

# Perfilando la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Percepciones de los investigadores (“stakeholders”)

**Jaap van Weeghel, PhD\***  
**Hans Kroon, PhD\*\***

\* Social scientist, head of the Research & Development Department of the Trimbos Institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction)

\*\* Clinical psychologist, head of the Reintegration Programme of the Trimbos Institute

THE NETHERLANDS

---

**RESUMEN** – La investigación en rehabilitación de personas con enfermedades mentales graves ha captado una gran atención en los últimos años, pero adolece de un perfil claro. Varios expertos en rehabilitación de Europa occidental participaron en un proceso de elaboración de un mapa conceptual para explorar los aspectos críticos de la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Los participantes se centraron en la investigación en rehabilitación y sus implicaciones prácticas. Los aspectos metodológicos fueron de importancia secundaria. En base a ello, surge un perfil de investigación en rehabilitación psiquiátrica: está basado en la investigación aplicada guiada por un objetivo de “emancipación”, y que produce conocimientos de uso inmediato para los pacientes y para la práctica (local).

---

## Introducción

Las políticas de desinstitutionalización han dado un fuerte impulso a la rehabilitación de los pacientes con enfermedades mentales graves en la mayoría de países occidentales (Anthony 1993, Sarraceno 1997, Pruebe y McCabe 2000). El concepto de la rehabilita-

ción psiquiátrica comprende muchos modelos y prácticas. Se refiere a la revaloración de pacientes como ciudadanos (misión), al entrenamiento de habilidades y apoyo (método), a la voluntad de centrarse en las necesidades y objetivos de los pacientes (actitud), y a la transición de una atención basada en el hospital a un sistema de atención comunitaria (organización de cuidados). Se ha enfatizado

que se debería hacer frente a todos estos aspectos si se pretende lograr la rehabilitación (Bachrach 1992, Cnaan *et al.* 1992).

Bajo esta amplia denominación común han aparecido varias aproximaciones a la rehabilitación. En el planteamiento tradición británico de Bennett (Watts y Bennett 1991) y Shepherd (1991, 1998) la rehabilitación casi coincide, en general, con la atención comunitaria. En la aproximación preferida por Liberman (1992) se solapan el tratamiento y la rehabilitación. A la inversa, la escuela de Anthony en Boston (Anthony *et al.* 1990) diferencia claramente entre tratamiento (minimizando la enfermedad) y rehabilitación (maximizando la salud). Hay una tendencia principal en este mar de diversidad. Las características comunes de los enfoques de la rehabilitación son: énfasis en la mejoría, una relación de confianza entre el paciente y el profesional, la implicación del paciente en la planificación y la definición de objetivos, los esfuerzos de rehabilitación en el propio entorno del paciente, la combinación de entrenamiento de habilidades y adaptación al entorno, y la disponibilidad de soporte al paciente todo el tiempo que sea necesario (Bachrach 1992, Cnaan *et al.* 1992).

Las publicaciones recientes expresan una ambición de la rehabilitación para alcanzar un mayor nivel de sofisticación científica (Anthony *et al.* 1999, Schene y Van Weeghel 1997). La investigación ya ha documentado la efectividad de intervenciones tales como tratamientos comunitarios asertivos, empleos protegidos, intervención familiar, auto-manejo de la enfermedad, y terapia cognitivo-conductual para los síntomas psicóticos (Barton 1999, Birchwood 1999, Mojtabai *et al.* 1998, Lehman 1998, Mueser y Bond 2000). Sorprendentemente, la mayoría de las revisiones no diferencian entre las intervenciones de rehabilitación en el sentido más estricto e intervenciones psicosociales (no médicas) en general.

A pesar del incuestionable avance, hay sólo una ligera evidencia de la efectividad de la rehabilitación (Anthony *et al.* 1999, Priebe y McCabe 2000). Se sabe poco acerca de qué partes de los programas investigados son cruciales para conseguir los efectos deseados, o sobre los grupos y circunstancias en las que tienen éxito (Herrman 1998, Priebe 1999, Mueser y Bond 2000). Algunas áreas clave como la elección del paciente y la toma de decisiones compartida, la educación, el ocio y recreo y la aceptación de la comunidad, han sido poco investigadas (Mueser *et al.* 1997). Además, todavía no se ha publicado ningún resultado de investigación riguroso sobre abordajes de conjunto tales como la tecnología de rehabilitación de Anthony y sus colaboradores.

La investigación en rehabilitación psiquiátrica está todavía en su infancia, no sólo por su baja priorización en la psiquiatría académica, sino también por razones intrínsecas y metodológicas. No hay procesos medibles de manera sencilla o indicadores de resultados en la investigación en rehabilitación. Por el contrario, los investigadores intentan operativizar “conceptos borrosos” como calidad de vida, habilitación (“empowerment”) y alianza en el trabajo (Priebe y McCabe 2000). El ensayo clínico aleatorio rara vez produce resultados sólidamente interpretables en el campo de la rehabilitación (Mueser y Bond 2000). Straus (1996) incluso cuestiona la relevancia de la investigación técnicamente avanzada para entender la recuperación y rehabilitación. La investigación en rehabilitación debería hacer justicia al papel crucial que los pacientes desempeñan en su propia rehabilitación y a la naturaleza subjetiva de los procesos de recuperación (Anthony 1993, Davidson y Strauss 1992). Se pretende que los pacientes mismos deberían tomar parte activa en la investigación en rehabilitación (Moxley 1995, Rapp

*et al.* 1993), por ejemplo mediante la operativización de la habilitación y otras medidas adecuadas de resultados (Chamberlin 1996).

Dada la naturaleza multifacética del concepto de rehabilitación, la heterogeneidad de las aproximaciones tradicionales y las amplias ramificaciones de las prácticas empleadas, no hay un acuerdo sobre el objetivo, los métodos o implicaciones de la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Estos temas apenas han sido tratados en la bibliografía. Este artículo explora las visiones de los investigadores y otros agentes responsables implicados acerca de los aspectos críticos de la investigación en rehabilitación psiquiátrica. En 1999, el primer Congreso Europeo sobre investigación en rehabilitación psiquiátrica se celebró en Ámsterdam. Este evento proporcionó una oportunidad para involucrar a los participantes en este estudio.

## Método

El estudio utilizó el mapeo conceptual ("concept mapping") para generar una visión de conjunto de la investigación en rehabilitación. El mapeo conceptual es un método particularmente adecuado para estructurar una discusión sobre un concepto difuso o sobre un tema difícil involucrando a muchas personas en un periodo de tiempo relativamente corto (Trochim 1989, Van Hoof *et al.* 2000). Combina un proceso de trabajo en grupo con análisis estadísticos multivariantes y termina con la interpretación en grupo del mapa conceptual resultante.

En este estudio, el proceso de mapeo conceptual consistió en tres sesiones: 1. Generación de declaraciones durante las sesiones de "tormenta de ideas" sobre el tema; 2.

Estructuración, por ejemplo, valoración y priorización de las declaraciones de la "tormenta de ideas" por orden de importancia y agrupándolas por semejanzas; 3. Interpretación colectiva del mapa conceptual informático generado.

A las tres sesiones asistieron diferentes subgrupos de participantes. En un procedimiento normal de mapeo conceptual suelen participar los mismos sujetos en las distintas fases del proceso. Debido al tiempo limitado disponible durante el congreso de Ámsterdam, se decidió organizar antes del mismo la sesión de "tormenta de ideas" sólo con participantes holandeses.

Los participantes se seleccionaron entre aquéllos con muchos años de participación activa en rehabilitación psiquiátrica o en investigación relacionada con la misma. Se invitó a participar a representantes de cuatro grupos: pacientes con trastornos mentales graves, cuidadores profesionales, gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias e investigadores. Veintiún participantes holandeses acudieron a la sesión de "tormenta de ideas": cuatro pacientes, seis cuidadores profesionales, seis gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias y cinco investigadores.

A la segunda sesión (agrupación y valoración) asistieron veinte delegados de la Conferencia Europea: dos pacientes psiquiátricos, seis cuidadores profesionales, cinco gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias y siete investigadores. (Esta clasificación es relativa en cierto modo, ya que diez participantes combinaron asistencia con investigación o gestión en su trabajo diario). Entre los participantes se incluían cuatro ponentes de la conferencia. Los participantes procedían de seis países europeos occidentales: Holanda (10), Bélgica (2), Gran Bretaña (2), Irlanda (2), Noruega (2) y Portugal (2).

Cinco de los diez participantes holandeses habían participado previamente en la sesión de “tormenta de ideas”. En la tercera sesión (interpretación del mapa conceptual) se incluyeron doce personas (un paciente, cuatro cuidadores profesionales, tres gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias y cuatro investigadores); todos habían participado en la segunda sesión.

## Procedimiento

El procedimiento general para el mapeo conceptual está descrito en detalle por Trochim (1989). Para este estudio, el procedimiento incluyó tres sesiones que fueron moderadas por la misma persona (el primer autor de este artículo). En la sesión de “tormenta de ideas” los participantes produjeron declaraciones a partir de la afirmación: “Un estudio puede calificarse de investigación en rehabilitación cuando...”. Se aplicaron las “reglas” generales de una “tormenta de ideas”. Se animó a los participantes para producir tantas declaraciones como fuera posible (con un límite máximo de 96). De hecho, el grupo produjo 75 declaraciones en aproximadamente una hora. Durante la sesión, las declaraciones fueron grabadas literalmente utilizando un ordenador portátil.

A continuación, las 75 declaraciones fueron traducidas del holandés al inglés, y se proporcionaron por duplicado a cada participante en la sesión de estructuración. Ésta incluyó dos tareas distintas: clasificar y valorar las declaraciones de la “tormenta de ideas”. Para la clasificación, se instruyó a cada participante para agrupar las 75 declaraciones en un mínimo de dos y en un máximo de doce grupos “de manera que tenga sentido para usted”. Para la valoración se instruyó a cada participante para puntuar

cada una de las 75 declaraciones en una escala de respuesta tipo Likert con cinco posibilidades en orden de importancia respecto a su propia idea de investigación en rehabilitación. Se requirió que cada punto de la escala Likert contuviera un número igual de posibles declaraciones. Posteriormente, se les pidió que diferenciassen y priorizassen las declaraciones, incluso en el caso de declaraciones que ellos considerasen de igual importancia.

Tras la sesión de estructuración, la información se introdujo en el ordenador y se hicieron los análisis de escalado (“scaling”) multidimensional (MDS) y los análisis de grupos (“cluster analyses”). Se generó con este procedimiento un mapa conceptual con nueve grupos. En la tercera sesión, los participantes debatieron/comentaron los nombres más adecuados para cada uno de los grupos. También identificaron agregaciones interpretables de grupos, o “regiones”, en el mapa conceptual. Finalmente, se debatieron/comentaron las posibles explicaciones para los grupos y la valoración de las declaraciones.

## Resultados

Las 75 declaraciones sobre los elementos críticos de la investigación en rehabilitación se clasificaron en nueve grupos diferentes. Durante la sesión de interpretación se dieron los siguientes nombres a dichos grupos: conceptualización, calidad de investigación, elección de sujetos, recuperación, control de la vida diaria, beneficios directos para los clientes, calidad de la atención y de los servicios, participación del paciente y, finalmente, un grupo pequeño combinando dos declaraciones aparentemente no relacionadas que no se detalla aquí (ver Figura 1).

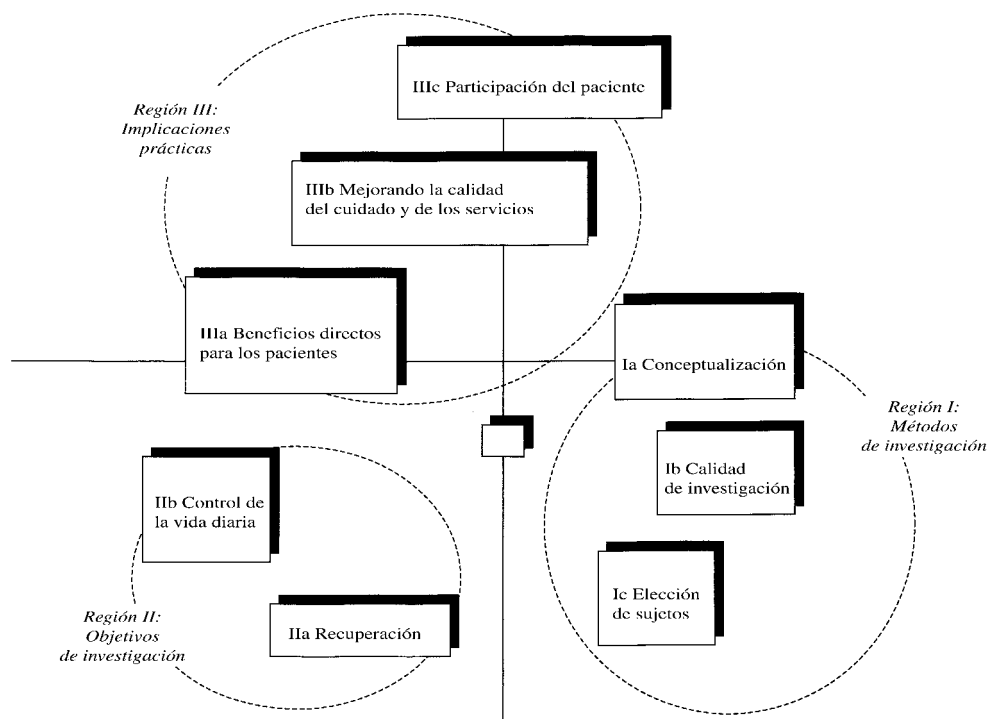


Figura 1. El mapa conceptual de la investigación en rehabilitación.

Cada conglomerado es una representación grupal del conjunto individual de declaraciones y se refiere a un aspecto relevante de la investigación en rehabilitación. La distancia entre las declaraciones refleja su correlación: cuando las declaraciones están cercanas entre sí es más probable que formen un grupo que cuando están muy alejadas. El mismo razonamiento se aplica a la distancia entre grupos: si están más cercanos, están más relacionados. Con esta idea en mente, los participantes en la sesión de interpretación estuvieron de acuerdo en que los ocho grupos deberían estar divididos en tres regiones etiquetadas como Método, Objetivos, e Implicaciones Prácticas del proyecto de investigación. En la Tabla I, los grupos están categorizados en cada región de acuerdo con el número de declaraciones, la priorización

media de declaraciones por grupo (donde el 1 indica la prioridad más baja y el 5 indica la prioridad más alta) y una corta descripción de las declaraciones con puntuación más alta y más baja en cada grupo.

Como se puede observar en la Tabla I, se da una alta prioridad a los conglomerados referidos al valor práctico de la investigación para el paciente y sus cuidadores, la vida diaria del paciente y sus propios esfuerzos para afrontar los problemas. Las declaraciones sobre la metodología de investigación y su contribución a mejorar el entendimiento de la naturaleza de la rehabilitación y su formulación teórica son de importancia secundaria. El grupo de la participación del paciente en la investigación tiene una posición media.

Tabla I

Los conglomerados (“clusters”) en el mapa conceptual de la investigación en rehabilitación psiquiátrica: contenidos y priorización

Región I: Métodos de investigación

Ia Conceptualización (9 declaraciones; priorización media 2,7)

La investigación contribuye a la formulación teórica y a definir rehabilitación, y se basa en los conocimientos previos existentes.

Ib Calidad de investigación (18 declaraciones; priorización media 2,7)

Esta es una investigación a largo plazo; los sujetos y los objetivos están claramente definidos. La investigación utiliza instrumentos validados o métodos cualitativos. Debería prestarse atención a los efectos y al proceso de rehabilitación. La prioridad de este grupo (“cluster”) es bastante baja debido a ítems que buscan una investigación breve y sencilla.

Ic Elección de sujetos (5 declaraciones; priorización media 2,8)

Los resultados se miden a nivel del paciente, a la vez que se presta atención a los miembros de la familia y a los cuidadores profesionales.

Región II: Objetivos de investigación

Ila Recuperación (6 declaraciones; priorización media 3,4)

La investigación se centra en los procesos de recuperación del paciente y presta atención a todos los dominios relevantes de la vida (vivienda, trabajo, relaciones sociales e íntimas). También se presta atención a los grupos de pacientes que muestran indicios pequeños pero ostensibles de recuperación, tales como pacientes difíciles de involucrar y pacientes que viven todavía en hospitales psiquiátricos.

Ilb Control de la vida diaria (14 declaraciones; priorización media 3,2)

Se presta atención al funcionamiento en la vida diaria de los pacientes fuera de los dispositivos de salud mental, a sus propios intentos de superar los problemas y a las estrategias de apoyo mutuo. Lo nuclear aquí es la perspectiva y experiencia del mismo paciente.

Región III: Implicaciones prácticas

IIIa Beneficios directos para los pacientes (8 declaraciones; priorización media 3,2)

La investigación aquí contribuye de manera concreta a la habilitación, recuperación e interacción social del paciente. Refleja lo que él/ella considera importante y le proporciona una nueva conciencia de su estado (“insight”).

IIIb Mejorando la calidad del cuidado y de los servicios (7 declaraciones; priorización media 3,5)

La investigación se centra en la mejora de los cuidados y de los servicios. Devuelve una información directa de los efectos que producen los esfuerzos de los cuidadores y los programas de cuidados. Predomina la aplicabilidad práctica de los resultados de la investigación.

IIIc Participación del paciente (6 declaraciones; priorización media 3,0)

Este grupo (“cluster”) establece un puente entre las Implicaciones Prácticas y el Método. El paciente participa en todas las fases de la investigación, especialmente en la formulación de las preguntas de investigación y la aplicación de los resultados.

Esta puntuación está descrita también en la Tabla II, donde se enumeran las “diez mejores” declaraciones individuales que deberían caracterizar idealmente la investigación en rehabilitación.

Los autores revisaron en la priorización las posibles diferencias entre subgrupos que integraban el mapeo conceptual. No se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre las prioridades de los participan-

Tabla II

Las diez declaraciones más priorizadas sobre la investigación en rehabilitación (n = 20)

- 
1. Se centra en mejorar la calidad de los cuidados y de los servicios (priorización media 4,4; "cluster" IIIB).
  2. Contribuye a la habilitación del paciente (priorización media 4,2; "cluster" IIIA).
  3. Se presta atención a los propios esfuerzos del paciente para manejar sus problemas (priorización media 4,1; "cluster" IIIB).
  4. Incluye todos los dominios relevantes de la vida del paciente (priorización media 4,1; "cluster" IIA).
  5. Se pide al paciente que establezca los objetivos de su rehabilitación (priorización media 4,1; "cluster" IIIC).
  6. Proporciona introspección al paciente sobre sus condiciones de vida y su propia percepción de éstas (priorización media 4,0; "cluster" IIB).
  7. Se centra en las experiencias de vida diaria de los pacientes (priorización media 3,9; "cluster" IIB).
  8. Tiene implicaciones prácticas para la provisión de cuidados (priorización media 3,8; "cluster" IIIB).
  9. Los objetivos de la investigación están claramente definidos (priorización media 3,8; "cluster" IB).
  10. Se centra en los temas que son importantes para el paciente (priorización media 3,7; "cluster" IIIA).
- 

tes holandeses (n = 10) y aquéllas de los participantes de los otros cinco países europeos (n = 10). También buscamos posibles diferencias entre los distintos "roles" de aquéllos que intervinieron: investigadores, cuidadores profesionales o gerentes (gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias). A nivel de grupo, estas diferencias fueron en general (muy) pequeñas, especialmente entre los cuidadores profesionales y los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias. Hubo, sin embargo, una ligera tendencia por parte de los investigadores a dar puntuaciones más altas a la región Objetivos (recuperación y control de la vida diaria) y por parte de los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias a dar puntuaciones más altas a los grupos de participación del paciente y calidad de la investigación.

Estas diferencias están claramente reflejadas a nivel de las declaraciones individuales. Por ejemplo, los investigadores dieron el segundo puesto a la declaración "se presta atención a los procesos naturales de recuperación" (priorización media de 4,7), mientras que para los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanita-

rias ésta fue la tercera declaración con prioridad más baja (2,2). Los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias dieron el segundo puesto a la declaración "los pacientes juegan un papel sustancial en la formulación de preguntas de investigación" (4,6), que es una posición sustancialmente más alta que la 43ª, otorgada por los investigadores (2,9). Los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias dan el décimo puesto a la declaración "se presta atención a la generalización de resultados de investigación" (3,8), mientras que los investigadores lo sitúan en el puesto 50º (2,6). También a nivel de las declaraciones individuales, los cuidadores profesionales dan una importancia considerable a una definición clara y a la formulación teórica en la investigación en rehabilitación. Ellos son los únicos que incluyen declaraciones del grupo Conceptualización entre sus diez mejores ("contribuye a una mejor teoría general de la rehabilitación" (4,2) y "sabemos cómo definir rehabilitación" (4,0). Los investigadores y los gestores de salud mental / planificadores de políticas sanitarias dan a esas declaraciones una puntuación mucho menor.

## Discusión

Los participantes del estudio identifican la investigación en rehabilitación psiquiátrica fundamentalmente por la combinación de sus objetivos y sus implicaciones prácticas. Desde su punto de vista, la investigación en rehabilitación debería proporcionar una visión de todas las facetas de la vida diaria de los pacientes y de sus intentos por recuperarse, con el propósito último de ayudar a ellos y a sus cuidadores a conseguir la habilitación (“empowerment”), participación en la comunidad y mejores cuidados y servicios.

La interpretación del mapa conceptual revela que todos los participantes dan más o menos igual importancia a todos los temas referidos a investigación futura en metodología de rehabilitación. Sin embargo, emerge una prioridad de relevancia práctica: los beneficios derivados de la investigación deberían tener un valor inmediato para los clientes y los proveedores de servicios. En cuanto a contenidos, se ha dado la prioridad más alta a la investigación sobre los procesos de habilitación y recuperación.

Muchas declaraciones subrayaron que la propia experiencia del paciente, sus objetivos y prioridades deben ocupar un lugar central en la investigación en rehabilitación para contribuir a su habilitación (Rapp *et al.* 1993). También se consideró importante involucrar a los pacientes en todas las fases de la investigación. Sin embargo, los participantes –un mínima parte de todos los investigadores– no llegar a afirmar que los pacientes deberían desempeñar siempre un papel directo en el diseño y realización de la investigación en rehabilitación.

Algunos aspectos académicos, tales como la metodología y la contribución a la formulación teórica, están relegados a un segundo nivel. Sin embargo, los participantes creen

que la investigación en rehabilitación es inevitablemente multifacética, compleja y prolongada. Los investigadores deberían prestar atención a los pacientes en todas las áreas de su vida diaria, deberían seguir su evolución a largo plazo y deberían respetar la heterogeneidad del grupo estudiado (ver Herrman 1998).

Deben mencionarse algunas limitaciones del estudio. Aunque el grupo de participantes incluyó una serie de figuras clave, el mapa conceptual no da un cuadro representativo de las ideas de los expertos en rehabilitación del Oeste de Europa. En el grupo había pocos pacientes para hacer justicia a sus perspectivas sobre el tema. Otra limitación fue que a la mayoría de los participantes se les pidió que agrupasen y priorizasen declaraciones que habían sido generadas en una sesión de “tormenta de ideas” en la que ellos mismos no habían participado.

La pregunta que surge plantea si los hallazgos dan un idea clara de la investigación en rehabilitación en psiquiatría en un futuro próximo. El énfasis en la relevancia sustancial y práctica es significativo: si gran parte de la investigación en rehabilitación anterior ha generado “conocimientos triviales sin implicaciones” (Priebe 1999), los participantes quieren claramente ver rectificada esta situación. Esto también implica que debería prestarse gran atención a la disseminación y aplicación de intervenciones basadas en datos (“evidencias”) en los servicios de rehabilitación típicos (Lehman 1998, Mueser y Bond 2000).

Los participantes no pensaron directamente en los estándares académicos especiales de la investigación en rehabilitación. Este resultado contra-intuitivo se ajustó en cierta manera durante la sesión de interpretación. Los investigadores, en particular, resaltaron que ellos obviamente dieron mucha importancia a los estándares académicos pero que, a este res-

pecto, la investigación en rehabilitación no fue marcadamente diferente de cualquier otro tipo de investigación. La investigación en rehabilitación debería tener también un diseño claro y debe hacer uso de instrumentos válidos y fiables. El abordaje utilizado no necesita necesariamente ser cualitativo o cuantitativo, una evaluación de un programa, o un estudio con grupos control. Dado el bajo estatus de la investigación en rehabilitación en el mundo académico (Priebe 1999), parece de particular importancia que se desarrolle una sólida metodología. Por ello, cada estudio de revisión reciente en este campo ha finalizado con sólidas recomendaciones metodológicas. Se ha recomendado también que la metodología elegida debería reflejar los objetivos y foco de atención de la investigación en rehabilitación (Celen *et al.* 1995).

La mayoría de los participantes asociaron un gran énfasis en la relevancia práctica en investigación en rehabilitación con la baja priorización de la definición conceptual y formulación teórica. Durante la sesión de interpretación, algunos de ellos expresaron la necesidad de ponerse a trabajar realmente en investigación en rehabilitación en lugar de continuar con las discusiones preliminares sobre aspectos conceptuales. Sin embargo, los aspectos de conceptualización y formulación teórica necesitan una atención adecuada (Bachrach 1992). Desde nuestra propia experiencia, en la práctica existe una confusión considerable con respecto a qué es o debería ser la rehabilitación en realidad, y qué añade a los cuidados y tratamientos existentes. Por esta razón, los cuidadores profesionales (quienes tienen que legitimizar la rehabilitación en su propia institución) dan, de hecho, importancia a la definición conceptual y a un sólido marco teórico.

Este estudio exploratorio refleja las muchas diferencias y retos en la rehabilitación psiquiátrica hoy en día, parte de los cuales pue-

den derivarse de la diversidad y de la dinámica de las prácticas actuales en este campo. Los resultados del estudio ofrecen un trampolín útil para una discusión sobre cómo perfilar la investigación en rehabilitación psiquiátrica para el futuro próximo. Los ocho aspectos que surgen del mapeo conceptual forman una ambiciosa agenda para mejorar la calidad de este importante campo de investigación.

## Conclusiones

Este estudio exploratorio generó un perfil para la investigación en rehabilitación psiquiátrica. Se trata de una investigación guiada por un objetivo de “emancipación”, que conlleva una aproximación holística hacia el paciente en su entorno natural, y que genera un conocimiento que es de uso inmediato para los pacientes y para la práctica (local). Tanto los aspectos académicos de la investigación en rehabilitación psiquiátrica como la participación activa de los pacientes en este tipo de investigación necesitan una mayor elaboración.

## Bibliografía

ANTHONY, W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M. *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, 1990.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M. The future of psychiatric rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28, 48-68, 1999.

ANTHONY, W., LIBERMAN, R.P. The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559, 1986.

- BACHRACH, L.L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1455-1463, 1992.
- BARTON, R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 525-534, 1999.
- BIRCHWOOD, M. Psychological and social treatments: course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 61-66, 1999.
- CHAMBERLIN, J. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46, 1997.
- CNAAN, R.A., BLANKERTZ, L., SAUNDERS, M. Perceptions of consumers, practitioners, and experts regarding psychosocial rehabilitation principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 95-119, 1992.
- DAVIDSON, L., STRAUSS, J.S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145, 1992.
- HERMANN, H. Long-term outcome and rehabilitation. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 175-182, 1998.
- HOOF, F. VAN, WEEGHEL, J. VAN, KROON, H. Building community support systems: Priorities of consumers, mental health professionals and community providers. *International Journal Social Psychiatry*, 46, 208-219, 2000.
- LEHMAN, A.F. Public health policy, community services, and outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 221-231, 1998.
- LIBERMAN, R.P. *Handbook of psychiatric rehabilitation*. Boston: Allyn and Bacon, 1992.
- MOJTABAI, R., NICHOLSON, R.A., CARPENTER, B.N. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569-587, 1998.
- MOXLEY, D.P. Rehabilitation in a postmodern age. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 125-128, 1995.
- MUESER, K.T., BOND, G.R. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 27-35, 2000.
- MUESER, K.T., DRAKE, R.E., BOND, G.R. Recent advances in psychiatric rehabilitation for patients with severe mental illness. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 123-137, 1997.
- PRIEBE, S. *Improving the scientific basis of rehabilitation practice*. Key note lecture at the 1st North West European Congress on Psychiatric Rehabilitation, Amsterdam, 6-8 June, 1999.
- PRIEBE, S., McCABE, R. Hospital and rehabilitation services. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 215-219, 2000.
- RAPP, C., SHERA, W., KISTHARDT, W. Research strategies for empowerment of people with severe mental illness. *Social Work*, 38, 727-735, 1993.
- SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 10-15, 1997.
- SCHENE, A.H., WEEGHEL, J. VAN. Psychosocial Rehabilitation: Many voices, one world. The fifth World Congress of WAPR in retrospect. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 3-10, 1997.
- SHEPHERD, G. Foreword: psychiatric rehabilitation in the 1990s. In: F.N. Watts, D.H. Bennett, D.H. (Eds.). *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons, 1991.
- SHEPHERD, G. Developments in psychosocial rehabilitation for early psychosis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 553-557, 1998.
- STRAUSS, J.S. *Improvement and rehabilitation*. Key-note lecture at the Fifth World Congress of Psychosocial Rehabilitation, Rotterdam, April, 1996.
- TROCHIM, W.K.M. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16, 1989.
- WATTS, F., BENNETT, D. *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons, 1991.
- ZEELLEN, J., SEYFRIED, E., WEEGHEL, J. VAN. *Vocational rehabilitation research in mental health*. Utrecht: Lemma, 1995.

Dirección para correspondencia:  
J. van Weeghel  
Trimbos Institute  
P.O. Box 725  
3500 AS Utrecht  
THE NETHERLANDS  
E-mail: jweeghel@trimbos.nl