 1999).

Sirgy realiza una clasificación basada en el nivel de análisis (individual, familiar, regional, nacional), en los indicadores utilizados (subjetivos, objetivos o ambos), en la consideración de factores unitarios o compuestos, y en el carácter global o dominio-específico de las medidas (Sirgy, 2001). Entre éstas últimas destacan las generadas desde la investigación en el dominio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Michalos, 2004), con una gran variedad de escalas en relación a enfermedades y tratamientos. En contraposición, la investigación en ciencias sociales suele adoptar medidas multidimensionales, incluyendo junto a la salud otros aspectos como felicidad, satisfacción con la vida, entorno residencial, redes sociales, recursos económicos... (Smith, 2000).

Entre las medidas de Calidad de Vida global a escala individual, posiblemente la de mayor potencial sea la Comprehensive Quality of Life Scale (Rapley, 2003). Desarrollada por Cummins, la ComQoL-A5 es un instrumento autoadministrado que teoriza la Calidad de Vida como un constructo multidimensional, descrito en términos objetivos y subjetivos. Selecciona siete dominios (bienestar material, salud, productividad, intimidad, seguridad, lugar en la comunidad y bienestar emocional), a partir del análisis psicométrico y semántico

de los 170 aspectos propuestos en 32 estudios analizados, que contienen el 83% de las descripciones citadas. Cada dominio comprende tres medidas objetivas y dos subjetivas (satisfacción con el dominio e importancia del mismo). Por agregación se obtiene una medida unitaria de bienestar objetivo. El producto de la puntuación en satisfacción y la puntuación en importancia, provee una medida subjetiva de Calidad de Vida para cada dominio. La suma de los 7 productos resulta en una medida única de bienestar subjetivo (Cummins, 1997).

Ejemplos de medidas de Calidad de Vida global a escala nacional serían las del United Nations Development Programme's Quality of Life Measures o la del World Bank Measure of Societal Quality of Life (para una descripción más detallada de éstas y otras medidas de Calidad de Vida global, véase Sirgy, 2001).

Por lo que se refiere a medidas dominio-específicas en Calidad de Vida Relacionada con la Salud, buena parte de ellas ponen el énfasis en la capacidad funcional, dentro de la tradición positivista del funcionalismo, con el desarrollo de escalas de funcionamiento físico, y subdominios en estado general de salud y Calidad de Vida, que se centran en la realización de actividades de la vida diaria y en el funcionamiento social del individuo, en relación a su impacto y consecuencias sobre el sistema social, inmediato o amplio (Bowling, 1999).

El desarrollo de instrumentos de medida en Calidad de Vida Relacionada con la Salud se ha basado en la asunción de diferencias entre individuos o grupos y en la importancia relativa de los distintos aspectos. La estructura suele ser en forma de cuestionario, con opciones de respuesta dicotómica, en escalas de Likert o en escalas visuales analógicas, y con pesos que, como indican Badia y García (2000), no parecen aportar beneficios en términos de capacidad discriminante o sensibilidad.

Badia et al. han realizado una exhaustiva guía de referencia de instrumentos de medición de salud y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, desarrollados o adaptados para el contexto cultural español, con un análisis minucioso de los propósitos perseguidos, su base conceptual y sus propiedades psicométricas (Badia et al., 2002).

Una clasificación de las medidas en el dominio de Calidad de Vida Relacionada con la Salud es la que diferencia entre genéricas y específicas a una condición. Aquéllas contemplan un amplio abanico de dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y son diseñadas para ser aplicadas a una amplia variedad de poblaciones y afecciones. Éste es el caso del Sickness Impact Profile (Bergner et al., 1981), del Nottingham Health Profile (Hunt et al., 1981), del EuroQoL-5D (Euroqol Group, 1990) o del Medical Outcome Study Short Form 36 (Ware y Sherbourne, 1992). En los instrumentos específicos, el contenido se adecua a los problemas y son más sensibles a los cambios clínicamente significativos, pero difícilmente pueden aplicarse a población general, por lo que no pueden obtenerse valores de referencia (Badia y García, 2000). La revisión bibliográfica sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud revela que, en contraste con las escalas genéricas, muchos instrumentos sobre condiciones específicas han sido diseñados sin una clara base conceptual, y esta falta ha afectado su desarrollo y forma final (Chwalow y Adesina, 2002).

Los instrumentos de medida deben cumplir una serie de propiedades: *validez* o que el instrumento mida aquello que se pretende medir, esto es, que contenga las dimensiones adecuadas; *fiabilidad* o que la cantidad de error de medición sea estadísticamente pequeña, controlando la correlación entre variables y la capacidad de reproducibilidad; y *sensibilidad* al cambio o

que refleje verdaderos cambios en la puntuación en el tiempo (Badia y García, 2000). A menos de disponer de recursos para una medida extensiva de las múltiples dimensiones de la Calidad de Vida, debe encontrarse un compromiso de aplicabilidad, considerando las propiedades de la medida, sus objetivos y sus aplicaciones (Guillemin, 1993a, 1993b).

Otra clasificación de medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud es la que diferencia entre medidas psicométricas y de preferencia. Aquéllas permiten el cálculo de un perfil de puntuaciones para los diferentes dominios o aspectos que contenga el instrumento. Las medidas de utilidad o preferencia permiten el cálculo de una puntuación única y global que resume la valoración de la Calidad de Vida en los diferentes dominios ponderados por las preferencias relativas de los entrevistados, allegados u otros (Chwalow y Adesina, 2002).

Las medidas basadas en las preferencias han sido diseñadas para generar un número limitado de estados de salud estandarizados, a los que puede asignarse un valor utilizando técnicas específicas de valoración de los estados de salud. Estas medidas pueden utilizarse en la evaluación económica, en estudios coste-utilidad o en el cálculo de Años de Vida Ajustados por Calidad (Quality-Adjusted Life Years), debido a que generan un valor único (Badia y García, 2000).

De entre los instrumentos adaptados al contexto español para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, y revisados por Badia et al. (2002), el EuroQol-5D es el único que produce un valor índice para ser usado en estudios coste-efectividad. El cuestionario está diseñado para ser autoadministrado y consta de tres partes: la primera es una descripción del estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con

tres niveles de gravedad. Pueden formarse hasta 243 estados de salud, según la combinación de nivel de problemas en cada dimensión. Esta parte contiene también una pregunta sobre el 'estado de salud hoy' comparado con el 'estado de salud general durante los últimos 12 meses'. La segunda parte del cuestionario es una escala visual analógica (EVA) donde el entrevistado debe posicionar su 'estado de salud hoy', entre 'el peor estado de salud imaginable' (0.0) y 'el mejor estado de salud imaginable' (100.0). La tercera parte está pensada para obtener valores individuales de preferencia por los estados de salud definidos por el sistema descriptivo del EuroQol: el entrevistado puntúa, también sobre una EVA, 14 estados de salud que incluyen 'el mejor', 'el peor', 'el estado inconsciente' y 'el estado de muerte' (Euroqol Group, 1990).

Varios son los problemas conceptuales y metodológicos que se han descrito sobre las medidas de Calidad de Vida. Tanto las medidas objetivas como las subjetivas parten de una actitud normativa, esto es, hacen intervenir un sistema preestablecido de dominios a explorar, que quizás no representen la libre elección del individuo sobre aquello que es evaluado como Calidad de Vida, y asumen, además, una importancia similar de las diferentes áreas, siendo con frecuencia igualmente ponderadas (Hickey et al., 1999). La aplicabilidad poblacional no siempre recibe la atención necesaria: se obtienen altas tasas de no-respuesta, o incluso se excluyen de hecho del campo de estudio, de poblaciones específicas, como personas mayores, población con bajo nivel educativo, minorías étnicas, etc., lo que puede llevar a cuestionar la representatividad de las muestras (Coste, 1993). Se ha puesto también en duda que algunos de los instrumentos e índices desarrollados para medir el estado de salud sean realmente apropiados para medir la Calidad de Vida

(Smith et al., 1999; Bradley, 2001). Aunque la elección entre alternativas en atención sanitaria necesariamente implica juicios de preferencia, estas medidas presuponen decisiones racionales sobre situaciones de riesgo. En este sentido, hay críticas que se centran en que las preferencias de la población general no deberían ser aplicadas a grupos particulares de pacientes (Kaplan et al., 1999), aunque deben ser usadas como grupo control. La Calidad de Vida es a veces asimilada con su valor, no reflejando la utilidad de la vida para los individuos, sino la utilidad para la sociedad de los años de vida de las personas (Rapley, 2003).

Desde aproximaciones fenomenológicas, por su parte, se ha argumentado que la Calidad de Vida depende de la interpretación y percepciones del individuo, y que el método de citar aspectos en escalas de medida es insatisfactorio, porque se desconoce si todos los dominios pertinentes están incluidos, no conteniendo realmente la subjetividad humana. De acuerdo a este espíritu, se han desarrollado algunas medidas que, aunque altamente cuantificadas en la tradición positivista, son intentos de adoptar una aproximación hermenéutica (Bowling, 1999).

Una de estas medidas es el Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) que se administra en forma de entrevista estándar semiestructurada con tres pasos (O'Boyle et al., 1993): 1. *Selección de áreas*: el individuo debe nombrar aquellas cinco áreas que considera centrales para su Calidad de Vida, aunque a veces se requiere que el investigador provea de apuntes sobre áreas de especial interés para el estudio; 2. *Determinación del estado de cada área*: el entrevistado valora el estado de cada área en su vida en una EVA desde 'lo mejor posible' (100.0) a 'lo peor posible' (0.0); 3. *Ponderación* relativa o importancia de cada área en la Calidad de Vida global. Para presentar datos agrupados, puede calcularse un índice, multiplicando el peso por la

evaluación de cada área y sumando los productos de las cinco áreas. Esta puntuación es una medida continua que oscila entre 0 y 100 y puede ser analizada usando estadística paramétrica (Hickey et al., 1999). Un procedimiento desarrollado para individuos con problemas cognitivos es el SEIQoL-DW o de ponderación directa (Browne et al., 1997). Esta medida mantiene los mismos pasos metodológicos que la anterior pero reemplaza el método de *Análisis de Juicio* (Hickey et al., 1999), de derivación de ponderaciones relativas, por una forma explícita de asignación de pesos a cada área por parte del entrevistado. Ambos procedimientos son reproducibles y tienen una elevada validez, aunque el segundo no es completamente intercambiable con el análisis de juicio (Browne et al., 1997).

En la actualidad, un número creciente de investigadores utiliza técnicas cualitativas, como *Análisis de Contenido* o *Análisis Conversacional*, para medir la Calidad de Vida (Rapley, 2003), mediante instrumentos como entrevistas cualitativas y observación participante. El *Análisis de Contenido* usualmente se centra en dominios particulares más que en la Calidad de Vida global. El método consiste en identificar temas recurrentes en el discurso verbal, sin que el entrevistado sea preguntado directamente sobre su valoración de la Calidad de Vida. Aplicando una serie de escalas a la muestra verbal, para asegurarse que todos los dominios relevantes son considerados, es posible obtener una medida de la importancia relativa de los distintos dominios. La validez de la aproximación depende del grado en que los individuos sean capaces de expresar espontáneamente sus estados interiores y transformarlos en respuestas verbales (Browne, 1999). Por su parte, el *Análisis Conversacional* es un método que, como el anterior, analiza el contenido de lo que se dice, pero pone especial atención en el modo en que se dice (Rapley, 2003).

Existe relativo consenso sobre la utilidad y complementariedad de métodos cuantitativos y cualitativos. En Calidad de Vida las técnicas cualitativas son esenciales en etapas de diseño de cuestionario y construcción de escalas, y muy importantes para la obtención de datos en áreas complejas de investigación y para explorar nuevos campos de estudio. Las técnicas cuantitativas son necesarias tras la definición de la hipótesis de trabajo, cuando el tema ya ha sido definido, y no resulta ambiguo (Bowling, 1999).

8. Consideraciones finales

Calidad de Vida es una noción reciente y aún por definir en toda su amplitud, usada en contextos expertos pero también por la sociedad en general. Ello exige de los investigadores, más que en otros campos de investigación científica, que hagan explícita su definición, objetivos, hipótesis y propósitos, a fin de que los resultados puedan ser comparables.

Calidad de Vida es un concepto que se compone de múltiples y variadas dimensiones, interrelacionadas de manera compleja para conformar un constructo global, siendo deseables aproximaciones multidimensionales y multidisciplinarias.

La Calidad de Vida ha de valorarse desde la complementariedad de los enfoques objetivo y subjetivo, teniendo en cuenta las condiciones y circunstancias objetivas en que se desarrolla la vida de los individuos y grupos sociales, y la evaluación subjetiva que los sujetos realizan sobre ellas. Todo esto requiere tomar en consideración tanto medidas objetivas y opiniones profesionales, como medidas subjetivas o percepciones de los propios individuos, sobre los dominios que se han de incluir en la valoración, la importancia relativa que se atribuye a cada uno de ellos y su contribución en la evaluación final.

Junto a medidas cuantitativas, Calidad de Vida, en cuanto indicativo de 'calidad de la vida', requiere también perspectivas y métodos de análisis cualitativos que recojan la complejidad y riqueza del concepto.

Las aproximaciones desde dominios unitarios o 'calidades de vida', como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, son necesarias porque permiten el análisis de situaciones concretas y de resultados de políticas específicas.

Bibliografía

ALBERT, S. M. y LOGSDON, R. G. (Eds.) (2000): *Assessing Quality of Life in Alzheimer's Disease*. New York, Springer Publishing Company.

AMÉRIGO CUERVO-ARANGO, M. (1993): «La Calidad de Vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar». *Revista de Psicología Social*, nº 1, pp. 101-110.

ANDREWS, F. M. y WITHEY, S. B. (1976): *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York, Plenum Press.

BADIA LLACH, X. y GARCÍA ALONSO, F. (2000): «La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de Investigación de Resultados en Salud». En Badia, X. (Ed.) *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona, Edimac.

BADIA, X.; SALAMERO, M. y ALONSO, J. (2002): *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona, Edimac.

BERGNER, M.; BOBBIT, R. A.; CARTER, W. B. y GILSON, B. S. (1981): «The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure». *Medical Care*, nº 8, pp. 787-805.

BIRREN, J. E. y DIECKMANN, L. (1991): «Concepts and content of quality of life in the later years: an overview». En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, Academic Press.

BOUVENOT, G. (1993): «Évaluation de la Qualité de Vie des patients. Évolution des Idées». En Hérisson, C. y Simon, L. (Dir.) *Évaluation de la Qualité de Vie*. Paris, Masson.

BOWLING, A. (1999): «Individual Quality of Life and Population Studies». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

BOWLING, A. y BRAZIER, J. (1995): «'Quality of Life' in Social Science and Medicine». *Social Science & Medicine*, nº 10, pp. 1337-1338.

BRADLEY, C. (2001): «Importance of differentiating health status from quality of life». *The Lancet*, nº 6, pp. 7-8.

BROWN, I. y BROWN, R. I. (2003): *Quality of Life and Disability: An Approach for Community Practitioners*. London, Jessica Kingsley Pub.

BROWNE, J. P.; O'BOYLE, C. A.; MCGEE, H. M.; McDONALD, N. J. y JOYCE, C. R. B. (1997): «Development of a direct weighting procedure for quality of life domains». *Quality of Life Research*, nº 4, pp. 301-309.

BROWNE, J. P. (1999): «Selected Methods for Assessing Individual Quality of Life». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

BULLINGER, M. (1999): «Cognitive Theories and Individual Quality of Life Assessment». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle,

C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. y RODGERS, W. (1976): *The quality of american life: perceptions, evaluations and satisfactions*. New York, Russel Sage Foundation.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2000): *Measuring Healthy Days*. Atlanta, CDC.

CHWALOW, A. J. y ADESINA, A. B. (2002): «Conception, Development and Validation of Instruments for Quality of Life Assessment: And Overview». En Mesbah, M.; Cole, B. F. y Ting Lee, M. L. (Eds.) *Statistical Methods for Quality of Life Studies. Design, Measurements and Analysis*. Dordrecht, Kluwer.

COSTE, F. (1993): «Évaluation de la Santé des Populations et Instruments de Mesure de la 'Qualité de Vie'». En Hérisson, C. y Simon, L. (Dir.) *Évaluation de la Qualité de Vie*. Paris, Masson.

CUMMINS, R. A. (1997): *The Comprehensive Quality of Life Scale – Adult: Manual*. Melbourne, Burwood, School of Psychology, Deakin University.

CUMMINS, R. A. (Ed.) (1998): *Quality of Life Definition and Terminology: A discussion document from the International Society for Quality of Life Studies*. Blacksbourg, The International Society for Quality-of-Life-Studies.

DELHEY, J.; BÖHNKE, P.; HABICH, R. y ZAPF, W. (2002): «Quality of Life in a European Perspective: The EUROMODULE As a New Instrument for Comparative Welfare Research». En Hagerty, M. R.; Vogel, J. y Møller, V. (Eds.) *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer.

EUROQOL GROUP (1990): «Euroqol - a new facility for the measurement of health

related quality of life». *Health Policy*, nº 3, pp. 199-208.

FARQUHAR, M. (1995): «Elderly people's definitions of Quality of Life». *Social Science & Medicine*, nº 10, pp. 1439-1446.

FAYERS, P. M. y MACHIN, D. (2000): *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester, John Wiley & Sons.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004): «Calidad de Vida, ¿es un concepto psicológico?». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Supl. 3, pp. 18-22.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D. y MACIÁ, A. (1997): *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales.

FRIEDMAN, M. I. (1997): *Improving the Quality of Life. A Holistic Scientific Strategy*. Westport, Praeger.

FRISCH, W. B. (2000): «Improving Mental and Physical Health Care Through Quality of Life Therapy and Assessment». En Diener, E. y Rahtz, D. R. (Eds.). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht, Kluwer.

GARLAND, J. (1993): «Environment and behaviour: A health psychology perspective». En Bond, J.; Coleman, P. y Peace, Sh. (Eds.) *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London, Sage.

GEORGE, L. K. y BEARON, L. B. (1980): *Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York, Human Sciences Press.

GRANZIN, K.L. y HAGGERD, L.M. (2000): «An Integrative Explanation for Quality of Life: Development and Test of a Structural Model». En Diener, E. y Rahtz, D. R. (Eds.) *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht, Kluwer.

GUILLEMIN, F. (1993a): «Mesures de Qualité de Vie: Juger la Qualité et la Validité des Questionnaires». En Hérisson, C. y Simon, L. (Dir.) *Évaluation de la Qualité de Vie*. Paris, Masson.

GUILLEMIN, F. (1993b): «Mesures de Qualité de Vie Génériques ou Spécifiques: Quel Instrument Choisir». En Hérisson, C. y Simon, L. (Dir.) *Évaluation de la Qualité de Vie*. Paris, Masson.

HAGERTY, M. R.; VOGEL, J. y MØLLER, V. (Eds.) (2002): *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer.

HÉRISSON, C. y SIMON, L. (Dir.) (1993): *Évaluation de la Qualité de Vie*. Paris, Masson.

HICKEY, A.; O'BOYLE, C. A.; MCGEE, H. M.; y JOYCE, C. R. B. (1999): «The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

HUNT, S. M.; MCKENNA, S. P.; McEWEN, J.; WILLIAMS, J. y PAPP, E. (1981): «The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations». *Social Science & Medicine*, A, nº 3, part 1, pp. 221-229.

HYLAND, M. E. (1999): «A Reformulation of Quality of Life for Medical Science». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

JOYCE, C. R. B.; MCGEE, H. M.; O'BOYLE, C. A. (1999): «Individual Quality of Life: Review and Outlook». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.). *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

- KAPLAN, R. M.; FEENY, D.; REVICKI, D. A. (1999): «Methods for Assessing Relative Importance in Preference Based Outcome Measures». En Joyce, C. R. B.; O'Boyle, C. A.; McGee, H. M. (Eds.) *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam, Harwood Academic Publishers.
- LAWTON, M. P. (1991): «A multidimensional view of quality of life in frail elders». En Birren, J. E.; Lubben, J. E.; Rowe, J. C. y Deutchman, D. E. (Eds.) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, Academic Press.
- LOHR, K. N. (1989): «Conceptual Background and Issues in Quality of Life». En Mosteller, F. y Falotico-Taylor, J. (Eds.) *Quality of Life and Technology Assessment*. Washington DC, Council on Health Care Technology, Institute of Medicine.
- MESBAH, M.; COLE, B. F. y TING LEE, M.-L. (Eds.). (2002): *Statistical Methods for Quality of Life Studies. Design, Measurements and Analysis*. Dordrecht, Kluwer.
- MICHALOS, A. C. (1997): «Combining Social, Economical and Environmental Indicators to Measure Sustainable Human Well-Being». *Social Indicators Research*, nº 1-2, pp. 221-258.
- MICHALOS, A. C. (2004): «Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research». *Social Indicators Research*, nº 1, pp. 27-72.
- MICHALOS, A. C.; HUBLEY, A.; ZUMBO, B. D y HEMINGWAY, D. (2001): «Health and other aspects of the Quality of Life of older people». *Social Indicators Research*, nº 3, pp. 239-274.
- MICHALOS, A. C. y ZUMBO, B. D. (1999): «Public services and the quality of life». *Social Indicators Research*, nº 2, pp. 125-157.
- MICHALOS, A. C. y ZUMBO, B. D. (2002): «Healthy Days, Health Satisfaction and Satisfaction with the Overall Quality of Life». *Social Indicators Research*, nº 3, pp. 321-338.
- MICHALOS, A. C.; ZUMBO, B. D. y HUBLEY, A. (2000): «Health and the Quality of Life». *Social Indicators Research*, nº 3, pp. 245-286.
- NOLL, H. - H. (2002): «Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture». En Hagerty, M. R., Vogel, J. y Møller, V. (Eds.) *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer.
- O'BOYLE, C. A.; MCGEE, H.; HICKEY, A.; JOYCE, C. R. B.; BROWNE, J.; O'MALLEY, K. y HILTBRUNNER, B. (1993): *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQOL): Administration Manual*. Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS (1981): *Programa de la OCDE de elaboración de los indicadores sociales. Medida del Bienestar Social. Progresos realizados en la elaboración de los indicadores sociales*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.
- PATRICK, D. L. y ERICKSON, P. (1993): *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford, Oxford University Press.
- RAPLEY, M. (2003): *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London, Sage.
- ROJO, F.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; POZO, E. y ROJO, J. M. (2002): *Envejecer en casa. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Monografías 23.
- SANCHO, M. T. y VEGA, J. L. (2004): «Calidad de Vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica». *Revista*

Española de Geriátría y Gerontología, Supl. 3, págs. 1.

SEED, Ph. y LLOYD, G. (1997): *Quality of Life*. London, Jessica Kingsley Publ.

SÉTIEN, M. L. (1993): *Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de Medición Aplicado al País Vasco*. Madrid, C.I.S. y Siglo XXI.

SIRGY, M. J. (2001): *Handbook of Quality of Life Research. An Ethical Marketing Perspective*. Dordrecht, Kluwer.

SMITH, A. (2000): *Researching Quality of Life of Older People: Concepts, Measures and Findings*. Keele University, Centre for Social Gerontology, Working Paper nº 7.

SMITH, D. M. (1974): «Who Gets What, Where and How: A Welfare Focus for Human Geography». *Geography*, nº 59, pp. 289-297.

SMITH, K. W.; AVIS, N. E. y ASSMANN, S. F. (1999): «Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis.» *Quality of Life Research*, nº 5, pp. 447-59.

VEENHOVEN, R. (1996): «Happy life-expectancy: a comprehensive measure of quality-of-life in nations». *Social Indicators Research*, nº 1, pp. 1-58.

VEENHOVEN, R. (2002): «Why Social Policy Needs Subjective Indicators». En Hagerty, M. R., Vogel, J. y Møller, V. (Eds.) *Assessing Quality of Life and Living Conditions to Guide National Policy*. Dordrecht, Kluwer.

WARE, J. E. y SHERBOURNE, C. D. (1992): «The MOS 36-item short form health survey (SF-36)». *Medical Care*, nº 6, pp. 473-483.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1947): «The Constitution of the World Health Organisation». *WHO Chronicle*, nº 1, pp. 1-29.

WHOQOL Group (1995): «The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation». *Social Science & Medicine*, nº 10, pp. 1403-1409.

ZAPF, W. (1984): «Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität». En GLATZER, W. y ZAPF, W. (Eds.) *Lebensqualität in der Bundesrepublik*. Frankfurt am Main, Campus Verlag.