

## ÁREA CLÍNICA

# Medición de la calidad de vida e importancia de la atención a las necesidades autopercibidas en pacientes drogodependientes

C.C. MORALES-MANRIQUE<sup>a</sup>, M. CASTELLANO-GÓMEZ<sup>b</sup>, J.C. VALDERRAMA-ZURIÁN<sup>a</sup> Y R. ALEIXANDRE-BENAVENT<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero. Universitat de Valencia-CSIC. Valencia. España.*

<sup>b</sup>*Dirección General de Drogodependencias. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.*

**RESUMEN.** *Objetivo.* Describir el concepto de calidad de vida (CV) y su relevancia para la evaluación de tratamientos en población drogodependiente, así como los instrumentos de medición más utilizados. También se plantean algunas consideraciones metodológicas a la hora de elaborar o seleccionar instrumentos de medición de CV y propuestas sobre el procedimiento de evaluación.

*Material y métodos.* Se realizó una revisión no sistemática de los estudios clínicos y de los artículos de revisión sobre CV en población drogodependiente, incluidos en las bases de datos Medline, Science Citation Index, Social Science Citation Index, Psychinfo e IME.

*Resultados.* La CV es utilizada frecuentemente como un indicador de los resultados terapéuticos y en la evaluación de los tratamientos. El abordaje de las necesidades autopercibidas del paciente está estrechamente relacionado con la mejora de calidad de vida. En población drogodependiente es necesario que tanto en las investigaciones como en la asistencia clínica se consideren la satisfacción y las necesidades autopercibidas en varias áreas de la

vida. La mayoría de instrumentos de CV utilizados en estudios con drogodependientes se han centrado en la calidad de vida relacionada con la salud. En la elaboración de instrumentos de medición se recomienda aplicar los criterios del proyecto ePRO. Es conveniente una evaluación continuada de la calidad de vida y de las necesidades percibidas durante el tratamiento y tras el alta por la elevada probabilidad de recaída del paciente drogodependiente.

*Conclusiones.* En población drogodependiente es necesario utilizar instrumentos de medición de CV que midan la satisfacción en varias áreas de vida, además de aquellas relacionadas con la salud, así como el registro y atención de las necesidades autopercibidas por su estrecha relación con la mejora de CV percibida. Una evaluación continuada de estos factores permitiría una atención más eficaz, una mejor comunicación entre el paciente y el profesional de la salud y una mayor comprensión del paciente drogodependiente.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de vida, evaluación de necesidades, cuestionarios, abuso de sustancias.

### *Correspondencia:*

J.C. VALDERRAMA.

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero.  
Avda. Blasco Ibáñez, 15.  
46010 Valencia. España  
Correo electrónico: juan.valderrama@uv.es

Recibido: 05-06-2006.

Aceptado para su publicación: 20-07-2006.

### **Quality of life assessment and his relevance for the evaluation of treatments in addicted population**

**ABSTRACT.** *Objectives.* To describe the concept of quality of life and his relevance for the evaluation of treatments in addicted population, as well as the most utilized measuring instruments. Also, to descri-

**be some methodological considerations when to elaborate or to select measuring instruments of quality of life and proposals on the procedure of evaluation.**

**Material and methods.** It was carried out a non systematic revision of clinical studies and paper review of articles about quality of life in addicted population, included in the databases Medline, Science Citation Index, Social Science Citation Index, Psychinfo and IME.

**Results.** The quality of life is frequently used as an indicator of treatment outcome and in the evaluation of treatments. Meeting the patient-rated needs is closely related with the improvement of quality of life. In drug-addicted patient's it is necessary that as much in the investigations as in the clinical attendance it is considered the satisfaction and the patient-rated needs in several areas of the life. Most of instruments of quality of life used in studies with addicted population have been centred in the quality of life related with the health. In the elaboration of measuring instruments it is recommended to apply the approaches of the ePRO project. It is convenient a continuous evaluation of the quality of life and of the necessities perceived by the patient during and after treatment for the high probability of relapse in addicted patients.

**Conclusions.** In drug-addicted population it is necessary to use measuring instruments of quality of life that measure the satisfaction in several areas of life besides those related with the health, as well as the attention of patient-rated needs due to their impact in the improvement of subjective quality of life. A continuous evaluation of these factors would allow a more effective attention, a better communication between the patient and staff, and a bigger understanding of the addicted patient.

**KEY WORDS:** quality of life, questionnaires, needs assessment, substance abuse.

## Introducción

En las últimas décadas se ha producido un incremento progresivo de las publicaciones sobre calidad de vida (CV). Así, en la base de datos Medline se recogieron 253 trabajos en 1980 mientras que en 2005 se recogieron 6.073. La evaluación de CV es ampliamente usada en ensayos clínicos y en estudios observacionales de salud y enfermedad, con el fin de evaluar intervenciones, efectos adversos de tratamientos y el impacto de la enfermedad a lo largo del tiempo<sup>1</sup>.

La CV subjetiva (CVS), especialmente en el campo de la salud mental, ha ganado un rol crucial en la medición global de los resultados terapéuticos<sup>2</sup>, sugiriéndose que los servicios asistenciales para las personas con trastorno mental proporcionan un aumento de CV en lugar de su curación<sup>3</sup>. Los indicadores de CVS consideran que algunos indicadores de mejoría medidos por los profesionales y personas cercanas al paciente pueden no significar una mejora real percibida por el paciente. Los resultados de estas evaluaciones son frecuentemente usados como complemento de otros indicadores científicos y también para incorporar la experiencia subjetiva en el proceso de toma de decisiones<sup>4</sup>.

El objetivo del presente trabajo es describir el concepto de CV y su relevancia para la evaluación de tratamientos en población drogodependiente, así como los instrumentos de medición más utilizados. También se plantean algunas consideraciones metodológicas a la hora de elaborar o seleccionar instrumentos de medición de CV y propuestas sobre el procedimiento de evaluación.

## Calidad de vida

Diversos autores han conceptualizado la CV desde diferentes perspectivas. Cummins, et al<sup>5</sup>, en una revisión sobre definiciones de calidad de vida, refieren que el 85% incluye el bienestar emocional, el 70% los temas relacionados con la intimidad y el 56% el trabajo y las actividades relacionadas con la productividad. Algunos autores han sugerido que un mínimo de tres dominios —físico, psicológico y social— son esenciales en la evaluación de la CV<sup>6</sup>. Sin embargo, otros han indicado que sólo las áreas física y psicológica son suficientes<sup>7</sup>. En general, se recomienda la utilización de una definición multidimensional debido a que ofrece una evaluación equilibrada de múltiples áreas de funcionamiento y bienestar<sup>8</sup>.

La CV se refiere a aspectos complejos de la vida que no pueden ser expresados únicamente utilizando indicadores cuantificables, sino que también requiere evaluaciones subjetivas<sup>9</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CV de una persona como «la percepción individual de la posición en la vida en el contexto del sistema cultural y de valores en donde viven y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones»<sup>10,11</sup>. Una de las definiciones más amplias que existen es la postulada por Ware<sup>12</sup>, pues incluye: satisfacción con la vida, plenitud en los papeles sociales y de trabajo, sensación de ser productivo, útil o influyente, sensación de control sobre su

entorno y destino (autoeficacia), autoestima, plenitud espiritual, sentido de integración social en la comunidad, sentimiento de seguridad en el presente y en el futuro y sentido de la diversión y del placer.

Algunas definiciones consideran en la CV los aspectos que pueden estar directamente relacionados con la salud y que pueden afectar a las medidas terapéuticas. Por ejemplo, Croog y Levine<sup>13</sup> incluyen en su concepto: realización de roles sociales, estado fisiológico (funcionamiento físico y síntomas), estado emocional, función cognitiva, sensación de bienestar y evaluación global de la persona de su propia salud. Por su parte, Gill y Feinstein<sup>14</sup> consideran cómo la persona percibe y reacciona frente a su estado de salud y también aquellos aspectos de la vida que pueden ser atribuidos a la enfermedad o a su terapéutica, incorporando el sistema de valores del sujeto. Sin embargo, en un metaanálisis realizado sobre estudios de CV se indica que ésta y el estado de salud son diferentes constructos que no deberían ser usados intercambiablemente<sup>15</sup>. A diferencia del constructo más amplio de CV, la CV relacionada con la salud (CVRS) se preocupa por aspectos de la existencia que son afectados por la enfermedad no considerando otras áreas de vida<sup>16</sup>.

En el área de los trastornos adictivos el concepto de CV ha sido aplicado en términos de funcionamiento, bienestar y satisfacción con la vida<sup>17-19</sup>. El objetivo de la evaluación de la CV en población drogodependiente es ir más allá de la presencia y severidad de síntomas de la enfermedad o efectos adversos del tratamiento, examinando cómo el paciente drogodependiente percibe y experimenta sus efectos en la vida diaria<sup>20,21</sup>. Esta información puede ser usada tanto por clínicos como por los pacientes para la toma de decisiones relevantes respecto al tratamiento<sup>21-24</sup>.

Un factor estrechamente relacionado con la CVS es la satisfacción de necesidades autopercibidas por el paciente. En los últimos años se ha determinado que el tratamiento en salud mental debe ser facilitado basándose en las necesidades registradas por los pacientes con el objeto de mejorar su CV<sup>25-27</sup>. Un reciente estudio longitudinal de 4 años de seguimiento<sup>2</sup> muestra que la atención a las necesidades autopercibidas por los pacientes (especialmente en los dominios de salud y relaciones sociales) predice e incrementa la CVS, al contrario de aquellas necesidades registradas por los profesionales que no mostraron asociación con los cambios producidos, concluyéndose que una evaluación amplia de necesidades autopercibidas asegura una mejor CVS. Otro estudio que apoya esta idea es el realizado por Slade<sup>28</sup>, que muestra que si no se satisfa-

ce un alto número de necesidades autorregistradas, la CVS al año de haber iniciado el tratamiento es menor.

En el tratamiento de los drogodependientes deben considerarse varios componentes de la vida individual que se perciben como críticos para su CV, como son un amplio rango de factores culturales, socioeconómicos, sociodemográficos, políticos y sanitarios<sup>11</sup>; sin embargo, no se les suele preguntar sobre qué importancia tienen estos factores para ellos, y sus aportaciones a los programas asistenciales son mínimas<sup>29</sup>.

## Instrumentos de medición de calidad de vida utilizados con drogodependientes

En la tabla 1 se señalan los instrumentos de medición más utilizados en estudios de CV con pacientes drogodependientes.

La mayoría de los instrumentos de CV utilizados en estudios con drogodependientes se han enfocado principalmente en la salud y en los factores relacionados con ella<sup>79</sup>. Es importante considerar que las medidas relacionadas con la salud fueron desarrolladas para pacientes con una determinada enfermedad y, por consiguiente, se centran en la salud, la habilidad de funcionamiento, el funcionamiento social y el deterioro debido a la enfermedad. Estas medidas no toman en consideración la complejidad de la dependencia de drogas o los factores individuales que pueden comprometer un tratamiento efectivo. Asimismo, no muestran el impacto a largo plazo del uso crónico de drogas en diversas áreas como la social, psicológica, física y ocupacional, y tampoco consideran el contexto social donde los drogodependientes viven, que es un componente clave en su CV<sup>90</sup>. Por ello, instrumentos como el MOS-HIV, que fue creado para individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no es aplicable para drogodependientes activos debido a que los efectos del consumo de drogas tienden a camuflar el impacto del VIH<sup>62</sup>. Un instrumento de CV que considera estas deficiencias, y por lo tanto es relevante señalar, es el *Injection Drug User Quality of Life Scale* (IDU-QOL)<sup>11,79</sup>, que considera las circunstancias únicas e individuales que determinan la CV percibida en varias áreas de vida que son valoradas por el propio paciente como importantes para su CV. Las dimensiones que evalúa fueron extraídas de la literatura científica y a través de grupos de discusión con población adicta para asegurar la inclusión de todas las áreas de vida que son relevantes de la realidad física, social, psicológica, ocupacional y geográfica de este tipo de población. Actual-

**Tabla 1.** Instrumentos de medición de calidad de vida más utilizados con población drogodependiente

Nombre	Áreas	Pacientes en los que ha sido utilizado
World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF)* <sup>30,31</sup>	Salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente	Drogodependientes con trastorno bipolar <sup>32</sup> Dependientes de opiáceos con trastorno psiquiátrico en eje I <sup>33</sup> Esquizofrénicos con dependencia a sustancias <sup>34</sup> Dependientes de alcohol, heroína, cocaína <sup>35</sup> Drogodependientes <sup>37</sup>
Láminas COOP/WONCA* <sup>36</sup>	Salud física, sentimientos, actividades de la vida diaria, actividad social, cambio de salud, estado de salud, dolor, apoyo social, calidad de vida	
MOS-SF-35* <sup>38</sup>	Percepción general de salud, dolor, incapacidad, funcionamiento laboral, funcionamiento social, salud mental, energía y fatiga, grado de preocupación por la salud, funcionamiento cognitivo, percepción del cambio de salud	Dependientes de heroína incluidos en programa de mantenimiento con metadona <sup>38</sup>
Short Form-36* <sup>39</sup>	Salud física, salud general, salud mental, dolor corporal, limitación en la vida cotidiana, funcionamiento social, vitalidad	Dependientes de nicotina <sup>40-42</sup> Dependientes de alcohol <sup>43-49</sup> Drogodependientes con o sin virus de la hepatitis C <sup>50-53</sup> Adictos a sustancias psicotrópicas <sup>54</sup> Policonsumidores <sup>55</sup> Dependientes de heroína en programa de mantenimiento con metadona <sup>19</sup> Consumidores de cannabis <sup>56</sup> Drogodependientes con VIH <sup>57</sup> Dependientes de alcohol con trasplante de hígado <sup>58</sup> Drogodependientes con VIH <sup>60</sup> Dependientes de heroína con VIH <sup>61</sup> Drogodependientes de sustancias inyectables con VIH <sup>62</sup>
MOS-HIV* <sup>59</sup>	Salud física, incapacidad, funcionamiento social, bienestar emocional, energía y fatiga, funcionamiento cognitivo, salud general, angustia sobre la salud, calidad de vida, transición de salud	
Lancashire Quality of Life Profile* <sup>63</sup>	Trabajo, ocio, religión, finanzas, condiciones de vida, legalidad y seguridad, relaciones familiares, relaciones sociales y salud. Incluye una escala analógica visual de calidad de vida global	Dependientes a opiáceos <sup>64</sup> Dependientes a opiáceos en programa de mantenimiento con metadona o programa de mantenimiento con buprenorfina <sup>18</sup> Dependientes de alcohol <sup>65,66</sup> Abusadores de sustancias con trastorno mental severo <sup>67</sup> Dependientes de alcohol en tratamiento no ambulatorio <sup>69</sup> Dependientes de alcohol con cirrosis alcohólica <sup>70</sup> Dependientes de heroína en tratamiento de mantenimiento con metadona <sup>71</sup> Drogodependientes <sup>73</sup> Mujeres embarazadas drogodependientes (estudio de validación) <sup>72</sup>
Nottingham Health Profile (NHP)* <sup>68</sup>	Nivel de energía, dolor, reacción emocional, sueño, aislamiento social, capacidades físicas	Dependientes a benzodiacepinas <sup>75</sup>
Quality of Life Index (QOLI)* <sup>72</sup>	Autoestima, metas y valores, salud, educación, trabajo, creatividad, juego, ayuda a otros, amigos, vecindario, comunidad, vivienda, niños, amor, dinero, parientes	Drogodependientes <sup>77</sup>
Health-Related Quality of Life battery (HRQOL)* <sup>74</sup>	Energía y fatiga, conducta social, funcionamiento cognitivo, funcionamiento en el hogar y bienestar general	
Multidimensional Index of Life Quality (MILQ)* <sup>76</sup>	Salud mental, funcionamiento físico, salud física, funcionamiento cognitivo, intimidad, funcionamiento social, productividad, relación con profesionales de la salud y estatus financiero	

(continúa en pág. siguiente)

**Tabla 1.** Instrumentos de medición de calidad de vida más utilizados con población drogodependiente (*continuación*)

Nombre	Áreas	Pacientes en los que ha sido utilizado
<i>Quality of Well-Being Scale (QWB)</i> <sup>78</sup>	Funcionamiento físico, funcionamiento social, y actividades de la vida diaria	Abusadores de sustancias que no acuden a tratamiento (en estudio de validación) <sup>78</sup>
<i>Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL)</i> <sup>**11</sup>	Siendo útil, drogas, tratamiento de drogas, educación, familia, sentirse bien, amigos, reducción de daño, salud, cuidado de salud, vivienda, independencia, actividades de ocio, dinero, seguridad en el barrio, compañero/a(s), recursos en la comunidad, sexo, espiritualidad, transporte, tratado por otros	Drogodependientes por vía inyectada (estudio de validación de cuestionarios) <sup>11,79</sup>
<i>McGill QoL Questionnaire (MQOL)</i> <sup>80</sup>	Física, psicológica, existencial y apoyo. Especial para pacientes con cuidado paliativo	Dependientes de heroína <sup>81</sup>
<i>Smoking-cessation quality of life questionnaire</i> <sup>82</sup>	Autocontrol y dominio, funcionamiento cognitivo, sueño, ansiedad y calidad de interacciones sociales	Dependientes de nicotina <sup>83</sup>
<i>Rotterdam Symptoms Checklist (RSCL)</i> <sup>84</sup>	Síntomas físicos (fatiga, dolor gastrointestinal y quimioterapia), síntomas psíquicos, actividades de la vida diaria y calidad de vida global	Dependientes de alcohol con cáncer <sup>69</sup>
<i>Life Situation Survey (LSS)</i> <sup>85</sup>	Sueño, autoestima, salud, ingresos, nutrición, autonomía, tensión, apoyo afectivo social, trabajo, ambiente, ocio, nivel de energía, igualitarismo, humor, amor y afecto, movilidad, apoyo público, seguridad, perspectiva, apoyo social	Dependientes de alcohol <sup>86</sup>
<i>EuroQol (EQ-5D)</i> <sup>87</sup>	Movilidad, cuidado personal, actividades de la vida diaria, dolor y malestar, ansiedad y depresión. Incluye una escala analógica visual de calidad de vida global	Dependientes de alcohol abstinentes <sup>88</sup> Dependientes de alcohol <sup>89</sup>

\*Validado en población española; \*\*validado en población española en drogodependientes con sustancias inyectables y no inyectables; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

mente se encuentra en proceso de validación en población española la versión para drogodependientes por vía inyectable y no inyectable (*Drug User Quality of Life Scale-DUQOL-Spanish*).

Existe un debate sobre la validez de medidas de CVS obtenidas en pacientes con trastornos psiquiátricos, particularmente en esquizofrénicos. Al respecto, el estudio de Whitt et al<sup>91</sup>, con pacientes con psicosis establecida y 4 años después de su primer episodio, muestra la existencia de correlaciones robustas entre evaluaciones subjetivas y objetivas, concluyendo qué medidas de autoinforme son válidas y deben formar parte de la evaluación general de CV entre pacientes con trastornos psicóticos. Sin embargo, ante posibles deficiencias o limitaciones por parte del paciente se ha elaborado el inventario *Capacity to Report Subjective Quality of Life Inventory (CapQOL)*<sup>92</sup>, que valora la capacidad del paciente para informar sobre su CVS o si por el contrario no es capaz de informar debido, entre otros motivos, al deterioro cognitivo, trastornos de

la comunicación, síntomas de estrés o cansancio por completar el instrumento de medición.

### Consideraciones metodológicas al elaborar o seleccionar un instrumento de calidad de vida

Los instrumentos de CV se utilizan con tres propósitos principales: como instrumentos discriminantes, que permiten diferenciar entre pacientes que tienen mejor y peor CV en un momento determinado; como instrumentos evaluativos, al medir cuánto ha cambiado la CV de los pacientes en dos momentos distintos; y como instrumentos predictivos, al intentar predecir la CV futura a partir de una medición única actual. La construcción de instrumentos de medición de CV dependerá del propósito que se persiga<sup>93</sup>.

Además de considerar el propósito para el que se elabora el instrumento, es necesario que éste muestre pro-

piedades que permitan obtener datos válidos y fiables para su uso en la práctica e investigación clínica. A este respecto, en el proyecto ePRO se ha desarrollado y aplicado un procedimiento estandarizado de evaluación de instrumentos de medida de CVRS<sup>94</sup> que se basa en la propuesta del Comité Científico del *Medical Outcome Trust*<sup>95</sup>. Este procedimiento es una especie de guía tanto para la construcción de instrumentos de resultados percibidos por los pacientes, como para orientar a autores o evaluadores de futuras publicaciones sobre instrumentos de CV y la presentación de los métodos y resultados<sup>94</sup>. El proyecto ePRO presenta 8 atributos fundamentales que debe tener un instrumento de medición:

1. **Modelo conceptual y de medida.** Descripción razonada de los conceptos y poblaciones que se pretenden evaluar, así como las relaciones entre esos conceptos. El modelo conceptual se materializa a través del modelo de medida, que refleja los procedimientos que se siguen para la obtención de las puntuaciones<sup>94</sup>. Para la evaluación de la dimensionalidad de las escalas y el modelo de medida se suelen utilizar aproximaciones basadas en la teoría clásica de los test, como el análisis factorial y de componentes principales<sup>96</sup>.

2. **Fiabilidad.** Grado en que el instrumento carece de error aleatorio<sup>97,98</sup>, es decir, si son consistentes los resultados obtenidos cuando se aplica varias veces en la misma población o fenómeno<sup>21</sup>.

— **Consistencia interna:** grado en que todos los ítems miden el mismo constructo, analizado a través del coeficiente alfa de Cronbach y, con menor frecuencia, con el coeficiente Kuder Richardson KR-20<sup>94,99</sup>.

— **Reproducibilidad test-retest e interobservador:** grado en que los evaluados dan respuestas consistentes cuando es medido en dos ocasiones diferentes, y si hay acuerdo entre las mismas puntuaciones obtenidas por diferentes evaluadores en esas ocasiones<sup>100</sup>. Se emplean medidas de concordancia, habitualmente el coeficiente de correlación intraclass, por tratarse de medidas continuas<sup>101</sup>.

3. **Validez.** Es el grado en que un instrumento mide lo que se supone que mide<sup>7,102</sup>. Se consideran tres tipos de validez:

— **Validez de contenido:** grado en que se incorpora el fenómeno que se pretende medir, el cual suele evaluarse mediante la participación de paneles de expertos y de pacientes.

— **Validez de constructo:** grado en que el instrumento refleja la hipótesis o teoría en que se basa<sup>100,103</sup> fundamentado en la descripción de las complejas interrelaciones entre las medidas realizadas con el instrumento y la constelación de conceptos integrados en

el modelo conceptual<sup>94</sup>. Se suele utilizar la correlación con medidas similares (validez de constructo convergente), u orientado hacia la identificación de falta de asociación con medidas dispares, o de diferencias en las puntuaciones entre grupos diferenciados o extremos según criterios clínicos o epidemiológicos (validez de constructo divergente). Las matrices multirrasgo-multimétodo suelen ser la técnica de elección para el estudio de las asociaciones<sup>94,104</sup>.

— **Validez de criterio:** grado en que las medidas obtenidas con el instrumento se asemejan a las obtenidas con un método de referencia<sup>94</sup>. Igualmente puede ser examinado comparándolo con el mejor indicador disponible<sup>100,103,105</sup>.

4. **Sensibilidad al cambio.** Es la capacidad del instrumento para detectar cambios hipotéticos, tales como los efectos del tratamiento en el tiempo<sup>8</sup>. En su evaluación se suelen comparar las puntuaciones obtenidas antes y después de un tratamiento<sup>94,106</sup>.

5. **Interpretabilidad.** Se refiere al grado en que es posible asignar un significado comprensible a las puntuaciones obtenidas, permitiendo relacionar las puntuaciones o las diferencias de esas puntuaciones con otras medidas<sup>107,108</sup>.

6. **Carga para el entrevistado y para el entrevistador.** Definido como el esfuerzo, las necesidades, las exigencias y el tiempo que la administración del cuestionario tiene para el entrevistado o para el entrevistador<sup>94</sup>.

7. **Formatos de administración.** Se debe describir tanto la forma estándar de administración como las alternativas (por ejemplo, la administración mediante personal entrenado de instrumentos asistidos por ordenador, autoadministración supervisada, administración por personas próximas, etc.)<sup>94,95</sup>.

8. **Adaptación cultural y lingüística (para instrumentos adaptados).** Referido a la equivalencia conceptual y lingüística de un instrumento con el original. Se señalan 4 pasos principales para la adaptación del instrumento: traducción, traducción inversa, realización de la versión predefinitiva y ensayo de administración<sup>94</sup>.

## ¿Cuándo evaluar calidad de vida y necesidades autopercibidas?

Crowe y Reeves<sup>109</sup> señalan que es conveniente y necesaria una evaluación continua de necesidades y problemas del paciente drogodependiente, dado que otras necesidades pueden emerger y ser prioritarias de atender durante el tratamiento. Otros autores señalan que es importante una monitorización del paciente durante

y tras el tratamiento para evaluar la CV entre otros resultados terapéuticos, especialmente si se comparte la premisa de que el trastorno por dependencia a sustancias debe ser evaluado y tratado como una enfermedad crónica. Los fundamentos en los que se basan para considerar las drogodependencias como una enfermedad crónica son la vulnerabilidad a la recaída durante un largo período de tiempo o a lo largo de toda la vida, la existencia de pacientes con múltiples recaídas tras el tratamiento y que las intervenciones disponibles no corrigen la esencia del problema, pues no realizan un cambio en los factores etiológicos de la dependencia, ni se obtiene la recuperación total. Es decir, el tratamiento fundamentalmente reduce el número y severidad de los síntomas o mejora el funcionamiento del paciente mientras está incluido en él<sup>110,111</sup>.

Por estos motivos es conveniente establecer un modelo de evaluación continua (monitorización) en todas las fases del tratamiento y tras el mismo, tanto de la CVS y otros indicadores de resultados terapéuticos, como de las necesidades autopercibidas y de los problemas asociados al consumo. Un procedimiento de evaluación con estas características contribuiría asimismo a mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y el paciente y permitiría establecer un mejor entendimiento recíproco<sup>2</sup>.

## Conclusiones

Aunque no existe un concepto de CV universalmente aceptado es recomendable una definición que considere varios aspectos de la vida, además de aquellos relacionados con la salud, a la hora de ser medidas en población drogodependiente. La mejora de CVS se considera primordial para el control de los síntomas y para la efectividad del tratamiento de los pacientes atendidos en salud mental.

Debido a la estrecha relación existente entre la atención de las necesidades autopercibidas por parte del paciente y la CVS, es conveniente implementar una política activa capaz de evaluar y atender las necesidades autorregistradas por los pacientes. Se apoyan así las afirmaciones realizadas por Thornicroft y Tansella<sup>112</sup> referentes a que «la evaluación de las necesidades autopercibidas debe tener mayor influencia en la planificación y atención al paciente».

Asimismo, es necesario monitorizar la CVS y otros indicadores de resultados terapéuticos en todas las fases del tratamiento, pues mejoraría la comunicación con la población atendida y facilitaría una mejor comprensión del paciente. Por otra parte, sería conveniente la proliferación de estudios de calidad de vida en población drogodependiente en España.

## Bibliografía

1. Globe DR, Hays RD, Cunningham WE. Associations of clinical parameters with health-related quality of life in hospitalized persons with HIV disease. *AIDS Care*. 1999;17:71-86.
2. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, et al. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med*. 2005;35:1655-65.
3. Ruggeri M, Gater R, Bisoffi G, Barbui C, Tansella M. Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 5. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:131-40.
4. Wood-Dauphine S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*. 1999;52:355-63.
5. Cummins RA, McCabe MP, Romeo Y, Gullone E. The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educ Psychol Meas*. 1994;54:372-82.
6. Leidy NK, Revicki DA, Geneste B. Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*. 1999;2:113-27.
7. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance WG. Methods for the economic evaluation of health care programmes. York, UK: Oxford University Press; 1997.
8. Vanagas G, Padaiga Z, Subata E. Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)*. 2004;40: 833-41.
9. Dimenens ES, Dahlof CG, Jern SC, Wilklund IK. Defining quality of life in medicine. *Scand J Prim Health Care*. 1990;Suppl 1:7-10.
10. Bonomi A, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*. 2000;53:1-12.
11. Brogly S, Mercier C, Bruneau J, Palepu A, Franco E. Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Subst Use Misuse*. 2003;38:965-92.
12. Ware JE. Scales for measuring general health perceptions. *Health Serv Res*. 1976;11:396-415.
13. Croog SH, Levine S. Quality of life and health care interventions. New Jersey: Prentice Hall; 1989.
14. Gill TM, Feinstein AR. A Critical Appraisal of the Quality of Life Measurements. *JAMA*. 1994;272:619-26.
15. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Qual Life Res*. 1999;8:447-59.

16. Leplège A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA*. 1997;278:47-50.
17. Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet*. 1999;353:1101.
18. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, et al. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambulant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction*. 2003;98:693-702.
19. Habrat B, Chmielewska K, Baran-Furga H, Keszycka B, Taracha E. Subiektywna ocena jakosci zycia przez pacjentow uzaleznionych od opiatow przed przyjeciem, po 6 miesiacach i po roku uczestniczenia w programie metadonowym. *Przegl Lek*. 2002;59:351-4.
20. Ware JE. Methodological considerations in the selection of health status assessment procedures. En: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J, editores. *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Disease*. Greenwich: Le Jacq Publ.Co. 1984. p. 87-111.
21. Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, Barofsky I, Berzon R, Leidy NK, et al. Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Qual Life Res*. 2000;9:887-900.
22. Chren MM. Understanding research about quality of life and other health outcomes. *J Cutaneous Med Surg*. 1999;3:312-5.
23. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centered? *Br Med J*. 2001;322:1357-60.
24. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life defined by expectations or experience? *Br Med J*. 2001;322:1240-3.
25. Thornicroft G, Tansella M. *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
26. Priebe S, Huxley P, Burns T. Who needs needs? *Eur Psychiatry*. 1999;14:186-8.
27. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. *Psychol Med*. 2002;32:1339-43.
28. Slade M, Leese M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M, Thornicroft G. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom*. 2004;73:183-9.
29. Hankins CA. Syringe exchange in Canada: good but not enough to stem the HIV tide. *Subst Use Misuse*. 1998;33:1129-46.
30. Organización Mundial de la Salud. Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*. 1993;2:153-9.
31. Da Silva Lima AF, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQoL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. *Qual Life Res*. 2005;14:473-8.
32. Singh J, Mattoo SK, Sharan P, Basu D. Quality of life and its correlates in patients with dual diagnosis of bipolar affective disorder and substance dependence. *Bipolar Disord*. 2005;7:187-91.
33. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse*. 2005;40:1765-76.
34. Herman M. Neurocognitive functioning and quality of life among dually diagnosed and non-substance abusing schizophrenia inpatients. *Int J Ment Health Nurs*. 2004;13:282-91.
35. Del Olmo Gurrea R, Molina Bou N, Morales Galles E, Sánchez-Hervas E. Calidad de vida, sicopatología, procesos de cambio e historial adictivo en la dependencia a sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*. 2002;4:62-8.
36. Lizan L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
37. Lizan Tudela L, Reig Ferrer A, Richart Martínez M, Cabrero García J. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:76-80.
38. Iraurgi I. Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Rev Esp Drogodepend*. 1999;24:131-47.
39. Ware JE, Gandek B. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health*. 1994;23:49-73.
40. Wilson DH, Chittleborough CR, Kirke K, Grant JF, Ruffin RE. The health-related quality of life of male and female heavy smokers. *Soz Praeventivmed*. 2004;49:406-12.
41. Martínez JA, Mota GA, Vianna ES, Filho JT, Silva GA, Rodrigues AL Jr. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest*. 2004;125:425-8.
42. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1670-6.
43. Morgan MY, Landron F, Lehert P. Improvement in quality of life after treatment for alcohol dependence with acamprosate and psychosocial support. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28:64-77.
44. Kraemer KL, Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Gordon AJ, Kelley ME. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *J Gen Intern Med*. 2002;17:382-6.
45. Polak K. Ocena jakosci zycia zolnierzy zawodowych z rozpoznanyim zespolem zaleznosci alkoholowej. *Psychiatr Pol*. 2001;35:1057-70.
46. Daepen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1998;24:685-94.
47. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;21:899-905.
48. Patience D, Buxton M, Chick J, Howlett H, McKenna M, Ritson B. The SECCAT Survey: II. The Alcohol Related Problems Questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholism treatment. *Study of Socio-Economic Consequences and Costs of Alcoholism and Treatment*. *Alcohol Alcohol*. 1997;32:79-84.
49. Romeis JC, Waterman B, Scherrer JF, Goldberg J, Eisen SA, Heath AC, et al. The impact of sociodemographics, comorbidity and symptom recency on health-related quality of life in alcoholics. *J Stud Alcohol*. 1999;60:653-62.
50. Dalgard O, Egeland A, Skaug K, Vilimas K, Steen T. Health-related quality of life in active injecting drug users with and without chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2004;39:74-80.

51. Kertesz SG, Larson MJ, Horton NJ, Winter M, Saitz R, Samet JH. Homeless chronicity and health-related quality of life trajectories among adults with addictions. *Med Care.* 2005;43:574-85.
52. Morgan TJ, Morgenstern J, Blanchard KA, Labouvie E, Bux DA. Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *Am J Addict.* 2003;12:198-210.
53. Garg N, Yates WR, Jones R, Zhou M, Williams S. Effect of gender, treatment site and psychiatric comorbidity on quality of life outcome in substance dependence. *Am J Addict.* 1999;8:44-54.
54. Baumann M, Bonnetaud F, Briancon S, Alla F. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. *J Clin Pharm Ther.* 2004;29:405-15.
55. McCarthy WJ, Zhou Y, Hser YI, Collins C. To smoke or not to smoke: impact on disability, quality of life, and illicit drug use in baseline polydrug users. *J Addict Dis.* 2002;21:35-54.
56. Eisen SA, Chantarujakpong S, Xian H, Lyons MJ, Toomey R, True WR, et al. Does marijuana use have residual adverse effects on self-reported health measures, socio-demographics and quality of life? A monozygotic co-twin control study in men. *Addiction.* 2002;97:1137-44.
57. te Vaarwerk MJ, Gaal EA. Psychological distress and quality of life in drug-using and non-drug-using HIV-infected women. *Eur J Public Health.* 2001;11:109-15.
58. Pereira SP, Howard LM, Muijesan P, Rela M, Heaton N, Williams R. Quality of life after liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transpl.* 2000;6:762-8.
59. Wu AW, Rubin AR, Mathew WC. A health status questionnaire using 30 items from the medical outcomes study: preliminary validation in persons with early HIV infection. *Med Care.* 1991;29:786-98.
60. Ruiz Pérez I, Rodríguez Bano J, López Ruz MA, del Arco Jiménez A, Causse Prados M, Pasquau Liano J, et al. Health-related quality of life of patients with HIV: impact of sociodemographic, clinical and psychosocial factors. *Qual Life Res.* 2005;14:1301-10.
61. Soler P, Carretero MD, Soler M, Martín C. Calidad de vida en enfermos de SIDA INTUS. 1996;7:39-55.
62. Carretero MD, Burgess AP, Soler P, Soler M, Catalán J. Reliability and validity of an HIV-specific health-related quality-of-life measure for use with injecting drug users. *AIDS.* 1996;10:1699-705.
63. Oliver J, Huxley P, Bridges K. *Quality of Life and Mental Health Services.* London: Routledge, 1996.
64. Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rossler H, Hinterhuber H, et al. Gender differences in health-related quality of life on admission to a maintenance treatment program. *Eur Addict Res.* 2005;11:69-75.
65. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2002;66:71-6.
66. Rudolf H, Priebe S. Subjective quality of life in female in-patients with depression: a longitudinal study. *Int J Soc Psychiatry.* 1999;45:238-46.
67. Schaar I, Ojeihagen A. Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003;38:83-7.
68. Hunt SM, McEwan T. The development of a subjective health indicator. *Soc Health Illness.* 1980;2:231-46.
69. Foster JH, Marshall EJ, Hooper RL, Peters TJ. Measurement of quality of life in alcohol-dependent subjects by a cancer symptoms checklist. *Alcohol.* 2000;20:105-10.
70. Mejías D, Ramírez P, Ríos A, Munitiz V, Hernández Q, Bueno F, et al. Recurrence of alcoholism and quality of life in patients with alcoholic cirrhosis following liver transplantation. *Transplant Proc.* 1999;31:2472-4.
71. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvaros J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse.* 2004;39:1353-68.
72. Daley M, Shepard DS, Bury-Maynard D. Changes in quality of life for pregnant women in substance user treatment: developing a quality of life index for the addictions. *Subst Use Misuse.* 2005;40:375-94.
73. Frisch MB, Clark MP, Rouse SV, Rudd MD, Paweleck JK, Greenstone A, et al. Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment.* 2005;12:66-78.
74. Revicki DA, Turner RR, Martindale JJ. Reliability and validity of a health-related quality of life-battery for evaluating outpatient antidepressant treatment. *Qual Life Res.* 1992;1:257-66.
75. Vorma H, Naukkarinen H, Sarna S, Kuoppasalmi K. Symptom severity and quality of life after benzodiazepine withdrawal treatment in participants with complicated dependence. *Addict Behav.* 2004;29:1059-65.
76. Avis NE, Smith KW, Hambleton RK, Feldman HA, Selwyn A, Jacobs A. Development of the multidimensional index of life quality. A quality of life measure for cardiovascular disease. *Med Care.* 1996;34:1102-20.
77. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2003;29:323-35.
78. Reynolds GL, Fisher DG, Klahn JA, Wood MM. Using the quality of well-being scale to assess quality of life in out-of-treatment drug users. *J Psychoactive Drugs.* 2003;35:497-502.
79. Hubley AM, Russell LB, Palepu A. Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): a validation study. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:43.
80. Cohen R, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: A Measure of Quality of Life Appropriate for People with Advanced Disease. *Pall Med.* 1995;9:207-19.
81. Fassino S, Daga GA, Delsedime N, Rogna L, Boggio S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug Alcohol Depend.* 2004;76:73-80.
82. Olufade AO, Shaw JW, Foster SA, Leischow SJ, Hays RD, Coons SJ. Development of the Smoking Cessation Quality of Life questionnaire. *Clin Ther.* 1999;21:2113-30.
83. Zilllich AJ, Ryan M, Adams A, Yeager B, Farris K. Effectiveness of a pharmacist-based smoking-cessation program and its impact on quality of life. *Pharmacotherapy.* 2002;22:759-65.

84. de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer*. 1990;62:1034-8.
85. Chubon R. Development of a Quality of Life rating scale for use in health care evaluation. *Eval Health Prof*. 1987;10:1034-8.
86. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000;24:1687-92.
87. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy*. 1990;16:199-208.
88. Cohn TJ, Foster JH, Peters TJ. Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addict Biol*. 2003;8:455-62.
89. Foster JH, Peters TJ, Kind P. Quality of life, sleep, mood and alcohol consumption: a complex interaction. *Addict Biol*. 2002;7:55-65.
90. Koch T. Life quality vs the 'quality of life': Assumptions and underlying prospective quality of life instruments in health care planning. *Soc Sci Med*. 2000;51:419-27.
91. Whitty P, Browne S, Clarke M, McTigue O, Waddington J, Kinsella T, et al. Systematic comparison of subjective and objective measures of quality of life at 4-year follow-up subsequent to a first episode of psychosis. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:805-9.
92. Wong JG, Cheung EP, Chen EY, Chan RC, Law CW, Lo MS, et al. An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. *Qual Life Res*. 2005;14:687-94.
93. Badía X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. *Atención primaria*. 5th ed (monografía en Internet): España: Elsevier; 2006 (citado 29 mayo 2006). Disponible en: <http://www.elsevier.es/librosvivos/martinzurro/indices.asp>
94. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:56-60.
95. Trust SACotMO. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review Criteria. *Qual Life Res*. 2002;11:193-205.
96. Wolff K, Rostami-Hodjegan A, Hay AW, Raistrick D, Tucker G. Population-based pharmacokinetic approach for methadone monitoring of opiate addicts: potential clinical utility. *Addiction*. 2000;95:1771-83.
97. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford; 1995.
98. Valderas JM, obotPSC, IRYSS Network. Development of a standardized assessment tool for patient reported outcomes: a pilot test with the ePRO instrument. *Qual Life Res*. 2005;14:2134.
99. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J*. 2001;322:1297-300.
100. Jenney M, Campbell S. Measuring quality of life. *Arch Dis Child*. 1997;77:347-50.
101. Prieto L, Lamarca R, Casado A. La evaluación de la fiabilidad en las observaciones clínicas: el coeficiente de correlación intraclass. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:142-5.
102. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-9.
103. Muldoon MF, Barger SD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ*. 1998;316:542-5.
104. Campbell DT, Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychol Bull*. 1959;56:81-105.
105. Dempster M, Donnelly M. Selecting a measure of health related quality of life. *Soc Work Health Care*. 2000;32:45-56.
106. Deyo RA, Diehr P, Patrick DL. Reproducibility and responsiveness of health status measures. *Statistics and strategies for evaluation. Control Clin Trials*. 1991;12:142S-58S.
107. Lydick E. Approaches to the interpretation of quality-of-life scales. *Med Care*. 2000;38:180-3.
108. Valderas JM, Alonso J, Prieto L, Espallargues M, Castells X. Content-based interpretation aids for health-related quality of life measures in clinical practice. An example for the visual function index (VF-14). *Qual Life Res*. 2004;13:35-44.
109. Crowe A, Reeves R, editores. *Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Coordination* (monografía en Internet). USA: Treatment Improvement Exchange;1994 [citado 24 noviembre 2005]. Disponible en: <http://www.treatment.org/Taps/Tap11/tap11toc.html>
110. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000;284:1689-95.
111. McLellan AT. Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*. 2002;97:249-52.
112. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2005;14:1-3.