

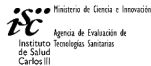
# Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias  
SESCS Núm. 2007/12

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



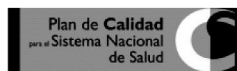
MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación  
Agencia de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias  
de Salud  
Canarias



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad  
para el Sistema Nacional  
de Salud



Gobierno  
de Canarias

Rodríguez Pulido F.

Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente / F. Rodríguez Pulido ... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, D.L. 2010. – 110 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCO ; 2007/12)

D.L. TF 1553-2010

ISBN

NIPO 477-09-036-6

1. Trastorno mental grave 2. Apoyo al Empleo 3. Efectividad.  
I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Ciencia e Innovación

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación.

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

Rodríguez Pulido F, Tallo Aldana E, Tost Pardell L, Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, Rivero Santana A, González Lorenzo M, Rodríguez García A, Hernández A de Sotomayor C. Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS: N° 2007/12.



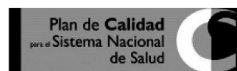
MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



Ministerio de Ciencia e Innovación  
Agencia de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias  
Instituto de Salud  
Carlos III



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL



Gobierno  
de Canarias



## Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a D<sup>a</sup>. Beatriz Duque González su apoyo como documentalista en la revisión, a D<sup>a</sup>. Thayli María León Plasencia su apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión, y a D<sup>a</sup>. Carmen Bujalance Jiménez su ayuda en labores de formato del informe.



# Índice

<b>Resumen</b>	<b>9</b>
<b>Summary</b>	<b>13</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>17</b>
<b>II. Objetivos de la revisión</b>	<b>21</b>
II.1. Objetivos primarios	21
II.2. Objetivos secundarios	21
<b>III. Metodología</b>	<b>23</b>
III.1. Diseño	23
III.2. Criterios de selección de los estudios de la revisión	23
III.2.1. Tipo de estudios	23
III.2.2. Tipo de participantes	24
III.2.3. Tipos de intervención	25
III.2.4. Tipos de medida de resultados	25
III.3. Estrategia de búsqueda, selección de los estudios, recogida de datos	26
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	27
III.5. Extracción y síntesis de datos	28
<b>IV. Resultados</b>	<b>29</b>
IV.1. Estudios incluidos	29
IV.2. Estudios excluidos	29
IV.3. Calidad metodológica	31
IV.3.1. Revisiones sistemáticas	31
IV.3.2. Ensayos clínicos	32
IV.3.3. Estudios comparativos	34

IV.4. Características de los estudios incluidos	36
IV.4.1. Revisiones sistemáticas	36
IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados y Estudios comparativos	40
IV.5. Resultados obtenidos	50
IV.5.1. Revisiones sistemáticas	50
IV.5.2. Ensayos clínicos aleatorizados y Estudios comparativos	51
<b>V. Discusión</b>	<b>65</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>79</b>
<b>VII. Implicaciones para la práctica</b>	<b>81</b>
<b>VIII. Implicaciones para la investigación</b>	<b>83</b>
<b>Contribución de los autores y revisores</b>	<b>85</b>
<b>Referencias</b>	<b>87</b>
<b>Anexos</b>	<b>93</b>
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	93
Anexo 2. Escala de Oxman	99
Anexo 3. Escala de Jadad	101
Anexo 4. Escala de Estabrooks (modificada)	102
Anexo 5. Niveles y grados de evidencia	104
Anexo 6. Referencias Estudios Incluidos	105
Anexo 7. Referencias Estudios Excluidos	107



# Resumen

## Introducción:

Existe una población de personas con trastorno mental, que busca su transición desde los entornos socio-sanitarios y sus programas terapéuticos, hacia el empleo como principal vía de integración social. En Estados Unidos y en Europa se están desarrollando nuevas iniciativas que reflejan los cambios registrados en las últimas décadas, tanto en la consideración social de las personas con enfermedad mental como en la manera de organizar y desarrollar las distintas intervenciones. Una de estas iniciativas es el apoyo al empleo que se refiere a servicios vocacionales que están basados directamente en la colocación de personas en empleos competitivos con seguimientos de apoyo continuos, en contraste con los servicios vocacionales tradicionales que usan extensivamente experiencias previas al empleo, valoraciones, habilidades de entrenamiento, consejos, experiencias de trabajo protegido y ajustes al trabajo.

El Apoyo y Ubicación Individual (IPS- Individual Placement and Support) es una variante del Empleo Apoyado que se caracteriza por seis principios fundamentales: 1) el empleo competitivo como meta, 2) búsqueda rápida de empleo, 3) integración de salud mental y rehabilitación, 4) atención a las preferencias del consumidor, 5) continua valoración comprensiva y 6) apoyo sin tiempo límite.

La moderna psiquiatría apunta que el empleo tiene mayor efecto que ninguna otra técnica en vincular al individuo con la realidad social que le rodea y que, desde el punto de vista terapéutico, rehabilitador e integrador, la actividad laboral se convierte en una necesidad vital para las personas con trastorno mental grave. En Europa, en países como Alemania e Italia, predominan las Cooperativas Sociales, o en España los Centros Especiales de Empleo. Estas iniciativas aunque facilitan empleo a las personas lo hacen en contexto protegidos, no en el mercado de empleo ordinario. En Estados Unidos, en los últimos años, se ha venido evaluando el uso de diferentes estrategias y sus resultados para la empleabilidad en el mercado ordinario de las personas con trastorno mental grave, y la casuística experimental descrita en la literatura científica parece señalar que el IPS logra una mayor efectividad en el logro del empleo competitivo que otras estrategias como por ejemplo la rehabilitación vocacional.

## Objetivo:

Analizar la efectividad del modelo IPS en las personas con trastorno mental grave y persistente en resultados vocacionales y no vocacionales frente a las intervenciones habituales de rehabilitación vocacional.

## Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes base de datos electrónicas desde 1998 hasta julio de 2007: MEDLINE, EMBASE, SCI, PreMedline, CRD, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO. El análisis bibliográfico se complementó con el examen de libros de comunicaciones a congresos (vinculados a Jornadas de Psiquiatría y Salud Mental) consultas manuales y vía Internet (sobre publicaciones y proyectos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Instrucciones Internacionales centradas en esta área de investigación).

## Criterios de selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdos entre ellos se acudió a un tercer revisor que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores para la elección del estudio. Se seleccionaron revisiones sistemáticas previas sobre el tema y sobre los estudios primarios publicados referentes a IPS para personas con trastorno mental grave y persistente. La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en inglés y/o español.

En cuanto al diseño de los estudios se incluyeron revisiones sistemáticas (RS), ensayos clínicos aleatorizados (ECA), ensayos clínicos controlados (ECC) y otros estudios comparativos (EC). Las intervenciones de los estudios debían utilizar el modelo de IPS, siguiendo los seis principios que componen este modelo (contenidos en su manual guía de implementación).

Los estudios debían reclutar a personas con trastorno mental grave y persistente que reuniera los siguientes criterios: a) un diagnóstico psiquiátrico principal de trastorno psicótico de naturaleza crónica (expresado en términos de sistemas de clasificación nosológica internacional: DSM o CIE); b) limitaciones en diferentes áreas del funcionamiento social; y c) presencia de la enfermedad durante dos

años o más. Se excluyeron los estudios de las personas que presentaran trastorno mental orgánico, trastorno del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores.

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyen en esta revisión debían evaluar algunos de los siguientes aspectos: resultados vocacionales (número de personas que consiguen un empleo competitivo, número de horas trabajadas, ganancias salariales, duración de los empleos, preferencias de empleos, satisfacción de la persona en el empleo, tasa de retención, pérdidas de seguimiento, efectos a largo plazo) y resultados no vocacionales (síntomatología y hospitalización, autoestima, funcionamiento cognitivo, calidad de vida, contacto social y apoyo social).

## Recopilación y análisis de datos:

Una vez identificados los estudios que seguían la intervención según el modelo IPS y que cumplían con los criterios de inclusión, se volcaron los contenidos en unas hojas/fichas de extracción de datos diseñadas previamente por el grupo de revisores. Posteriormente la información se clasificó en tablas de evidencia, siguiendo un protocolo estandarizado. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECA, la escala de Estabrooks para los ECC y EC, y la escala de Oxman para las RS. Los artículos y demás productos obtenidos de la literatura científica han sido valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia, con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.

## Resultados:

A partir de las bases de datos electrónicas se identificaron un total de 1709 referencias. Al eliminar los duplicados se revisaron 1056 referencias, de las que se seleccionaron 50 y se incluyeron 19 de ellas: 5 RS, 7 ECA reportados en 9 artículos, de los que uno además ofrece datos de un grupo de comparación, y 5 estudios comparativos.

En cuanto a la calidad metodológica de los ECA incluidos se obtuvo una puntuación media de 2,14 puntos (d.t. = 0,9). En el grupo de estudios comparativos la puntuación promedio de la calidad global de los cuatro estudios fue de 19,2 puntos (d.t = 2,28). Las revisiones sistemáticas incluidas alcanzaron las puntuaciones máximas en todas las categorías de la escala de calidad.

Se encuentran resultados consistentes que muestran que los grupos que han recibido la intervención de IPS superan significativamente a los respectivos grupos de control en el porcentaje de personas que obtienen un empleo competitivo, así como en el total de horas trabajadas, ingresos ganados, y semanas transcurridas en dichos trabajos competitivos. Las preferencias en el empleo se relacionan con la duración en el empleo. Cuando se considera cualquier tipo de trabajo pagado (por ejemplo, protegido) las diferencias obtenidas en ingresos y duración del trabajo no resultan tan intensas o consistentes a través de los estudios. Con respecto a los resultados no vocacionales, no se encuentran diferencias significativas entre programas en sus efectos sobre la sintomatología psiquiátrica, hospitalizaciones, autoestima, ajuste social o calidad de vida, ni tampoco que la inserción rápida en el empleo motive empeoramiento de la psicopatología.

## Conclusiones:

Existe una fuerte evidencia científica que sustenta que el modelo IPS de apoyo al empleo resulta más efectivo que los servicios tradicionales a la hora de promover la obtención de empleo competitivo por parte de personas con TMG, y de conseguir que en dichos empleos competitivos trabajen más horas, durante más semanas, y ganando más ingresos. Una vez establecida esta evidencia, la investigación futura deberá analizar aspectos más relacionados con la calidad del trabajo y los factores que influyen en su mantenimiento o terminación, así como los correlatos o predictores (demográficos, contextuales, clínicos, biográficos) de los resultados vocacionales.

No existe suficiente evidencia que avale el hecho de que la intervención vocacional mediante el modelo IPS produzca diferencias significativas frente a los servicios tradicionales en los resultados no vocacionales (sintomatología, hospitalizaciones, autoestima, calidad de vida), ni que la inserción rápida en el empleo este relacionado con un empeoramiento clínico. Esto no necesariamente ha de considerarse como una carencia del modelo, sino que alternativamente puede interpretarse como ausencia de efectos adversos que un ambiente de exigencia laboral podría producir en personas con TMG. En cualquier caso, es necesario analizar también las relaciones que puedan existir entre estas variables y el mantenimiento y rendimiento en el empleo, más allá de la simple obtención de éste, así como los efectos a más largo plazo de las intervenciones.

# Summary

## Introduction:

There are people with mental disorder who seek employment through their social integration. In the United States and Europe are developing new initiatives that reflect the latest changes, whether in social status of people with mental illness or to organize and develop different interventions. The support to employment is one of these initiatives. It refers to vocational services that are based directly on the placement of people in competitive jobs with follow up and support services in contrast to traditional vocational services that use extensively pre-employment experiences, assessments, skills training, councils, sheltered workshops, experiences and adjustments to work.

The Individual Placement and Support (IPS) is a variation of Supported Employment, which is characterized by six principles: 1) competitive employment as a goal, 2) clients are expected to obtain jobs directly, 3) rehabilitation is an integral component of treatment of mental health, 4) services are based on client's preferences and choices, 5) assessment is continuous and based on real work experiences, and 6) follow on support is continued indefinitely.

The modern psychiatry suggests that employment has more effect than any other technique to linking an individual with the social surroundings and becomes a vital necessity for people with serious mental health problem. In Europe, dominate social cooperatives in countries like Germany and Italy. In Spain dominate the special employment centres. These initiatives provide jobs to people in protected context, do not in market for regular employment.

Recently in the United States, it has been evaluated the use of different strategies and outcomes for employment directed to people with severe mental disorder. The scientific literature seems to indicate that the IPS achieves greater effectiveness in achieving competitive employment than other strategies such as vocational rehabilitation.

## Objectives:

To analyze the effectiveness of IPS to people with severe mental disorder in vocational and no vocational outcomes, opposite the usual care of vocational rehabilitation.

## Search strategy:

The following electronic databases were searched from 1998 to July 2007: MEDLINE, EMBASE, SCI, PreMedline, CRD, Cochrane Library, CINAHL and PsycINFO from 1998 to July 2007. Bibliographic searches were also completed with scrutiny of conference proceedings and annual reports (Conferences of Psychiatry and Mental Health) and hand searching was also carried out.

## Selection criteria:

The whole selection process for the studies was carried out by two reviewers. In case of doubt and/or disagreement, a third reviewer was consulted. This systematic review (SR) completes the information obtained in previous SRs with primary studies published on Individual Placement and Support (IPS) for people with severe mental health disorder. The selection of studies was limited to those studies published in Spanish and English. Regarding the studies design, we included Systematic Reviews (SRs), Randomized Controlled Trials (RCTs), Controlled Trials (CTs) and other Comparative Studies.

Studies had to recruit people with severe and persistent mental illness who fulfill the following criteria: a) a primary psychiatric diagnosis of chronic psychotic (DSM or ICD), b) restriction on different areas of social functioning, and c) presence of the disease for two years or more. Studies of people with organic mental disorder, learning disabilities, and mild psychiatric disorders were excluded.

Regarding the interventions, we included studies that compared IPS with a different intervention as usual care or vocational rehabilitation. The outcome measures included in this systematic review assessed the following aspects: vocational outcomes (number of people who achieve competitive employment, hours worked, wage gains, duration of employment, job preferences, satisfaction of employment, retention, attrition at the follow up, long-term effects) and non-vocational outcomes (symptoms and hospitalization, self-esteem, cognitive functioning, quality of life, contact and social support).

## Data collection and analysis:

Once the studies with IPS were identified and met all the inclusion criteria, the data were entered into data extraction sheets. These sheets

were specifically designed for: RCTs, CCTs and other comparative studies, and SRs. After that, the data were classified in evidence tables following the standardized protocol.

The quality of the studies was assessed using the Jadad Scale for the RCTs, the Estabrooks Scale for the CCTs and the other comparative studies, and the Oxman Scale for the SRs.

## Results:

A total of 1709 references in the electronic databases were found. Once the duplicates were discarded, 1056 references were reviewed. Next, were retrieved 50, of which 19 were included: 5 systematic reviews, 7 RCTs reported in 9 articles, 1 RCT that also offers data from a comparison group, and 5 comparative studies.

As for the methodological quality of RCTs included was an average score of 2.14 points (s.d = 0.9). In the comparative studies the average score for the overall quality of the studies was 19.2 points (s.d = 2.28). In the Oxman scale the Systematic Reviews reached the highest ratings in all categories.

The results indicate that the IPS groups was significantly better than the control groups in the percentage of people who obtained competitive employment, as well as the total hours worked, earned income, and weeks competitive in such work. Differences in income and working hours are not so consistent across studies when is considered any kind of paid job (for example, protected). As far as no vocational outcomes, there are not significant differences among programs in their effects on psychiatric symptoms, hospitalizations, self-esteem, social adjustment or quality of life.

## Conclusions:

There is strong evidence that the IPS model of supported employment is more effective than traditional services to promote the achievement of competitive employment for people with severe mental illness, and to get more hours and more weeks working on them, gaining more incomes. Once established this evidence, future research should analyze aspects more related to the quality of the work and the factors that influence their maintenance or termination, as well as the correlates and predictors (demographic, contextual, clinical, biographical) of the vocational results.

There is no enough evidence that the vocational intervention,

through the IPS model, produces significant differences compared to traditional services in non-vocational outcomes (symptoms, hospitalizations, self-esteem, quality of life). This will not be seen necessarily as a lack of the model, but alternatively can be interpreted as absence of adverse effects that a demanding work environment could produce in people with severe mental illness. In any case, it is also necessary to analyze the relationships that may exist between these variables and the maintenance and performance in the job, besides their acquisition, as well as longer-term effects of interventions.



# I. Introducción

El Estado del Bienestar es uno de los logros más significativos de la post-guerra en Europa. Hoy en día parece haber un consenso en que los gobiernos deben promover un equilibrio más claro entre los deberes del estado de facilitar bienestar y los deberes del receptor del Bienestar a cambio de la ayuda pública [1]. El empleo tiene múltiples beneficios económicos, sociales y psicológicos, al generar ingresos para el individuo, da una sensación de estabilidad y dirección en la vida, sentido de pertenencia, es facilitador de la identidad personal, mantenedor de la actividad física y mental, genera y potencia las relaciones y comunicación interpersonal, estructura el tiempo y crea riqueza para un país [2]. Una sociedad inclusiva debe proveer lo suficiente para las necesidades básicas de los que no pueden trabajar y debe reconocer la diversidad de metas que la vida ofrece.

Aunque no existen estadísticas fiables al respecto, se ha encontrado que entre un 60% y 70% de las personas con enfermedades mentales graves quieren trabajar en un empleo remunerado [3-5], aunque un 85% o más de esos pacientes, que están en el sistema público de salud mental no lo consiguen [6-8]. La mayoría prefieren el trabajo remunerado a los talleres de trabajo protegido [9] y al hospital de día [10]. Sin embargo, la mayoría de los pacientes no tienen acceso a servicios de empleo de ningún tipo. Menos de un 25% de los pacientes con enfermedad mental grave recibe algún tipo de asistencia para la reinserción laboral [11,12] y sólo una parte de esos pacientes tienen acceso al empleo asistido [13].

Por tanto, existe una población de personas con trastorno mental, creciente en número, que busca su transición desde los entornos socio-sanitarios y sus programas terapéuticos, hacia el empleo como principal vía de integración social. Sin embargo, hay literatura profesional acumulada [14,15] sobre las dificultades que la gran mayoría de estas personas presentan en este campo. Dichas dificultades, se cree que, resultan del encadenamiento concreto de distintos factores que dependen fundamentalmente de:

- La propia enfermedad, afectando a áreas muy diversas de la persona (cognitivas, perceptivas, afectivas, relacionales, etc.).
- Las repercusiones que la enfermedad tiene, en la historia personal de cada uno, sobre determinadas condiciones básicas para la

futura actividad laboral, determinando carencias educativas, ausencia de habilidades sociales, valores y aspiraciones habitualmente inadecuadas.

- El conjunto de barreras sociales desarrolladas a lo largo del tiempo y que incluyen aspectos que van, desde el efecto poco incentivador de las pensiones a todo el complejo de actitudes articulado por el estigma social y que afecta a los propios individuos, a su familia, a los profesionales y a otros agentes sociales como empresarios, compañeros de trabajo, etc.

La mayoría de estas dificultades están basadas en creencias o prejuicios estigmatizadores sobre la consideración del propio trastorno mental.

Históricamente se han utilizado diferentes estrategias para facilitar la incorporación laboral de las personas con trastorno mental grave [16-18]. El desarrollo de éstas ha venido marcada por la propia evolución de la economía, la política social de los países, el propio desarrollo de los recursos sanitarios, y los avances de la ciencia. Cada una de las estrategias, laborterapia institucional, empleo protegido, y la rehabilitación vocacional han sido las más dominantes en determinadas épocas históricas de acuerdo al desarrollo de la propia asistencia psiquiátrica [19-22]. Cada una de estas estrategias, con sus características, sus ventajas y sus inconvenientes, ha pretendido hacer efectivo el logro de la integración laboral de las personas con trastornos mentales crónicos.

Tanto en Estados Unidos como en Europa se han ido desarrollando nuevas iniciativas que reflejan los cambios registrados en las últimas décadas, tanto en la consideración social de las personas con enfermedad mental como en la manera de organizar y desarrollar las distintas intervenciones [23-26]. Una de estas iniciativas es el apoyo al empleo. El concepto de “empleo apoyado” se desarrolló inicialmente en el campo de las discapacidades del desarrollo, y en la década de los ochenta comenzó a ser adoptado por profesionales de la salud mental [27]. Esta estrategia se refiere a servicios vocacionales que están basados directamente en la colocación de personas en empleos competitivos con seguimientos de apoyo continuos, en contraste con los servicios vocacionales tradicionales que usan extensivamente experiencias previas al empleo, valoraciones, habilidades de entrenamiento, consejos, experiencias de trabajo protegido y ajustes al trabajo. Se ha comprobado que, aunque la gran mayoría de adultos con esquizofrenia identifican empleo competitivo como una de sus metas principales [4] tradicionalmente, los programas de rehabilitación

vocacional han fracasado en incrementar sus tasas de empleo competitivo porque estos tienen la tendencia de quedarse estancados en experiencias prevocacionales y nunca se mueven realmente hacia el empleo competitivo. Más concretamente, se han señalado los siguientes problemas a propósito de los programas tradicionales de rehabilitación vocacional: 1) los servicios disponibles son de tiempo limitado, 2) no hay incentivos para ubicar laboralmente a clientes con discapacidad severa, 3) la mayor parte del tiempo y dinero asignados se gastan en la determinación del grado de discapacidad y la elegibilidad, y no en los servicios directos, 4) hay pocos proveedores de servicios especializados en enfermedad mental grave, y 5) hay poca coordinación entre los servicios de rehabilitación vocacional y las agencias de salud mental [28].

El Apoyo y Ubicación Individual (IPS - Individual Placement and Support) es una variante del “Empleo Apoyado” que se caracteriza por seis principios fundamentales: 1) el empleo competitivo como meta, 2) búsqueda rápida de empleo, 3) integración de salud mental y rehabilitación, 4) atención a las preferencias del consumidor, 5) continua valoración comprensiva, y 6) apoyo sin tiempo límite [29,30].

La demostración de la efectividad del IPS ha debilitado, e incluso hace insostenible, la mayoría de las creencias clásicas que reposan en las siguientes afirmaciones o requerimientos: a) la necesidad imprescindible de la estabilización clínica y el control de los síntomas; b) el entrenamiento de habilidades y competencias previas; c) el estar preparados primero para el trabajo para entrar en el mercado laboral; d) el realizar evaluaciones exhaustivas para conocer sus déficit; e) enseñar técnicas de búsqueda; f) los consejos para cambiar las actitudes hacia el trabajo; g) establecer metas intermedias; h) funcionamiento separado de los servicios de salud mental y empleo; i) los pacientes no tienen preferencias realistas y son inestables sobre lo que ellos pueden y desean hacer; y j) el apoyo ofrecido debe ser por tiempo limitado.

La moderna psiquiatría señala que el empleo tiene mayor efecto que ninguna otra técnica en vincular al individuo con la realidad social que le rodea y que, desde el punto de vista terapéutico, rehabilitador e integrador, la actividad laboral se convierte en una necesidad vital para las personas con trastorno mental grave. En Europa, por ejemplo en Alemania e Italia, predominan las Cooperativas Sociales, mientras que en España los Centros Especiales de Empleo [26]. Estas iniciativas aunque facilitan empleo a las personas lo hacen en contexto protegidos, no en el mercado de empleo ordinario [19,22].

Por otra parte, en Estados Unidos, en los últimos años, se ha venido evaluando el uso de diferentes estrategias y sus resultados para la empleabilidad en el mercado ordinario de las personas con trastorno mental grave, y la casuística experimental, descrita en la literatura científica, parece señalar que el IPS logra una mayor efectividad en el logro del empleo competitivo que otras estrategias como la rehabilitación vocacional [31].

Esta revisión pretende aportar conocimiento científicamente válido y de gran valor para pacientes, profesionales, gestores de la sanidad y servicios sociales y de empleo, sobre qué tipo de estrategias para el logro del empleo competitivo son las más efectivas para las personas con trastornos mentales graves y persistentes, qué criterios o principios la definen y qué factores contextuales podrían favorecer o dificultar su eficacia.

## II. Objetivos de la revisión

Esta revisión pretende analizar y evaluar la efectividad de las estrategias de apoyo individualizado al empleo (IPS) frente a las estrategias tradicionales de rehabilitación vocacional, como estrategias que han sido diseñadas para mejorar los resultados de empleabilidad y de bienestar de las personas con trastorno mental grave.

### II.1. Objetivos primarios

- Analizar la efectividad del modelo IPS en las personas con trastorno mental grave y persistente en resultados vocacionales y no vocacionales frente a las intervenciones habituales de rehabilitación vocacional.

### II.2. Objetivos secundarios

- Identificar la repercusión del modelo IPS sobre las personas que logran emplearse.
- Identificación de instrumentos de medición de la fidelización de la tecnología empleada en el modelo IPS.
- Identificación de los contextos de aplicabilidad y de accesibilidad al modelo IPS.



# III. Metodología

## III.1. Diseño

Revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias para el logro del empleo de las personas con trastorno mental grave y persistente y sobre los factores que predicen mejores resultados en empleabilidad. Identificación de las estrategias de apoyo individualizado al empleo para comprobar cómo ayudar a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible y en qué medida mejorar los componentes implícitos en esos procesos de integración laboral en el mercado ordinario.

Para cumplir con los objetivos planteados, se desarrolló un protocolo detallado, que describe las siguientes etapas del proceso de búsqueda sistemática: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados, 3) selección de los títulos y abstracts que cumplan los criterios de selección, 4) revisión de los artículos completos que representen los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y la extracción de los datos de interés, y 6) análisis y síntesis de los datos.

## III.2. Criterios de selección de los estudios de la revisión

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### III.2.1. Tipo de estudios

La revisión integra la información de las revisiones sistemáticas previas sobre el tema, así como la de los estudios primarios publicados desde julio de 1998 hasta julio de 2007. La selección de estudios se limita a aquellos publicados en los idiomas inglés o español.

### III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios incluidos siguen alguno de los siguientes diseños de estudio:

- Revisiones sistemáticas (RS).
- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
- Ensayos clínicos controlados (ECC).
- Estudios comparativos (EC).

### III.2.1.2. Criterios de exclusión

- Estudios de cohortes, observacionales.
- Estudios de evaluación económica.
- Estudios cualitativos.
- Revisiones históricas.
- Estudios de un solo caso.
- Consenso de expertos.

## III.2.2. Tipo de participantes

Se incluyen los estudios donde los participantes son personas con trastorno mental grave y persistente y se excluyen todas las patologías psiquiátricas menores y los trastornos orgánicos.

### III.2.2.1. Criterios de inclusión

Se incluyen estudios con participantes que presenten los siguientes criterios:

- Personas con trastorno mental grave y persistente (TMG). Se considera trastorno mental crónico y persistente, aquél que en su valoración tenga en cuenta las tres dimensiones que se solapan, como son el diagnóstico clínico (generalmente psicosis), la discapacidad (funcionamiento) y su duración [32,33].
- Edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- No se encuentran en la fase aguda de la enfermedad.
- Los estudios cuyos participantes presentan dependencia activa a sustancias siempre que tengan un TMG como diagnóstico primario.



### III.2.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyen trastornos mentales orgánicos, trastornos del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores.

### III.2.3. Tipos de intervención

Se incluyen los estudios que realicen una intervención donde se lleve a cabo la estrategia de apoyo individualizado al empleo (modelo IPS), frente a otras estrategias de empleabilidad para el logro del empleo en el mercado ordinario con personas con trastorno mental grave y persistente.

#### III.2.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyen los estudios cuyas intervenciones están diseñadas para lograr el empleo competitivo de las personas con TMG, y están basados en los seis principales principios definidores del IPS.

#### III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluye cualquier abordaje en el cual no se implemente el modelo IPS en ninguno de los grupos de comparación.

### III.2.4. Tipos de medida de resultados

Para evaluar si la estrategia del IPS logra su objetivo y es efectiva, se han tenido en cuenta dos dimensiones: resultados vocacionales y no vocacionales.

#### III.2.4.1. Criterios de inclusión

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyen en esta revisión evalúan algunos de los siguientes aspectos:

- a) Resultados vocacionales:
  - Número de personas que consiguen un empleo competitivo.
  - Número de horas trabajadas.

- Ganancias salariales.
- Duración de los empleos.
- Preferencias de empleos.
- Satisfacción de la persona en el empleo.
- Tasa de retención, pérdidas de seguimiento.
- Efectos a largo plazo.

b) Resultados no vocacionales:

- a. Sintomatología y hospitalización.
- b. Autoestima.
- c. Funcionamiento cognitivo.
- d. Calidad de vida.
- e. Contacto social y apoyo social.

### III.3. Estrategia de búsqueda, selección de los estudios, recogida de datos

Para la búsqueda de estudios sobre el empleo de las personas con TMG, se consultaron las principales bases de datos electrónicas de medicina y de ciencias sociales entre 1998 y julio 2007 (ver tabla 1). La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo I.

El proceso de selección y la valoración de la calidad de los estudios, se realizó por dos revisores de forma independiente y en caso de duda y/o desacuerdos entre los dos revisores se acudió a un tercer revisor, que comprobara los criterios del protocolo e intentara llegar a un consenso con los otros dos revisores para la selección del estudio.

La selección de los estudios se realizó a partir de los abstracts recuperados de las bases de datos según los criterios de inclusión-exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta revisión. A continuación, se recuperaron las publicaciones completas, incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se podía determinar por el abstract, y volviendo a comprobar la concordancia con los criterios de la revisión.

**Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas**

<b>Base de datos</b>	<b>Periodo buscado</b>
MEDLINE	1998 a 2007
EMBASE	1998 a 2007
Science Citation Index (SCI)	1998 a 2007
PreMedline	Hasta 30 de julio de 2007
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	1998 a 2007
Cochrane (revisiones y CENTRAL)	Versión 2007
CINAHL	1998 a 2007
PsycInfo	1998 a 2007

Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés (nacional e internacional). Además se intentó contactar con los autores con mayor actividad en éste área para solicitarles otras posibles referencias publicadas.

### III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios fue realizada por dos revisores de forma independiente. En caso de duda y/o desacuerdo entre los dos revisores se procedió a resolverlas comprobando inicialmente los criterios del protocolo y posteriormente por consenso.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando las siguientes escalas:

- Escala de Oxman<sup>1</sup> [34] para las Revisiones Sistemáticas (RS).
- Escala de Jadad<sup>2</sup> [35] para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA).

---

1 Anexo 2. Escala de Oxman

2 Anexo 3. Escala de Jadad

- Escala de Estabrooks<sup>3</sup> [36] para los otros Estudios Comparativos (EC).

Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés (nacional e internacional).

### III.5. Extracción y síntesis de datos

Los artículos obtenidos en la búsqueda de la literatura científica fueron valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia<sup>4</sup>, con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

Una vez identificadas las referencias que cumplieran con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los datos (se dispuso de una hoja/ficha de extracción de datos para las revisiones sistemáticas, para los ensayos clínicos y para los demás estudios comparativos). Posteriormente se clasificó la información en tablas de evidencia, siguiendo el protocolo estandarizado.

En el protocolo estándar se contempló tanto la información general sobre el estudio, como la información específica sobre las características del estudio, y las medidas utilizadas para valorar los resultados. Para cada artículo, se tuvieron en cuenta las siguientes características:

- el autor de la publicación,
- el país de origen del estudio,
- características de la muestra,
- diseño y metodología del estudio,
- programa de intervención evaluado,
- la descripción del programa de intervención,
- resultados y conclusiones.

En el análisis de los datos se consideró, especialmente, cuáles eran los contextos sanitarios, sociales y culturales en los que se obtuvieron resultados tras la aplicación de la tecnología sanitaria revisada.

---

3 Anexo 4. Escala de Estabrooks

4 Anexo 5. Grados de calidad y evidencia

## IV. Resultados

Un total de 1709 referencias fueron localizadas en las bases de datos electrónicas, quedando 1056 referencias al eliminar los duplicados. Al revisar y valorar la idoneidad de las referencias por el título y el abstract, se seleccionaron inicialmente 644 referencias. Tras la lectura de los abstracts de los estudios se seleccionaron 50 de ellos.

La secuencia de revisión se muestra en la figura 1.

### IV.1. Estudios incluidos

De las referencias que fueron seleccionadas y revisadas se incluyeron 19 artículos<sup>5</sup> (Anexo 6). De ellos, 5 eran revisiones sistemáticas (Crowther 2001a, 2001b; Marshall 2001; Moll 2003; Twamley 2003); 7 ECA reportados en 9 artículos (Cook 2005, 2006; Drake 1999; Gold 2006; Latimer 2006; Lehman 2002; Mueser 2001, 2004; Twamley 2005), de los que 1 ECA además ofrece datos de un grupo de comparación (Twamley 2005), y 5 estudios comparativos (Bailey 1998; Becker 2001; Henry 2004; McHugo 1998; Rollins 2002).

### IV.2. Estudios excluidos

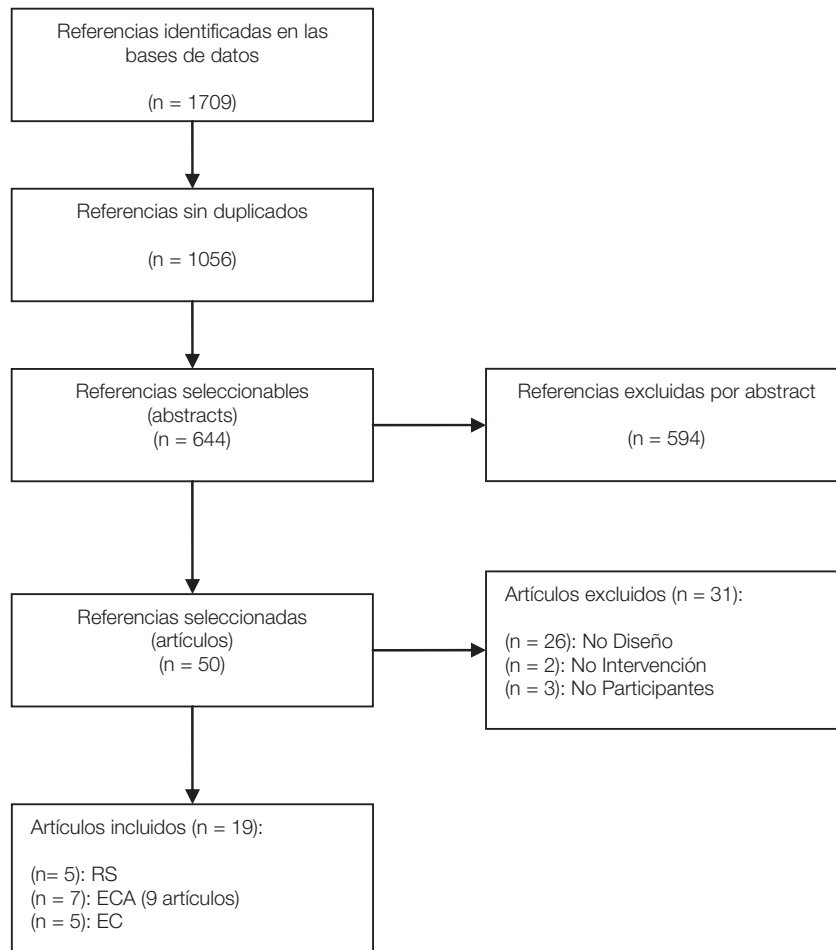
Se excluyeron 31 estudios tras la lectura de los 50 artículos originales seleccionados (ver Anexo 7). Los motivos de exclusión de estos artículos se detallan a continuación:

- 26 referencias por no cumplir los criterios de inclusión sobre el tipo de estudio.
- 2 referencias por no cumplir los criterios de inclusión sobre el tipo de intervención.
- 3 referencias por no cumplir los criterios de inclusión sobre el tipo de participantes.

---

<sup>5</sup> En adelante, las referencias de los estudios incluidos en esta revisión se citarán de la siguiente forma: Primer autor y año.

**Figura 1. Proceso de selección de referencias**



## IV.3. Calidad metodológica

### IV.3.1. Revisiones sistemáticas

Respecto a la calidad de las revisiones sistemáticas, se utilizó la escala de calidad de Oxman [34], cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos (Anexo 2). La escala de Oxman evalúa cinco categorías i) definición del tema de estudio de la revisión (2 puntos), ii) selección de los artículos de la revisión (2 puntos), iii) importancia y relevancia de los artículos incluidos en la revisión (2 puntos), iv) valoración de la calidad de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos), v) combinación de los resultados de los estudios incluidos en la revisión (2 puntos).

En la tabla 2 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada revisión sistemática incluida en esta revisión.

<b>Tabla 2. Nivel de Calidad de las revisiones sistemáticas (RS) (Escala de Oxman)</b>						
Estudio	Puntuación	Tema	Selección	Importancia	Calidad	Combinación
Crowther, 2001a	10	2	2	2	2	2
Crowther, 2001b	10	2	2	2	2	2
Marshall 2001	10	2	2	2	2	2
Moll 2003	8	2	2	2	2	0
Twamley 2003	7	2	2	1	0	2

Las revisiones de Crowther (2001ab) y Marshall (2001) alcanzaron las puntuaciones máximas en todas las categorías. Moll (2003) no realiza combinación de resultados, mientras que Twamley (2003) no evaluó la calidad de los estudios, y el criterio de “importancia” se puntuó con 1 debido al limitado número de bases de datos empleadas en la búsqueda.

### IV.3.2. Ensayos clínicos

Para evaluar la validez de los ensayos clínicos aleatorizados, se utilizó la escala de Jadad [35] y el ocultamiento de la asignación para evaluar la calidad de los estudios (Anexo 3). Esta es una escala en la que se contienen puntuaciones que oscilan entre 0 y 5 puntos. La escala utiliza tres criterios: i) la aleatorización, ii) el enmascaramiento o cegamiento, y iii) el control de las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignar un punto cuando se cumple el criterio y cero puntos cuando no se cumple, además, se da un punto adicional (bonificación) cuando se describe el método de aleatorización y además este es adecuado, y un punto mas cuando se describe el método de enmascaramiento (del paciente y del investigador) y además este es adecuado. Se resta un punto si el método de aleatorización se describe pero es inadecuado y un punto si se describe el método de enmascaramiento pero es inadecuado. El ocultamiento de la asignación ofrece una evaluación de la buena ejecución del esquema de asignación.

Ningún ensayo pudo utilizar una técnica de “doble ciego” debido a las dificultades inherentes al proceso de encubrimiento en las intervenciones psicosociales (en este caso exposición a una estrategia de empleo rápida), por lo que no habrá puntuaciones en el apartado de cegamiento, siendo la puntuación máxima a obtener por cada ECA de 3 puntos.

En la tabla 3 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de la calidad para cada ECA incluido en esta revisión.

De los siete ensayos clínicos que se seleccionaron y analizaron en esta revisión, tres obtuvieron la máxima puntuación posible (3 puntos), dos obtuvieron un nivel medio de calidad (2 puntos), y dos obtuvieron la puntuación mínima (1 punto). La puntuación media obtenida fue de 2,14 puntos, con una desviación típica de 0,9.

Para la categoría de “aleatorización”, la puntuación media fue de 1,43 (sobre 2) y la desviación típica de 0,53. Tres estudios describen el método de aleatorización, que fue considerado correcto.

En la categoría de seguimiento se obtuvo una media de 0,71 (sobre 1), con una desviación típica de 0,49. Dos estudios no ofrecieron dichos datos sobre las pérdidas en el seguimiento.



<b>Tabla 3. Nivel de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad)</b>							
Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación (OA) *	Nivel de evidencia	
Cook 2005, 2006 EE.UU.	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Drake 1999 EE.UU.	3	2	0	1	Desconocido	IB	
Gold 2006 EE.UU.	3	2	0	1	Desconocido	IB	
Latimer 2006 Canadá	3	2	0	1	Desconocido	IB	
Lehman 2002 EE.UU.	1	1	0	0	Desconocido	IB	
Mueser 2001, 2004 EE.UU.	2	1	0	1	Desconocido	IB	
Twamley 2005 EE.UU.	1	1	0	0	Desconocido	IB	

### IV.3.3. Estudios comparativos

Respecto a la calidad metodológica de los estudios comparativos se utilizó la escala de Estabrooks de calidad metodológica [36] (Anexo 4).

La escala original varía entre 0 y 35 puntos y en ella se evalúan seis categorías: 1) diseño y aleatorización (5 puntos), ii) reclutamiento (6 puntos), iii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iv) descripción de la intervención (4 puntos), v) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos) y vi) medidas de resultados (10 puntos).

Sin embargo, para evaluar la calidad metodológica se excluyó la categoría de diseño y aleatorización (ya que en los estudios comparativos no existe asignación aleatoria de la intervención). Se evalúan, por tanto, cinco categorías: i) reclutamiento (6 puntos), ii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iii) descripción de la intervención (4 puntos), iv) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos) y v) medidas de resultados (10 puntos). La puntuación máxima que podría obtenerse es de 30 puntos y el rango de puntuaciones podría variar entre 0 y 30 puntos.

El índice de validez a obtener para cada categoría varía con las puntuaciones obtenidas para cada categoría:

- i) reclutamiento (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto),
- ii) criterios de inclusión y de exclusión (0-1 bajo; 2-3 medio; 4 alto),
- iii) descripción de la intervención (0 bajo; 2 medio; 4 alto),
- iv) análisis estadístico y conclusiones (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto),
- v) medidas de resultados (0-4 bajo; 5-7 medio; 8-10 alto).

El índice total de validez en la escala puede ser “ALTO”, “MEDIO”, o “BAJO”. Y se calcula en función de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías. Así, si la mayoría de las valoraciones en cada una de las categorías es “baja”, el índice total será “BAJO”, si de las cinco categorías no hay más de dos con puntuaciones de “bajo” y no hay más de dos con puntuaciones de “alto”, el índice total será “MEDIO”, y si de las cinco categorías ninguna tiene puntuaciones de “bajo” y la mayoría son de “alto” entonces, el índice total será “ALTO”.

En la tabla 4 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad y validez para cada estudio comparativo incluido en esta revisión.

<b>Tabla 4. Nivel de Calidad de los estudios comparativos (EC) (Escala de Estabrooks versión reducida)</b>											
Estudio	Validez Total	Punt (/30)	Niveles de Calidad*			Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)	Nivel de evidencia
			A	M	B						
Bailey 1998 Reino Unido	MEDIO	17	1	3	1	4 (M)	1 (B)	2 (M)	5 (A)	5 (M)	III
Becker 2001 EE.UU.	ALTO	22	3	2	0	4 (M)	4 (A)	4 (A)	5 (A)	5 (M)	III
Henry 2004 EE.UU.	MEDIO	19	2	2	1	3 (M)	1 (B)	3 (A)	5 (A)	7 (M)	III
McHugo 1998 EE.UU.	MEDIO	21	2	3	0	4 (M)	4 (A)	2 (M)	6 (A)	5 (M)	III
Rollins 2002 EE.UU.	MEDIO	17	2	2	1	0 (B)	2 (M)	4 (A)	6 (A)	5 (M)	III

Niveles de calidad: A= alto; M= medio; B= bajo

En los estudios comparativos seleccionados y evaluados en esta revisión se obtuvieron puntuaciones en calidad metodológica que oscilaron entre 17 y 22 puntos (sobre un total de 30 puntos); la puntuación promedio de la calidad global de los cinco estudios fue de 19,2 (DT = 2,28). Un estudio obtuvo un índice de validez total “ALTO”, y el resto de “MEDIO”.

Las puntuaciones más altas se correspondieron con la categoría de “descripción de la intervención” y “análisis estadístico”, con 3 (sobre 4) y 5,4 (sobre 6), respectivamente.

Las puntuaciones más bajas correspondieron a la categoría de “reclutamiento” con una puntuación media de 3 sobre 6, “inclusión/exclusión” (2,4 puntos sobre 4), y “medidas de resultado” (5,4 puntos sobre 10).

## IV.4. Características de los estudios incluidos

### IV.4.1. Revisiones sistemáticas

Tres de las revisiones incluidas (Crowther 2001a, 2001b, Twamley 2003) tratan sobre rehabilitación vocacional en general, e incluyen intervenciones como casas clubes, rehabilitación psicosocial, entrenamiento prevocacional, o empleo apoyado (dentro del cual se sitúa el modelo IPS). Para las comparaciones relevantes a nuestros objetivos (empleo apoyado frente a atención comunitaria tradicional, o frente a entrenamiento prevocacional) incluyen los mismos seis estudios, excepto Twamley (2003), que omite un estudio recogido en las anteriores revisiones e incluye uno que se publicó con posterioridad a 2001.

Marshall (2001) revisa la efectividad de los centros de día para personas con trastorno mental grave, e incluye un apartado de rehabilitación vocacional.

La revisión llevada a cabo por Moll (2003) trata específicamente sobre la efectividad del modelo IPS, y además de ECA incluye estudios comparativos. De los cuatro ECA que incluye, tres están recogidos en las revisiones anteriores.

En la siguiente tabla se describen más detalladamente las características de las revisiones sistemáticas incluidas.

<b>Tabla 5. Características de las revisiones sistemáticas (RS)</b>				
Estudio	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios incluidos
Crowther 2001a	1966 a 1998 En PsycLIT desde 1887 a 1998	CINAHL The Cochrane Library EMBASE MEDLINE PsycLIT Búsqueda manual: Se examinaron las listas de referencias de los estudios elegibles y de revisiones, y se contactó a investigadores en el tema para identificar estudios sin publicar	Se incluyeron estudios controlados aleatorizados donde los participantes tenían un trastorno mental grave (esquizofrenia y trastornos similares, trastorno bipolar) con edades comprendidas entre los 18-65 años  Se compararon las siguientes intervenciones: - Entrenamiento prevocacional versus atención tradicional en el hospital  - Entrenamiento prevocacional (con atención tradicional en la comunidad) versus atención tradicional en el hospital  - Apoyo al empleo versus control de la comunidad  - Apoyo al empleo versus entrenamiento prevocacional	18 estudios controlados aleatorizados
Crowther 2001b	1966-1998 En PsycLIT desde 1887 a 1998	CINAHL EMBASE MEDLINE PsycLIT The Cochrane Collaboration	Se incluyeron estudios controlados aleatorizados donde los participantes tenían un trastorno mental grave (esquizofrenia y trastornos similares, trastorno bipolar) con edades comprendidas entre los 18-65 años	11 estudios controlados aleatorizados

Tabla 5. Características de las revisiones sistemáticas (RS)					
Estudio	Años búsqueda	Bases de datos	Criterios	Nº estudios incluidos	
			<p>Se compararon las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento prevocacional versus control de la comunidad</li> <li>- Apoyo al empleo versus control de la comunidad</li> <li>- Apoyo al empleo versus entrenamiento prevocacional</li> </ul>		
Marshall 2001	No disponible	<p>El Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group)</p> <p>MEDLINE EMBASE CINAHL PsycLIT</p> <p><u>Busqueda manual</u>: Se examinaron las listas de referencias de los estudios elegibles y de revisiones</p>	<p>Se incluyeron estudios controlados aleatorizados donde los participantes tenían un trastorno mental grave</p> <p>Se analizaron las siguientes comparaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento prevocacional versus atención tradicional en el hospital</li> <li>- Entrenamiento prevocacional versus control en la comunidad</li> <li>- Apoyo al empleo versus control de la comunidad</li> <li>- Apoyo al empleo versus entrenamiento prevocacional</li> </ul>	18 estudios controlados aleatorizados	

<b>Tabla 5. Características de las revisiones sistemáticas (RS)</b>					
<b>Estudio</b>	<b>Años búsqueda</b>	<b>Bases de datos</b>	<b>Criterios</b>	<b>Nº estudios incluidos</b>	
Moll 2003	1990- Febrero 2003	MEDLINE CINAHL AMED Psycinfo HealthStar BBM Biblioteca Cochrane	Se incluyeron estudios originales empíricos de intervenciones de apoyo al empleo  La intervención tenía que ser IPS o apoyo al empleo en personas con trastorno mental grave  Al menos un mínimo de estudios debían tener al menos un grupo control distinto a la intervención IPS  Se excluyeron: Revisión de manuscritos y meta análisis (aunque hacen referencia a ellos en la discusión). Intervenciones que mezclaban modelos (por ejemplo ACT y IPS). Artículos sobre discapacidades no psiquiátricas	4 estudios controlados aleatorizados  3 estudios cuasi experimentales	
Twamley 2003	1887- 2002 En Medline desde 1966 a 2002	Medline PsycINFO Búsqueda manual: Se examinaron las listas de referencias de los estudios elegibles y de revisiones	Se incluyeron estudios controlados aleatorizados donde los participantes tenían un trastorno mental grave, y donde las intervenciones tuvieran un interés explícito en proveer servicios vocacionales externos. Los artículos debían incluir datos de resultados vocacionales	11 estudios controlados aleatorizados	

## IV.4.2. Ensayos clínicos aleatorizados y Estudios comparativos

En las tablas 6 y 7 se pueden observar las características de los ensayos clínicos aleatorizados y de los estudios comparativos, respectivamente.

### IV.4.2.1. Características de los participantes

En lo que se refiere a los ECA, todos los estudios incluyen personas con trastorno mental grave, que en la mayoría de los casos (entre 45 y 90%) es un trastorno del espectro esquizofrénico. Aparecen porcentajes menores de trastorno bipolar u otros trastornos afectivos, así como trastornos de la personalidad.

La edad media de los participantes en los diferentes estudios osciló entre 38,5 y 49,0 años, y el porcentaje de hombres estuvo entre el 37,8% y 77,0%.

Para los estudios comparativos, la edad media de los participantes estuvo entre 36,8 y 45,1 años, y el porcentaje de hombres osciló entre 49,1% y 59,7%. Al igual que en los ECA, la esquizofrenia es el trastorno más frecuente, padeciéndola más del 50% de los participantes.

### IV.4.2.2. Características de las intervenciones

En todos los estudios el grupo experimental recibió una intervención basada en el modelo IPS de apoyo al empleo. El estudio de Cook (2005, 2006) merece mención aparte, pues se trata de un estudio multicéntrico en siete localidades diferentes de los Estados Unidos, donde la intervención no era exactamente la misma en todos los casos. En algunas ocasiones el modelo IPS se complementó con estrategias de reforzamiento de las redes sociales, o con grupos psicoeducativos multifamiliares. En otros centros, el modelo de apoyo al empleo se incluyó en un programa más amplio de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT). El estudio de Gold (2006), incluido en esta revisión, se realiza en uno de estos siete centros que conforman el estudio de Cook (2005, 2006), donde se combinó un programa ACT con el apoyo al empleo según el modelo IPS.

La mayoría de los estudios evalúan la fidelidad al modelo IPS de la intervención implementada mediante la escala *IPS Fidelity Scale* [37], obteniéndose puntuaciones que indican una alta fidelidad al modelo. Dos estudios no ofrecen datos a este respecto: Cook (2005, 2006) y Twamley (2005). El primero intenta compensar este hecho mediante la



comparación del uso de servicios vocacionales y psiquiátricos. El segundo se trata de un ensayo aleatorizado en proceso, donde sólo se ofrecen datos preliminares.

En general, los programas de intervención tuvieron una duración de dos años, excepto en el caso de Latimer (2006) y Twamley (2005), en los que la intervención tuvo una duración de un año, y en Drake (1999) que fue de un año y medio.

#### IV.4.2.3. Características de las condiciones de control

En los estudios de Mueser (2001,2004) y Lehman (2002) la intervención IPS se compara con un programa de rehabilitación psicosocial, donde además de entrenamiento vocacional preparatorio y empleos de tipo transicional, los participantes tenían acceso a otro tipo de servicios como grupos de apoyo, excursiones recreativas, servicios residenciales y centros de acogida.

Para el resto de estudios, la intervención IPS se comparó con el tratamiento habitual, que es referido con distinta denominación a través de los diferentes trabajos: servicios usuales (Latimer 2006), otros servicios vocacionales (McHugo 1998), programa tradicional (Gold 2006), tratamiento estándar (Mueser 2001, 2004, que incluye también un programa de rehabilitación psicosocial como control), rehabilitación vocacional reforzada (Drake 1999). Lógicamente, al tratarse de programas de intervención social diseñados e implementados en emplazamientos y comunidades diferentes, existen claras diferencias en los servicios ofrecidos, pero todos ellos coinciden en llevar a cabo un entrenamiento vocacional previo a la búsqueda de empleo, según la filosofía “train then place”, es decir, entrenar y luego colocar.

#### IV.4.2.4. Características de las medidas de resultado

La principal variable de resultados medida en todos los estudios fue el porcentaje de personas que lograron un empleo competitivo en algún momento del periodo de seguimiento.

Las otras variables vocacionales medidas fueron el número de horas y semanas trabajadas, y los salarios ganados, si bien estos parámetros no fueron evaluados por todos los estudios, o lo hicieron de forma diferente; por ejemplo, Cook (2005, 2006) y Drake (1999) no ofrecen el número total de horas trabajadas, sino el porcentaje de personas que trabajó más de un determinado número de horas.

En cuanto a las variables no vocacionales, se midieron:

- Sintomatología psiquiátrica y psicopatológica, mediante la escala *Brief Psychiatric Rating Scale* (Drake 1999; Latimer 2006; Bailey 1998; Becker 2001) o la *Positive and Negative Syndrome Scale* (Gold 2006; Mueser 2001, 2004)
- Hospitalizaciones (Drake 1999; Gold 2006; Becker 2001; Henry 2004)
- Autoestima, mediante las escalas *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Drake 1999; Gold 2006; Mueser 2001, 2004; Bailey 1998; Becker 2001), *Self-Esteem Rating Scale* (Latimer 2006), o entrevista estructurada (Lehman 2002)
- Calidad de vida: *Quality of Life Interview* (Drake 1999; Gold 2006; Lehman 2002; Mueser 2001, 2004, Bailey 1998; Becker 2001), *Wisconsin Quality of Life Interview* (Latimer 2006)
- Funcionamiento global: *Global Assessment Scale* (Drake 1999; Mueser 2001, 2004; Becker 2001), *Global Assessment of Functioning* (Latimer 2006), y social: *Social Provision Scale* (Latimer 2006), entrevista estructurada (Lehman 2002), *Social Adjustment Scale* y *Social Support and Social Network Interview* (Mueser 2001, 2004); *Workplace Network Grid* (Rollins 2002)

Tabla 6. Características de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Cook 2005, 2006 EE.UU.	1273 Estudio multicéntrico (7 centros)	35,3%	Participantes mayores de 18 años, desempleados y TMG según los criterios del Center for Mental Health Service  Diagnóstico (DSM-IV): - 50,7% trastorno del espectro esquizofrénico	38,5	53%	24 meses	GI= diferentes tipos de apoyo al empleo  GC= diferentes tipos de servicios usuales	<b>Vocacionales</b> Nº de empleos competitivos Horas trabajadas Ganancias mensuales
Drake 1999 EE.UU.	152	1,3%	Personas con TMG (según District of Columbia Commission on Mental Health Services) desempleadas y con interés en empleo competitivo  Diagnóstico (DSM-III-R): - 67,1% trastorno del espectro esquizofrénico - 13,8% trastorno bipolar - 16,5% trastornos depresivos - 2,6% otros trastornos del Eje I	39,4	38,8%	18 meses	GI= IPS  GC= Enhanced vocational rehabilitation (rehabilitación vocacional)	<b>Vocacionales</b> Empleo competitivo Permanencia en el empleo Salario Satisfacción con el empleo (JSS)  <b>No vocacionales</b> Síntomas psiquiátricos (BPRS) Autoestima (RSES) Calidad de vida (QOLI) Funcionamiento global (GAS)

Tabla 6. Características de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Gold 2006 EE.UU. (estudio en uno de los centros incluidos en Cook 2005)	143	38,9%	Participantes mayores de 18 años, desempleados y TMG según los criterios del Center for Mental Health Service  Diagnóstico (DSM-IV): - 68,5% trastorno del espectro esquizofrénico - 31,5% trastornos del estado de ánimo	18-25: 12,6%  26-45: 70,6%  >46: 16,8%	37,8%	24 meses	GI= ACT+ IPS  GC= Programa tradicional de rehabilitación vocacional	<b>Vocacionales</b> Tasas de empleo competitivo Empleos finalizados Ingresos Horas de trabajo semanales Semanas y horas trabajadas Uso de servicios  <b>No vocacionales</b> Síntomas (PANSS) Calidad de vida (QOLI)
Latimer 2006 Canadá	150	16,7%	Personas con TMG desempleadas y con interés en empleo competitivo  Diagnóstico (DSM-IV): - 16,8% trastorno esquizoafectivo - 59,1% otro trastorno del espectro esquizofrénico - 20,1% trastorno bipolar - 4,03% otros trastornos	40,3	61,7%	12 meses	GI= IPS  GC= Servicios usuales	<b>Vocacionales</b> Tasas de empleo total y competitivo Horas trabajadas Semanas trabajadas Salarios ganados  <b>No vocacionales</b> Síntomas (BPRS) Autoestima (SERS) Calidad vida (WQOLS) Redes sociales (SPS) Funcionamiento global (GAF)

Tabla 6. Características de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Lehman 2002 EE.UU.	219	31,1%	Personas con TMG, desempleados durante al menos 3 meses antes del inicio del estudio, que recibían atención psiquiátrica externa  DSM-IV: - 88% trastorno del espectro esquizofrénico - 12% trastornos del estado de ánimo	41,5	57%	24 meses	GI= IPS GC= PSR	<b>Vocacionales</b> Empleo competitivo Salario  <b>No vocacionales</b> (Entrevista estructurada) Actitud ante la medicación Autoestima Calidad de vida Motivación para el empleo Red social
Mueser 2001, 2004 EE.UU.	204	19%	Personas con TMG desempleadas  Diagnóstico (DSM-IV): - 53,4% esquizofrenia - 21,1% trastorno esquizoafectivo - 4,9% trastorno bipolar - 17,2% depresión mayor - 1% trastornos de personalidad - 2,5% otros trastornos	41,2	61,8%	24 meses	GI= IPS GC1= PSR GC2= Intervención estándar	<b>Vocacionales</b> Tasas de empleo competitivo y empleo total Tipo de empleo Horas trabajadas Salarios Preferencias vocacionales Satisfacción con el trabajo  <b>No vocacionales</b> Síntomas (PANSS) Funcionamiento global (GAS) Red social (SSSNI) Funcionamiento social

Tabla 6. Características de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)								
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
Twamley 2005 EE.UU.	66	-	Personas de 40 o más años con TMG  Diagnóstico (DSM-IV): - 64% esquizofrenia - 36% trastorno esquizoafectivo	49,5	77%	12 meses	GI= IPS GC1= DOR GC2 (comparativo)= WAVE	(SAS-II) Calidad de vida (QOLI) Autoestima (RSES)  <b>Vocacionales</b> Empleo competitivo

ACT: Assertive Community Treatment; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; DOR: Department of Rehabilitation; GAF: Global Assessment Functioning; GAS: Global Assessment Scale; GST: Group Skills Training; IUSS: Indiana Job Satisfaction Scale; IPS: Individual Placement and Support; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale; PSR: Psychosocial Rehabilitation; QOLI: Quality of Life Interview; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; SAS: Social Adjustment Scale; SERS: Self-Esteem Rating Scale; SPS: Social Provision Scale; SSSNI: Social Support and Social Network Interview; TMG: Trastorno Mental Grave; WAVE: Wellness and Vocational Enrichment; WOOLS: Wisconsin Quality of Life Scale

Tabla 7. Características de los estudios comparativos (EC)									
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES	
Bailey 1998 Reino Unido	64	3,1%	Personas con TMG que cambiaron de un centro de día a un programa IPS Diagnóstico: - 77,4% trastorno psicótico - 16,1% trastorno afectivo - 6,5% otro trastorno	39,4	59,7%	12 meses	GI= IPS GComp.= CSP	<b>Vocacionales</b> Tasas de empleo competitivo Horas trabajadas Salarios <b>No vocacionales</b> Síntomas (BPRS) Calidad de vida (QOL) Autoestima (RSES)	
Becker 2001 EE.UU.	127	10,2%	Personas con TMG entre 18-65 años de edad, que asistían a tratamiento de día, y sin empleo al menos 8 días en los pasados 6 meses Diagnóstico: - 64% trastorno del espectro esquizofrénico - 23,9% trastorno del comportamiento	44,4	49,1%	24 meses	GI1= IPS GI2= IPS GComp.= Centro de día	<b>Vocacionales:</b> Nº de empleos Horas Totales Nº de horas por semana Experiencia laboral previa <b>No vocacionales</b> Síntomas (BPRS) Hospitalizaciones Calidad de vida (QOL) Autoestima (RSES) Funcionamiento general (GAS)	

Tabla 7. Características de los estudios comparativos (EC)									
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES	SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES	
Michugo 1998 EE.UU. Fase de extensión de Drake et al. 1996	126	-	Personas con TMG Diagnóstico: - 44,4% trastorno bipolar y otros trastornos graves del estado de ánimo - 46,8% esquizofrenia y otros trastornos psicóticos - 8,7% otros trastornos (principalmente, trastornos de personalidad)	36,8	50%	24 meses	GI= IPS GC= otros servicios vocacionales (incluyendo GST)	<b>Vocacionales</b> Porcentaje de empleo Media de horas trabajadas Uso de servicios vocacionales <b>No vocacionales (no se ofrecen resultados)</b> Autoestima Síntomas Calidad de vida	
Henry 2004 EE.UU.	186	-	Personas con TMG que reciben atención psiquiátrica externa, y manejo de casos Diagnóstico: - 66,7% esquizofrenia/psicosis - 33,3% bipolar/depresión/otros	45,1	51,6%	Diseño retrospectivo	GI= IPS GComp = Atención psiquiátrica externa, y manejo de casos	<b>No vocacionales</b> Hospitalizaciones Visitas a los servicios de urgencias	
Rollins 2002 EE.UU.	104		Personas con TMG, que trabajan en empleo pagado	39,6	58,7%	Diseño retrospectivo	GI= IPS GComp.= DPA	Redes sociales en el trabajo (WNG) Tipo de trabajo (WFS)	



Tabla 7. Características de los estudios comparativos (EC)									
ESTUDIO	N	% PÉRDIDAS	TIPO PARTICIPANTES	MEDIA EDAD	% HOMBRES		SEGUIMIENTO	GRUPOS	VARIABLES DEPENDIENTES
			Diagnóstico: - 52,9% esquizofrenia - 21,2% trastorno esquizoafectivo - 3,8% bipolar - 7,7% depresión mayor - 14,4% otros trastornos						

CSP: Community Support Program; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; DPA: Diversified Placement Approach; GAS: Global Assessment Scale; IPS: Individual Placement and Support; QOLI: Quality of Life Interview; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; TMG: Trastorno Mental Grave; WNG: Workplace Network Grid; WPS: Work Placement Scale

## IV.5. Resultados obtenidos

En los siguientes apartados se exponen los resultados obtenidos en las revisiones sistemáticas, ensayos aleatorizados, y estudios comparativos para las siguientes variables:

### a) Resultados vocacionales

- Número de personas que consiguen un empleo competitivo
- Número de horas trabajadas y salarios ganados
- Duración, preferencias de empleo y satisfacción
- Tasa de retención y pérdidas de seguimiento
- Efectos a largo plazo

### b) Resultados no vocacionales

- Sintomatología y hospitalización
- Autoestima
- Funcionamiento cognitivo
- Contacto social y apoyo social
- Otras medidas de resultados no vocacionales

### IV.5.1. Revisiones sistemáticas

Las revisiones sistemáticas incluidas coinciden en concluir que el empleo apoyado, y más concretamente el modelo IPS, resultan más eficaces que los servicios vocacionales tradicionales (entrenamiento prevocacional, rehabilitación psicosocial, entrenamiento grupal en habilidades, etc.) para conseguir un empleo competitivo por parte de personas con trastorno mental grave, obteniéndose tasas entre 40 y 75% de personas que finalmente lo consiguen.

En cuanto al tiempo total trabajado y los ingresos ganados, los datos también favorecen al empleo apoyado, aunque en este caso no de forma tan concluyente como ocurre con la variable anterior.

Para las variables no vocacionales (clínicas, calidad de vida o funcionamiento global) no se han apreciado diferencias significativas entre programas.

## IV.5.2. Ensayos clínicos aleatorizados y Estudios comparativos

A continuación se expondrán los resultados obtenidos en los ensayos aleatorizados y estudios comparativos incluidos en esta revisión. En las tablas 8 (ensayos clínicos aleatorizados) y 9 (estudios comparativos) pueden verse dichos resultados de forma resumida.

Tabla 8. Resultados obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)												
Estudio	Resultados vocacionales						Resultados no vocacionales					
	Nº de personas que consiguen un empleo competitivo	Nº de horas trabajadas y salarios ganados	Duración, preferencias de empleo y satisfacción	Tasa de retención y pérdidas de seguimiento	Efectos a largo plazo	Sintomatología y hospitalización	Autoestima	Funcionamiento cognitivo	Contacto social y apoyo social	Otras medidas de resultados no vocacionales		
Cook 2005, 2006 EE.UU.	GI (65%) > GC (34%)	GI > GC en probabilidad de trabajar 40 ó más horas en un mes dado GI > GC en ganancias mensuales		GI > GC en uso de servicios vocacionales n.d.s en uso de servicios de salud mental n.d.s en pérdidas de seguimiento	-	-	-	-	-	-		
Drake 1999 EE.UU.	IPS (61%) > EVR (9%)	IPS > EVR en probabilidad de trabajar 20 ó más horas en un mes dado IPS > EVR en un mes dado n.d.s. en total de ingresos	IPS > EVR en total de semanas trabajadas en empleo competitivo IPS > EVR en satisfacción con trabajo y con servicios vocacionales	IPS > EVR uso de servicios vocacionales n.d.s en uso de servicios de salud mental	-	n.d.s. en sintomas n.d.s. en hospitalización	n.d.s.	-	-	n.d.s. en calidad de vida n.d.s. en funcionamiento global		

Tabla 8. Resultados obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)												
Estudio	Resultados vocacionales						Resultados no vocacionales					
	Nº de personas que consiguen un empleo competitivo	Nº de horas trabajadas y salarios ganados	Duración, preferencias de empleo y satisfacción	Tasa de retención y pérdidas de seguimiento	Efectos a largo plazo	Sintomatología y hospitalización	Autoestima	Funcionamiento cognitivo	Contacto social y apoyo social	Otras medidas de resultados no vocacionales		
Gold 2006 EE.UU.	ACT/IPS (64%) > Programa Tradicional (26%)	ACT/IPS > Programa Tradicional en ambas variables sólo en TC	ACT/IPS > Programa Tradicional en total de semanas trabajadas en TC	-	n.d.s. en síntomas n.d.s. en hospitalización	n.d.s.	-	-	n.d.s. en calidad de vida			
Latimer 2006 Canadá	IPS (47%) > Servicios usuales (18%)	IPS > Servicios usuales en ambas variables sólo en TC	IPS > Servicios usuales en total de semanas trabajadas en TC	n.d.s. en pérdidas	-	Incremento significativamente mayor en IPS, aunque en línea base puntuaban más bajo. El cambio en autoestima no correlaciona con las mejoras en las variables vocacionales	-	n.d.s. en calidad de redes sociales	n.d.s. en calidad de vida n.d.s. en funcionamiento global			
Lehman 2002 EE.UU.	IPS (27%) > PSR (7%)	IPS > PSR en ambas variables en cualquier trabajo pagado	n.d.s. en semanas del trabajo más largo	IPS > PSR en uso de servicios vocacionales n.d.s. en uso de servicios de salud mental	-	-	-	-	-			

Tabla 8. Resultados obtenidos en los ensayos clínicos aleatorizados (ECA)												
Estudio	Resultados vocacionales						Resultados no vocacionales					
	Nº de personas que consiguen un empleo competitivo	Nº de horas trabajadas y salarios ganados	Duración, preferencias de empleo y satisfacción	Tasa de retención y pérdidas de seguimiento	Efectos a largo plazo	Sintomatología y hospitalización	Autoestima	Funcionamiento cognitivo	Contacto social y apoyo social	Otras medidas de resultados no vocacionales		
Mueser 2001, 2004 EE.UU.	IPS (74%) > PSR (27%) > Tratamiento estándar (18%)	IPS > PSR y Servicios estándar en ambas variables en TC, y en ingresos en cualquier trabajo pagado	IPS > PSR y Servicios estándar en total de semanas en TC. IPS > PSR en cualquier trabajo	n.d.s en pérdidas	-	n.d.s. en sintomas	n.d.s.	n.d.s. en redes sociales	n.d.s. en calidad de vida			
Twamley 2005 EE.UU.	IPS (69%) > Rehabilitación vocacional convencional (29%)	-	n.d.s en Satisfacción con el trabajo	n.d.s en pérdidas	-	-	-	n.d.s. en ajuste social	n.d.s. en funcionamiento global			

ACT: Assertive Community Treatment; EVR: Enhance Vocational Rehabilitation; IPS: Individual Placement and Support; PSR: Psychosocial Rehabilitation; TC: Trabajo Competitivo; n.d.s: no diferencias significativas

Tabla 9. Resultados obtenidos en los estudios comparativos (EC)												
Estudio	Resultados vocacionales						Resultados no vocacionales					
	Nº de personas que consiguen un empleo competitivo	Nº de horas trabajadas y salarios ganados	Duración, preferencias de empleo y satisfacción	Tasa de retención y pérdidas de seguimiento	Efectos a largo plazo	Sintomatología y hospitalización	Autoestima	Funcionamiento cognitivo	Contacto social y apoyo social	Otras medidas de resultados no vocacionales		
Bailey 1998 Reino Unido	IPS (74%) > CSP (26%)	IPS: incremento significativo intra-grupo	-	n.d.s en pérdidas	-	IPS: n.d.s intra-grupo	IPS: n.d.s intra-grupo	-	-	IPS: n.d.s intra-grupo en calidad de vida		
Becker 2001 EE.UU.	IPS (48%) > Centro de día (19%)	IPS > CSP	IPS > Centro de día en semanas trabajadas	n.d.s en pérdidas	-	n.d.s. en síntomas	n.d.s.	-	n.d.s. en ajuste social	n.d.s. en calidad de vida		
Henry 2004 EE.UU.	-	-	-	-	-	IPS significativamente menos hospitalizaciones y visitas a urgencias	-	-	-	-		
McHugo 1998 EE.UU.	n.d.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Rollins 2002 EE.UU.	IPS (47%) > Servicios usuales (18%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

<b>Tabla 9. Resultados obtenidos en los estudios comparativos (EC)</b>												
<b>Estudio</b>	<b>Resultados vocacionales</b>						<b>Resultados no vocacionales</b>					
	Nº de personas que consiguen un empleo competitivo	Nº de horas trabajadas y salarios ganados	Duración, preferencias de empleo y satisfacción	Tasa de retención y pérdidas de seguimiento	Efectos a largo plazo	Sintomatología y hospitalización	Autoestima	Funcionamiento cognitivo	Contacto social y apoyo social	Otras medidas de resultados no vocacionales		
Twamley 2005 EE.UU.	IPS (69%) > WAVE (17%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

CSP: Community Support Program; IPS: Individual Placement and Support; WAVE: Wellness and Vocational Enrichment Clinic; n.d.s: no diferencias significativas



#### IV.5.2.1. Resultados vocacionales

##### **Número de personas que consiguen un empleo competitivo**

###### Ensayos Controlados Aleatorizados:

Todos los grupos de intervención en IPS han superado significativamente a los respectivos controles. Si exceptuamos el estudio de Lehman (2002), con bajos porcentajes en ambos grupos (27% vs. 7%), la tasa de personas que consiguen empleo competitivo en el grupo de intervención oscila entre 47% y 74%, mientras que en los diferentes grupos utilizados como controles ha estado entre 9,2% y 34%.

Cook (2006) analiza, además, el efecto de las tasas locales de desempleo en los resultados vocacionales de los programas; encontrando que esta variable predice significativamente dichos resultados (a mayor tasa de desempleo, menor tasa de empleo competitivo logrado) independientemente de la condición de tratamiento y de variables personales. En este estudio también resultó significativa la interacción entre la tasa de desempleo local y el programa de intervención: los participantes en el programa de IPS en zonas de bajo desempleo obtenían tasas significativamente más altas de empleo competitivo que los individuos que recibieron el programa estándar.

###### Estudios Comparativos:

El estudio de McHugo (1998), consistente en una fase de extensión de 2 años de un ECA previo [44], es el único estudio incluido en esta revisión que no encuentra diferencias significativas en los porcentajes totales de personas que obtienen empleo competitivo (aunque aparece un efecto de interacción con el uso de servicios vocacionales: en el grupo de IPS aquellas personas que siguen utilizando dichos servicios superan significativamente a los que no los han usado).

En los otros tres estudios incluidos que ofrecen datos sobre esta variable (Bailey 1998, Becker 2001, Twamley 2005), el grupo de IPS supera significativamente al grupo de comparación, con porcentajes de personas que consiguen empleo competitivo entre 49,3% y 74,2% (siendo estos resultados similares a los encontrados en los ECA). Para los grupos de comparación estos porcentajes oscilan entre 17% y 25,8%.

## Número de horas trabajadas y salarios ganados

### Ensayos Controlados Aleatorizados:

En Cook (2005) los participantes del grupo experimental obtuvieron una probabilidad significativamente mayor (51%) de trabajar 40 horas o más en un mes dado, que aquellos participantes en los programas de comparación (39%), y obtenían, además, ganancias mensuales significativamente más altas que el grupo control. Al igual que con las tasas de empleo competitivo, las tasas locales de desempleo interaccionaban significativamente con la condición experimental, de modo que aquellas personas que participaron en el grupo de IPS en una zona de bajo desempleo, también eran las que obtenían mayores probabilidades de trabajar 40 horas o más.

En Drake (1999), durante los 18 meses del estudio, los participantes en el programa IPS también obtuvieron una mayor probabilidad de trabajar al menos 20 horas por semana (45,9% vs. 5,3%), y, en general, recibieron ingresos superiores en un trabajo competitivo. No obstante, no hubo diferencias en el total de ingresos, pues la diferencia mencionada se compensó al obtener el grupo de IPS significativamente menos ingresos procedentes de trabajos protegidos.

Gold (2006) encontró que cuando se consideraba cualquier tipo de trabajo, había una tendencia del grupo ACT/IPS a trabajar más horas y a obtener más ingresos, pero esta diferencia no llegaba a ser significativa en ambos casos. Sin embargo, cuando se consideraba solo el empleo competitivo, el grupo ACT/IPS superaba significativamente al grupo control en ambas variables. Lo mismo ocurría en Latimer (2006) y Mueser (2004), aunque en este último el grupo de IPS superaba a los otros dos (Psychosocial Rehabilitation-PSR y servicio estándar) en ingresos, cuando se consideraba cualquier tipo de trabajo, y no sólo el competitivo.

Lehman (2002) concluyó que la intervención produjo diferencias significativas en las horas trabajadas acumuladas y en los salarios ganados a favor del grupo de IPS.

### Estudios Comparativos:

En Becker (2001) se observó que el grupo de IPS superó significativamente al de comparación en el total de horas trabajadas, pero la diferencia en el total de ingresos, aunque también favorable a dicho grupo, no llegaba a ser significativa. Bailey (1998) solo midió estas

variables en el grupo de intervención en IPS, y encontró un incremento significativo antes-después en ambas variables (no obstante, hay que recordar que se trataba de un cambio de centro de día a modelo IPS, por lo que muchos participantes ya se encontraban trabajando al empezar la intervención en IPS). Finalmente, McHugo (1998) encontró que los participantes en la condición IPS trabajaron significativamente más horas totales y recibían un salario superior que las personas en la condición de GST (Group Skills Training).

### **Duración, preferencias de empleo y satisfacción**

Ensayos Controlados Aleatorizados:

Al respecto de la duración de la actividad laboral, cinco estudios (Drake 1999; Gold 2006; Latimer 2006; Lehman 2002; Mueser 2004) ofrecen datos sobre al menos una de las siguientes variables: total de semanas trabajadas, promedio de semanas por cada trabajo, y total de semanas en el trabajo más largo.

Drake (1999) sólo ofrece datos sobre el empleo competitivo, donde el grupo de IPS superaba al de EVR (Enhance Vocational Rehabilitation) en el total de semanas trabajadas. Lehman (2002), refiriéndose a cualquier tipo de trabajo pagado, no encontró diferencias en el número de semanas en el trabajo más largo. Los otros tres autores ofrecen datos sobre las tres variables mencionadas y en ambos tipos de trabajo: para el trabajo competitivo, Mueser (2004) encontró una ventaja significativa del grupo de IPS sobre los otros dos (PSR y servicios estándar) en las tres variables; sin embargo, cuando se consideraba para cualquier trabajo, las diferencias sólo fueron significativas con respecto al grupo de PSR, también en las tres variables.

Gold (2006) solo encontró diferencias en el total de semanas trabajadas en trabajo competitivo, a favor del grupo de IPS, al igual que Latimer (2006), que también observaba una superioridad significativa de dicho grupo en el total de semanas en el trabajo competitivo más largo.

Por otra parte, Mueser (2001) analizó además, la relación entre las preferencias de empleo con la duración y la satisfacción con el trabajo; encontrando que las personas que conseguían un trabajo acorde con sus preferencias duraban más en dicho empleo que aquellos cuyos trabajos no satisfacían sus preferencias iniciales; este efecto apareció en el grupo de IPS, pero no en el grupo de servicios estándar (en el grupo de rehabilitación psicosocial sólo dos personas no encontraron trabajos acorde con sus preferencias, por lo que no se ofreció prueba de

significación). El mismo análisis en relación a la satisfacción con el trabajo no ofrecía resultados significativos.

Otros dos autores ofrecen datos sobre satisfacción. Mueser (2001) no encontró diferencias intergrupo en la satisfacción con el trabajo, mientras que en Drake (1999) los participantes en el grupo de IPS mostraron mayor satisfacción con los servicios vocacionales y con el empleo (esto último, sólo a los 6 meses de comenzar el programa).

Estudios Comparativos:

Becker (2001)] encontró una diferencia significativa a favor del grupo de IPS en el número de semanas trabajadas. Los demás estudios no reportan datos sobre estas variables.

### **Tasas de retención y pérdidas de seguimiento**

Ensayos Controlados Aleatorizados

Las tasas de retención en el programa se establecieron a partir del uso de servicios vocacionales en un intervalo de tiempo dado. Cook (2005), Drake (1999), Lehman (2002) y Mueser (2004) encontraron que los grupos de IPS superaban significativamente a los respectivos grupos control en el uso de servicios vocacionales, situándose los porcentajes de retención por encima del 90% en todos los casos. En Gold (2006) también el grupo de IPS obtuvo mayores tasas de uso de los servicios (aunque en el artículo no se ofrecen pruebas de significación estadística). Latimer (2002) no obtuvo diferencias significativas entre grupos. Es importante destacar que las altas tasas de retención en el grupo control de este estudio se debían a que se consideró como “retención” a todos los participantes en el grupo de servicios usuales que no se mudaran del área geográfica de influencia del hospital en cuestión, independientemente de que hubieran recibido o no servicios vocacionales.

En cuanto a los servicios no vocacionales, Mueser (2004) encontró que los participantes en el grupo de PSR los usaban con más frecuencia que los del grupo IPS. Con respecto a servicios de salud mental en concreto, Cook (2005), Drake (1999) y Lehman (2002), no obtuvieron diferencias significativas entre programas, mientras que en Gold (2006) el grupo de IPS es el que los usa con más frecuencia, aunque como se dijo anteriormente no se ofrecieron pruebas de significación estadística.

Cook (2005), Latimer (2006), Lehman (2002) y Mueser (2004), no obtuvieron diferencias significativas entre programas en las tasas de pérdidas en el seguimiento, mientras que Drake (1999) y Gold (2006) no ofrecieron datos separados por grupos de intervención.

Estudios Comparativos:

McHugo (1998) no encuentra diferencias en el uso de servicios vocacionales. Bailey (1998) y Becker (2001) no encontraron diferencias significativas en pérdidas en el seguimiento. Los demás estudios no hacen referencia a este aspecto.

### **Efectos a largo plazo**

Como se ha comentado anteriormente, el estudio de McHugo (1998) consistió en una fase de extensión de un ECA previo de 18 meses. Una vez finalizado el ensayo clínico, los participantes pudieron elegir el programa que prefirieran, y fueron seguidos durante dos años. Como ya se ha dicho, no aparecieron diferencias significativas entre programas al final de este periodo, aunque sí se observó una interacción con el uso de servicios vocacionales.

#### IV.5.2.2. Resultados no vocacionales

### **Sintomatología y hospitalización**

Ensayos Controlados Aleatorizados:

En Drake (1999), no se encontraron diferencias significativas intergrupo en la sintomatología psiquiátrica. El grupo de IPS obtuvo un número significativamente mayor de días de hospitalización, pero al controlar las puntuaciones en línea base esta diferencia no resultaba significativa. Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto a sintomatología en los estudios de Latimer (2006), Mueser (2004) y Gold (2006). Este último estudio también midió el número de hospitalizaciones, y no se encontraron diferencias significativas entre programas.

#### Estudios Comparativos:

Becker (2001) no encontró diferencias intergrupo en síntomas psiquiátricos. En esta misma variable, Bailey (1998) no observó diferencias significativas intragrupo (antes-después) en el grupo de intervención (esta variable no se midió en el grupo de comparación).

Con respecto a las hospitalizaciones, Henry (2004) encontró que el grupo de IPS mostraba un número significativamente menor de hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias que el grupo de comparación. Sin embargo, también apareció una interacción significativa entre el tipo de intervención y el uso de los servicios de salud mental durante el seguimiento: entre las personas con más visitas a dichos servicios, se producía el efecto favorable de la intervención en IPS, pero en aquellos con pocas visitas ocurría lo contrario, es decir, mayor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias entre los que participaron en el grupo de IPS.

#### **Autoestima**

##### Ensayos Controlados Aleatorizados:

Drake (1999), Gold (2006) y Mueser (2004), no encontraron diferencias significativas entre los grupos en esta variable. Latimer (2006) obtuvo una interacción significativa grupo x tiempo, de modo que las personas en el grupo de IPS, con niveles más bajos en autoestima en línea base, aumentaban significativamente sus puntuaciones al final del ensayo, mientras que en el grupo control se produjo una tendencia a la disminución de los niveles de autoestima. Sin embargo, el cambio en autoestima no correlacionó significativamente con las mejoras en las variables de resultados vocacionales.

##### Estudios Comparativos:

Becker (2001) no encontró diferencias intergrupo en autoestima y Bailey (1998) no observó diferencias significativas intragrupo (antes-después) en el grupo de intervención (esta variable no se midió en el grupo de comparación).

#### **Funcionamiento cognitivo**

Ningún estudio ofreció resultados sobre el funcionamiento cognitivo.

## **Contacto social y apoyo social**

Ensayos Controlados Aleatorizados:

Mueser (2004) y Latimer (2006) no encontraron diferencias intergrupo en la calidad de las redes sociales. El primero también evaluó el ajuste social con la escala Social Adjustment Scale-II y no encontró diferencias entre los programas.

Estudios Comparativos:

Becker (2001) no encontró diferencias intergrupo en ajuste social. Por su parte, Rollins (2002) analizó diversos parámetros de las redes sociales en el trabajo. En este estudio los análisis se centraron en los participantes que habían conseguido un empleo, encontrando que los individuos en el grupo de IPS obtenían significativamente menos apoyo emocional e instrumental por parte de sus supervisores, los conocían desde hace menos tiempo y los veían menos a menudo, que en el caso de las personas que estaban en el grupo de comparación. Además, existía una probabilidad significativamente menor de que el supervisor conociera el diagnóstico de la persona empleada en el caso del grupo de IPS y mostraban una satisfacción menor en sus relaciones interpersonales con los supervisores.

En lo que respecta a los compañeros, se obtuvieron resultados similares (excepto para el apoyo instrumental, la frecuencia de los contactos, y la satisfacción con dichas relaciones), y además, en este caso los participantes en el grupo de IPS percibían estas relaciones como menos estresantes (aunque esta diferencia no resultó ser significativa cuando se controlaba el diagnóstico psiquiátrico).

## **Otras medidas de resultados no vocacionales**

Ensayos Controlados Aleatorizados:

La calidad de vida fue evaluada en Drake (1999), Gold (2006), Latimer (2006) y Mueser (2004), pero no se encontraron diferencias significativas entre programas en ninguno de los estudios mencionados. Los mismos autores, excepto Gold (2006), también evaluaron el funcionamiento global, y tampoco obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

#### Estudios Comparativos:

Becker (2001) no encontró diferencias intergrupo en calidad de vida; y Bailey (1998) no observó diferencias significativas intragrupo (antes-después) en el grupo de intervención (esta variable no se midió en el grupo de comparación).



## V. Discusión

El acceso al empleo es un derecho preservado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), y en el caso concreto de las personas con trastorno mental grave puede suponer, además, un componente fundamental de los procesos de integración psicosocial que podría producir una mejora sustancial de sus condiciones médicas y su calidad de vida [38]. Sin embargo, los datos muestran que las personas con trastorno mental grave tienen grandes dificultades para acceder a un puesto de trabajo. Se han informado tasas de desempleo en esta población de 75-85% en Estados Unidos [38], y de 61-73% en el Reino Unido [40]. Esto a pesar de que la evidencia científica también ha mostrado que una amplia mayoría de estas personas quieren trabajar, y que prefieren hacerlo en un contexto de empleo competitivo [4,41].

A medida que se ha avanzado en el proceso de desinstitucionalización de las personas con trastorno mental y de favorecer los procesos de inclusión, se han propuesto diversos modelos y programas de integración psicosocial y vocacional, que inicialmente enfatizaban la necesidad de preparar extensamente al paciente antes de enfrentarse a un empleo competitivo, lo que se ha denominado “entrenamiento prevocacional”.

A mediados de los años ochenta, surge un nuevo abordaje conocido como “empleo apoyado”, que trata de ubicar a los pacientes en empleos competitivos sin una preparación extensa para ello, pero suministrando servicios constantes de apoyo [42]. No obstante, y desde entonces, se argumentaba que el entrenamiento prevocacional fomentaba la dependencia y que realmente no resultaba efectivo en el desarrollo de habilidades para el trabajo y la mejora de las tasas de empleabilidad [43,44].

El modelo de Apoyo y Ubicación Individual (IPS, en inglés) es una variante específica de “empleo apoyado”, que enfatiza la atención a las preferencias del individuo para su incorporación rápida al empleo competitivo mediante un sistema de apoyo continuo, y como componentes del tratamiento integral en salud mental y no como un aspecto separado. A mediados de los años noventa, algunos estudios han mostrado que este modelo aumenta significativamente las tasas de consecución de empleo competitivo por parte de los clientes [45,46].

Todos los estudios publicados y analizados en esta revisión se llevaron a cabo en los EE.UU., a excepción de un ECA realizado en

Canadá (Latimer 2006) y un estudio comparativo en el Reino Unido (Bailey 1998). Posteriormente al periodo de tiempo que recoge esta revisión ha sido publicado por el grupo EQOLISE un ensayo aleatorizado de IPS donde participan 6 centros Europeos [47]. Los hallazgos de nuestra revisión pueden aplicarse con confianza a la población general de personas que desean obtener un empleo y que presentan trastornos mentales graves y persistentes. Una significativa proporción de los participantes tienen un diagnóstico clínico de acuerdo a las clasificaciones internacionales de enfermedades, mayoritariamente del sistema nosológico americano, compatibles con el espectro de los trastornos psicóticos y del estado de ánimo. En los estudios también se representan las mujeres, las minorías étnicas (afroamericanos vs. caucásicos vs. hispanoamericanos) y diferentes niveles educativos. En cambio, el medio urbano está sobrerrepresentado en relación al medio rural. En relación al mercado laboral y los servicios públicos, en el contexto donde se realizaron los estudios, el medio rural frente al medio urbano, representan diferentes oportunidades de empleabilidad, diferentes tasas de ocupación y una oferta limitada y geográficamente dispersa de servicios de rehabilitación vocacional y servicios sanitarios. Sólo un estudio se realizó exclusivamente en un contexto rural (Gold 2006) y el mismo refuerza la importancia de la integración de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales mediante la forma de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT/IPS) en los resultados de éxito para el logro del empleo competitivo.

Los resultados de los estudios publicados sobre el modelo IPS, de acuerdo a nuestros criterios de selección, muestran una sólida evidencia de las ventajas de este acercamiento para proveer de forma rápida empleos competitivos a las personas con trastornos mentales graves y persistentes. Frente a la atención tradicional o las estrategias de entrenamiento prevocacional (en cualquiera de sus variantes), el IPS se muestra como el acercamiento al apoyo de empleo más efectivo en la probabilidad de lograr empleos competitivos en contextos integrados y comunitarios y recibiendo un salario de acuerdo al mercado laboral. La evidencia nos indica que las tasas de empleo competitivo oscilan entre el 27% y el 74% en los estudios sobre ensayos controlados aleatorizados revisados, para un periodo de seguimiento de 1 a 2 años. Por término medio, la tasa de empleo competitivo logrado con el modelo IPS es del 58% (d.t. = 9,3), considerando los datos del estudio multicéntrico de Cook (2005) y sin incluir por tanto los trabajos de Gold (2006), Lehman (2002) y Mueser (2001, 2004), ya incluidos en el estudio de Cook. Para los estudios comparativos, la tasa media de personas

que logran un empleo competitivo es de 56% (d.t. = 12,5), situándose el rango entre 47%-74%, con seguimiento de 1 a 3 años.

En los diferentes grupos de control en los ensayos aleatorizados, con diferentes modalidades de entrenamiento prevocacional, los rangos de porcentajes oscilan entre el 7% y 34% de los participantes, siendo la tasa promedio de 22,5% (d.t. = 11,2). Para los estudios comparativos, el rango comprende entre 17%-26% y la media es de 20% (d.t. = 4,1) (no se incluye el estudio de McHugo (1998), extensión de 2 años de un ECA previo, y donde los participantes elegían el programa que preferían, con lo que el grupo control incluía personas que durante el ECA recibieron IPS. La tasa en dicho grupo fue del 55%). A la vista de estos cálculos podemos afirmar que las personas con trastorno mental grave y persistente que reciben la estrategia IPS frente a los acercamientos tradicionales tienen 2,7 veces más probabilidad de lograr un empleo competitivo. Por término medio, el 54,8% de los participantes del modelo IPS obtienen un empleo competitivo frente al 19,9% en cualquiera de las otras estrategias de rehabilitación vocacional. Prácticamente por cada tres personas con IPS que logra un empleo competitivo lo hace una siguiendo las estrategias de rehabilitación tradicionales. De esta manera, el IPS se muestra como el acercamiento vocacional significativamente más eficaz en lograr empleos competitivos. Sin embargo a pesar de la efectividad del IPS comparativamente al Entrenamiento Prevocacional un alto porcentaje de los participantes con la estrategia IPS no logran ningún tipo de empleo.

Las diferencias significativas de resultados vocacionales entre la estrategia IPS y las estrategias de Entrenamiento Prevocacional (todas en conjunto, o sobre cualquier variante) podrían ser explicadas de acuerdo a varios factores, que no tienen que ser independientes los unos de los otros. Un conjunto de factores interdependientes pueden aumentar o decrecer la efectividad de la estrategia del IPS. Estos factores pueden estar referidos a: 1) los diferentes principios que fundamentan las estrategias; 2) sexo; 3) los niveles educativos; 4) etnia y status social; 5) sintomatología; 6) los estilos activo versus pasivo de búsqueda del empleo; 7) la integración versus separación de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales -esto en las economías rurales, como hemos visto, es un componente esencial- (Drake 1999; Gold 2006); 8) la libertad de elegir uno o varios proveedores de servicios; 9) la dificultad de implementación de los programas; 10) la rapidez en la búsqueda de los empleos (Mueser 2004); 11) la tasa de desempleo mercado local (Cook 2006); 12) la forma de

reclutar a los participantes en el estudio (Latimer 2006; Lehman 2002); 13) presencia de programas de apoyo de acuerdo a las necesidades globales de los usuarios (Mueser 2004).

Todos los estudios revisados están referidos al seguimiento de una cohorte de participantes en un solo lugar excepto el estudio multicéntrico de Cook (2005, 2006) muy próximo a la realidad clínica habitual. Este estudio aleatorio se realizó sobre siete cohortes de participantes en siete lugares (6 urbanas, 1 rural), reuniendo la particularidad de reclutar las muestras más grandes de los estudios realizados hasta el momento y con notable variabilidad de modelos de Empleo apoyado. Ambos aspectos representan un salto en la ambición de los estudios de IPS, pero también, al aproximarse más las condiciones del estudio a las condiciones clínicas reales, sus resultados, aunque los valoramos como muy beneficiosos para el modelo de integración de los servicios de empleo con los servicios clínicos, deben ser interpretados cautelosamente, como asimismo reconocen los autores, ya que las condiciones experimentales probadas no eran idénticas a lo largo del periodo de recolección de los datos (algunos lugares 24 meses, otros 36 meses), y algunos sujetos recibieron sustanciales cantidades de servicios vocacionales. Además, es posible que a través de los diferentes lugares se desestimaran los efectos de Empleo apoyado relativos a las condiciones en las que hay pocos servicios de empleo y apoyos disponibles como es lo típico para la mayoría de pacientes externos psiquiátricos cuando intentan volver al trabajo. Dada la diversidad de los lugares y de los modelos probados, los resultados no obstante podrían sugerirnos la bondad de estos programas de Empleo apoyado por su potencial de aplicación para una gran variedad de participantes de los servicios, sin olvidarnos de reconocer que la mayoría de los participantes del estudio no lograron éxito en cada una de las medidas de resultados y sugiere necesidad de una continua mejoría de estos modelos. Deben examinarse los efectos del empleo con apoyo en ensayos multicéntricos, más grandes, dentro y fuera de los Estados Unidos, particularmente en países con altas tasas de desempleo y que tienen sólidos sistemas de bienestar social.

Este trabajo también muestra cómo las economías locales también pueden tener su influencia en las tasas de empleo competitivo. Controlando las características personales de los participantes (factores demográficos y estatus clínico) con un seguimiento de 24 meses, se encontró una interacción entre condición de estudio y tasas de desempleo, y nos sugiere que aquellos que intentan volver al trabajo en lugares con economías locales débiles, los servicios de empleo con

apoyo de calidad, pueden aminorar los efectos del alto desempleo sobre los resultados de trabajo, si bien la fidelidad de la implementación en los diferentes lugares de las estrategias de acercamiento al empleo con apoyo no fue medido. Además el estudio fue realizado en un periodo de descenso de la tasa de empleo. Este estudio nos muestra que la presencia de los servicios de empleo pueden sobrellevar los efectos del mercado laboral. Aumentar la intensidad de los servicios de empleo y de los servicios de apoyo clínicos deben, según los autores, ser tomado en cuenta por los administradores, para aminorar los efectos de alto desempleo sobre los resultados de trabajo en la población con discapacidad psiquiátrica.

La retención en el programa de empleo IPS suele ser alta en la mayoría de los estudios revisados. Esto no sólo es debido a la efectividad relativa de este tipo de acercamiento en la obtención de un empleo competitivo, sino también está asociado a otros componentes muchas veces asociados con este programa. El trabajo de Mueser (2004) en Connecticut nos aporta algunos ingredientes críticos a este respecto. Los participantes en el programa de IPS en su estudio tenían significativamente mejores resultados de trabajo y especialmente trabajo competitivo que aquellos que participaron en el programa PSR o que recibieron servicios vocacionales estándar. Los efectos positivos del IPS parecen proceder, al menos parcialmente, de una gran habilidad para retener participantes en los servicios vocacionales gracias al uso de estrategias individualizadas y de búsqueda rápida de empleo, tratamiento asertivo voluntario, integración clínica y servicios vocacionales, que los otros dos programas no ofrecían. Las tasas de retención se mantuvieron a los dos años sobre el 90% para el IPS, comparado sobre el 50-60% para PSR y al menos 40% para servicios estándar en el segundo año. Aunque es posible en un programa retener a los participantes en servicios que no son efectivos en mejorar los resultados (ejemplo, trabajo) ofreciendo otros incentivos (ejemplo comida, socialización). La retención en servicios vocacionales puede ser condición necesaria pero no suficiente para mejorar el empleo en personas con trastorno mental severo. EL IPS fue efectivo en retener a los participantes en el servicio y mejorando resultados de empleo. La inhabilidad de los servicios estándar incluyendo el programa de apoyo estándar para retener a los participantes en estos servicios en un largo plazo de tiempo, pueden deberse a limitaciones como falta de integración con los servicios de salud mental y equipos comunitarios asertivos, componentes centrales en el modelo del IPS [45]. Ahora bien, los participantes en el programa del PSR informaron de incrementos

satisfactorios de relaciones sociales comparados con los participantes en servicios estándar o IPS, que no cambiaron. Por tanto, la participación en actividades sociales que eran fácilmente accesibles al programa del PSR podría haber ayudado a retener a sus participantes. Los resultados también sugieren una limitación del IPS que no se dirige completamente a las necesidades sociales de los participantes.

En síntesis también se hace necesario mejorar la uniformidad de los modelos experimentales en los estudios multicéntricos, monitorizar la fidelidad al modelo IPS con mayor exactitud y hacer citaciones más definitivas sobre la calidad de la implementación de los programas de empleo con apoyo. Sería deseable extender y poder generalizar estos hallazgos a países que tienen economías menos dinámicas, diferente estructura social, o actitudes culturales distintas frente al trabajo. Una de las primeras iniciativas a este respecto es la publicada recientemente por grupo EQOLISE en un estudio multicéntrico en seis regiones europeas [47], demostrando que el IPS es eficaz en Europa, a pesar de las grandes diferencias existentes en cuanto a economías y mercados laborales con respecto a EE.UU., aunque la heterogeneidad del efecto del tamaño entre los 6 centros no fue estadísticamente significativa. Se constata en este estudio que las tasas de desempleo local sí afectan a la eficacia del IPS, siendo más fácil conseguir empleos para personas con TMG en puestos no cualificados, en el contexto de una economía local boyante. No obstante, nuestra experiencia en Canarias, con una tasa de desempleo que ha oscilado, según informe de coyuntura del Consejo Económico y Social de Canarias, de 12,82 (2005) a 21,18 (2008) [48], y en base a resultados preliminares [49], podríamos adelantar que la estrategia del IPS también es efectiva en mercados limitados desde del punto de vista poblacional y económico, como es un territorio archipelágico fragmentado, y con alta tasa de desempleo y un sólido sistema de protección sanitaria y social. De manera observacional, hemos registrado en la isla de Tenerife durante el periodo de 2003-2008 un total 517 derivaciones de los Equipos Comunitarios de Salud Mental al equipo de apoyo individualizado al empleo, de los cuales un 66% reunían los criterios exigibles de inclusión y al menos el 96% de estos han conseguido un empleo durante este periodo y el 61% de los contratos culminó con éxito [49].

Asimismo habría que controlar en los diseños y en sus análisis de resultados si las dificultades de reducir la bolsa de no empleables obedece a factores del mercado laboral locales, a la idiosincrasia de un subgrupo de participantes, a las dificultades de implementación de los recursos, a la ausencia o debilidad de los sistemas de salud mental o del

seguimiento comunitario, a la excesiva protección de las familias, o los fuertes sistemas de apoyo y protección social.

Las otras variables vocacionales importantes en el análisis de la eficacia del modelo IPS son el número de horas trabajadas, los salarios ganados, y el número de semanas trabajadas. Para estos parámetros los resultados van en la misma dirección, en favor del modelo IPS, aunque en algunos estudios solo aparecen estas diferencias cuando hablamos de empleo competitivo y no de cualquier trabajo pagado (como el trabajo protegido, por ejemplo). Concretamente con el número de semanas trabajadas, y a partir de los estudios que ofrecen datos por separado (empleo competitivo frente a cualquier tipo de empleo), se observa que existe una alta variabilidad tanto dentro de cada estudio como entre estudios diferentes, alcanzándose un promedio de semanas trabajadas competitivamente por parte de los participantes, en el grupo de IPS, que oscila entre 7 y 15 semanas por cada año de seguimiento.

En nuestra revisión, agregando los tres ensayos aleatorizados que ofrecen datos por separado para empleo competitivo (Drake 1999; Latimer 2006; Mueser 2001, 2004, en el caso de este último agregando los datos de los dos grupos de comparación) la media de días hasta conseguir el primer empleo en el IPS fue de 153, mientras en el grupo de comparación fue de 246 días. La duración media del empleo competitivo en IPS fue de 10,48 semanas/año y en los grupos de comparación de 2,01 semanas/año. En cuanto a los salarios obtenidos (por persona) mediante empleo competitivo por los grupos de IPS, Drake (1999) informa de \$1250,31/año, Latimer (2006) de 961,7 (dólares canadienses), y Mueser (2004) de \$1039,21/año, mientras que para los grupos de comparación los valores fueron de \$102,66, \$520,8, y \$431,27/año respectivamente.

Drake (1999) y Lehman (2006) señalan que la conservación del trabajo para los pacientes fue problemática. En el tiempo la tasa inicial se mantuvo del 15%-20% a pesar de los apoyos del seguimiento en el trabajo. Para estos pacientes que se mantuvieron en el empleo no hubo diferencias entre horas trabajadas, salarios y duración del empleo. El mantenimiento del empleo es un reto, y es necesario pensar como se refuerza. El empeoramiento neurocognitivo y de las habilidades interpersonales, en opinión de Lehman (2006), pueden jugar un papel importante.

El hecho de que las personas con trastornos mentales graves y persistentes trabajen en servicios básicos a tiempo parcial y sea preferido por ellos, puede ser atribuido a numerosos factores. El comienzo de la enfermedad psiquiátrica en los inicios de la edad adulta puede limitar la educación de las personas y desanimarles para la búsqueda de metas ambiciosas, pudiendo aceptar pasivamente este

estatus algunas veces problemático, pudiendo reflejar hipotéticamente la insatisfacción de las personas con el empleo -por su salario o conflictos interpersonales en el ámbito laboral- que les impiden avanzar para obtener ganancias más altas. La mayoría de los expertos están de acuerdo en que para personas con TMG e historia de trabajo limitada, el mantener el trabajo competitivo puede incrementar las oportunidades de recobrar papeles de adulto con valor, aumentar su implicación en la comunidad y permitirles avanzar hacia la autosuficiencia económica. Aunque esto depende de los ingresos sin tener en cuenta el tipo de empleo.

La duración o la permanencia en el empleo puede estar relacionada con numerosas variables, tales como el emparejamiento con el puesto de trabajo de acuerdo con las preferencias personales de los participantes y la satisfacción con el empleo (Mueser 2001), las habilidades interpersonales [50], el funcionamiento cognitivo [51-53], los apoyos en el lugar de trabajo [54], la promoción de incentivos para continuar trabajando y desarrollar su carrera profesional o la continuidad de los apoyos sin límites [55]. Latimer (2006) comprobó, paradójicamente, como la variedad de alternativas disponibles al empleo competitivo, como el empleo transicional y/o protegido, parece haber disminuido la atracción relativa del empleo competitivo para los participantes y también particularmente para los empleados primerizos de apoyo al empleo, ejerciendo esa variedad como fuerza disuasoria para los que se acercan por primera vez al empleo competitivo.

La permanencia en el empleo puede también estar relacionada con el tipo de intervención y con la continuidad o no de los cuidados de los servicios vocacionales (apoyo limitado versus apoyo ilimitado). McHugo (1998) al examinar la persistencia de los resultados de empleo dos años después de la fase experimental [45], concluyó que los participantes de IPS que recibieron apoyo continuo en la fase de extensión fue asociado con altas proporciones de empleo (78,6%), mientras que la mayoría de los participantes en el grupo de Entrenamiento de Habilidades Prevocacionales, quienes informaron que recibieron apoyo no permanecieron en GST (o proveedores similares) y en cambio recibieron servicios de apoyo de IPS (69,7%), sin evidencia de que los cambios le beneficiaron. Este resultado tiene que ser interpretado con prudencia, ya que la forma de IPS fue menos intensiva y no cumplía con los criterios de fidelidad al modelo, lo que junto con el retraso en ayudar a buscar los empleos competitivos explicarían la no evidencia de cambios, por lo que la intervención podría haber sido menos efectiva. Además, en la fase de extensión los sujetos no fueron aleatorizados a las opciones de servicios



y la medición en la cuantificación de los servicios vocacionales recibidos por los participantes ofrece serias dudas.

Otra de las posibilidades explicativas más plausibles de las diferencias en el logro del empleo competitivo puede venir de la consideración de que en EE.UU., en un servicio vocacional estándar, un paciente de salud mental recibe atención en los centros comunitarios de una agencia y los servicios vocacionales de otra agencia. Los defensores de este sistema separado, consideran que esta manera organizativa tiene la ventaja de la especialización de los servicios vocacionales, evitar el estigma de tratamiento en salud mental y desarrollar una cultura de altas expectativas. En la práctica, lo cierto es que agencias separadas y paralelas tienen dificultades de cooperar y diseñar intervenciones individualizadas. El programa IPS supera estas dificultades de comunicación al juntar las experiencias de los especialistas de empleo con los profesionales de los servicios de salud mental a través o los “case management” o el “tratamiento asertivo comunitario”.

En los estudios revisados publicados también hay diferencias en los métodos elegidos para incentivar la motivación de los participantes para ser incluido y obtener su consentimiento y que podrían explicar algunos de los resultados en medios urbanos. En el estudio de Lehman (2002), casi la mitad de los pacientes de IPS consiguieron empleo (42%) comparado con solo el 11% del grupo de comparación. Esta tasa de empleo entre los pacientes del programa IPS se aproxima a la informada por Drake (1999) (61%) en su estudio del programa IPS en la ciudad de Washington DC. Estas tasas de empleo son inferiores a lo informado por Drake et al. [45] en su estudio de New Hampshire (78%). Una importante variación de estos estudios es el método de selección y enganche para emplear a los participantes. Drake et al. [45] utilizó un “grupo de inducción” bajo consentimiento, requiriendo prospectivamente a los pacientes que participaron en una o dos sesiones para así demostrar su motivación para participar. En el estudio de Latimer (2006) en Canadá también hay “sesiones de inducción” para conseguir el consentimiento informado, manifestando este autor que hay *“muchos participantes que parecen no haber entendido la diferencia entre empleo competitivo y no competitivo cuando estaban de acuerdo en participar en el estudio en la fase de explicaciones dadas en el proceso de reclutamiento”*. Por el contrario, Lehman (2002) no utilizó un grupo de inducción para ser incluido pero los participantes recibieron 20 dólares en la entrevista de la línea base y otras cantidades en cada punto del periodo de seguimiento.

La manera de reclutar a los pacientes puede tener una repercusión en los resultados. Es probable que en el estudio de Lehman (2002) se reclutara a pacientes poco motivados, los cuales habrían sido excluidos del estudio de Drake et al. [45], y esto puede haber contribuido a tasas de empleo inferiores en su estudio. Más impactante es la baja tasa de empleo de los pacientes de la comparación de Lehman (2002), un 11% frente al 46% del estudio de Washington. Esto puede reflejar dos influencias, los niveles severos de discapacidad y las desventajas en el estudio de Lehman (2002), y las diferencias en las condiciones de comparación. La tasa de abuso de sustancias de los participantes en este último estudio fue considerablemente mas alta (40% versus 24%). Los análisis multivariantes revelaron que el abuso de sustancias predecía negativamente de forma significativa los resultados de empleo. Además en el estudio último citado hubo altos niveles de hospitalizaciones previas, una media de más de 11 hospitalizaciones de media en sus vidas. Otro posible factor a tener en cuenta es la naturaleza de la condición de comparación. A los pacientes se les ofreció un programa de rehabilitación psicosocial comprensivo, sólo un componente del cual fue un servicio vocacional. Los pacientes comparados a menudo no optaron por utilizar estos servicios y ese programa no alcanzo asertivamente a enganchar a sus pacientes. En contraste, el grupo de comparación de Drake (1999) en Washington DC recibió servicios de rehabilitación vocacional tradicional coordinados por un coordinador vocacional in situ. La explicación que Lehman (2002) nos ofrece es que la baja tasa de empleo en el grupo de comparación es atribuida al alto nivel de discapacidad de la muestra y al fracaso en el acceso a los servicios vocacionales.

Si la integración de los servicios de apoyo al empleo y los servicios de salud (Drake 1999), o en su forma de ACT-IPS (Gold 2006), es requisito para mayor éxito en los resultados, también cabría preguntarse en esta línea si la posibilidad de elección entre uno o varios proveedores de servicios de empleo o rehabilitación vocacional está asociado con mejores resultados. A diferencia del estudio en New Hampshire [45] donde se ofreció en los servicios de rehabilitación vocacional solo una posibilidad de proveedor de entrenamiento prevocacional, en el estudio de Columbia (Washington) (Drake 1999) se ofreció a los participantes la posibilidad de elegir -este distrito lo hacia factible- cualquiera de los proveedores de la amplia variedad de agencias de rehabilitación y además se corrigió la hipotética ineficacia administrativa de estas agencias al colocar un consultor en las mismas. El fracaso en los resultados primarios vocacionales del Entrenamiento Prevocacional

mejorado, en el Estudio de Columbia (Drake 1999), al no poder ser atribuido entonces al rendimiento ineficiente de un proveedor o de varios proveedores al subsanar las ineficiencias de la administración de los servicios de rehabilitación, nos hace pensar que la no confirmación de esta hipótesis descansa en los diferentes principios que mueven ambas estrategias.

La importancia de la búsqueda rápida de empleo se nos presenta como otro de los ingredientes críticos del éxito de la estrategia de empleo con apoyo IPS. Mueser (2004), al analizar por qué obtenían tasas empleo competitivo tan sustancialmente bajas en la estrategia PSR comparada con el IPS, sugiere que el énfasis en el PSR en desarrollar habilidades de trabajo y empleo transicional no era tan efectivo en ayudar a los participantes a obtener empleos competitivos, como la rápida búsqueda de empleo individualizado en los acercamientos de apoyo de IPS. Sus resultados son consistentes con otros estudios que indican que el retraso de la búsqueda de empleo competitivo en participantes con TMG reduce probabilidad de los participantes para obtenerlo [46]. Solamente una minoría de participantes, según la evidencia disponible, que participó en empleo transicional progresó a trabajos competitivos.

El proceso de recuperación de las personas se fundamenta en el derecho y el valor de la libertad de elección como uno de los componentes esenciales. Se trabaja en la hipótesis de si las preferencias personales pueden incrementar la duración del empleo y la satisfacción con el trabajo, mejorando la motivación para permanecer en el empleo. Algunas opiniones tradicionales están basadas en la asunción de que las personas con trastorno mental grave y persistente no tienen preferencias de empleo realistas y necesitan educación y consejos para ayudarlos a realizar una buena elección, y debido a esto en otros programas de entrenamiento prevocacional les hacen incorporarse un tiempo limitado a las oportunidades desarrolladas por la agencia, sin respeto a las preferencias individualizadas. Las preferencias de empleo de los participantes pueden jugar un papel crítico en la duración o permanencia en los puestos de trabajo y en la satisfacción con el empleo. Pese a lo que frecuentemente se piensa, los participantes en los estudios (Mueser 2001) tienen preferencias de empleos realistas y estables en el tiempo, y hay una tendencia favorable para ser evidente la relación entre preferencias de empleo, la duración de empleo y la satisfacción con el empleo.

Mueser (2001) encuentra que los participantes que obtuvieron empleos que emparejaban con sus preferencias mostraban casi dos

veces mayor permanencia en el empleo que los participantes que no emparejaban sus preferencias de trabajo. Este efecto ocurrió sólo el grupo de IPS. Sin embargo, en cuanto a la satisfacción, no aparecieron diferencias significativas. No obstante, estudios de muestras más grandes y de características similares e instrumentos de medida comparables son necesarios para la consolidación científica de la asociación de estas variables.

Como hemos visto la evidencia científica avala la estrategia del IPS para incrementar los resultados vocacionales relativos a la obtención del empleo competitivo. Sin embargo, los estudios revisados no han mostrado ningún impacto significativo o una evidencia sólida del programa de IPS sobre resultados no vocacionales, relativos a la mejoría en los síntomas psiquiátricos, la hospitalización, la autoestima, el funcionamiento social y cognitivo, las redes y contacto social y la calidad de vida. En el estudio de Drake (1999) se observó un efecto del tiempo en dichas variables, con mejoras en ambos grupos en lo que se refiere al funcionamiento global, a la calidad de vida y a la autoestima. Las comparaciones a posteriori revelaron que las mejoras ocurrieron a los seis primeros meses del estudio y estas permanecieron estables. Las puntuaciones totales del BPRS se incrementaron significativamente, pero estos incrementos fueron claramente en un rango subclínico. Mueser (2004) obtiene un resultado muy parecido, observando también un efecto del tiempo, con mejorías en el funcionamiento global y un empeoramiento en sintomatología. En el estudio del grupo EQUOLISE [47] concluyen que altas tasas de empleo no tienen un efecto negativo sobre el bienestar clínico y las recaídas.

Gold (2006) no encuentra diferencias en los síntomas psiquiátricos y la calidad de vida. El “efecto suelo” (puntuaciones muy bajas en línea base) se ofrece como posible causa de esta ausencia de efectos. En el estudio de Latimer (2006) aparece un efecto de interacción significativo para la autoestima; esta variable que inicialmente era más baja en el grupo IPS aumenta con el tiempo mientras que muestra una tendencia de declive en el grupo de servicios usuales. Si bien los autores mencionan la posibilidad de que la escala utilizada en este estudio (escala de Nugent y Thomas) sea más sensible que la utilizada habitualmente para medir esta variable (escala de Rosenberg), también es posible interpretar que se ha producido una regresión a la media en el grupo experimental, interpretación consistente con la ausencia de correlación entre los cambios en autoestima y las mejoras vocacionales.

Por tanto, la evidencia de que la participación en un programa de IPS mejore los resultados no vocacionales con respecto a los programas

tradicionales es muy débil, aunque en sentido contrario también puede afirmarse que no hay evidencia de empeoramiento en dichas variables. Hay que tener en cuenta que estos resultados no pueden interpretarse como ausencia de efectos (en cualquier sentido) de la *consecución y/o mantenimiento del empleo* sobre las variables no vocacionales, pues estos estudios no están diseñados para responder a esa pregunta (de hecho, los datos ofrecidos se refieren a toda la muestra y no exclusivamente a las personas que consiguieron empleo). Incluso aunque los resultados sobre logro de empleo son claramente superiores para el modelo IPS, no puede inferirse de aquí ninguna relación entre dicha consecución de empleo y los resultados vocacionales, y por otra parte los autores no aportan datos sobre la interacción entre el modelo de rehabilitación vocacional al que se ha sido asignado y el logro o no de empleo, en el efecto sobre los resultados no vocacionales. En cualquier caso, recomendamos profundizar en la fortaleza científica de los hallazgos no vocacionales, para lo cual sería necesario realizar estudios con muestras más grandes, mayores tiempos de seguimiento, con más de un lugar de estudio, y analizar detenidamente la cuestión de la sensibilidad de las medidas de cambio.

Volviendo a los resultados vocacionales, recientemente se han comenzado a desarrollar intervenciones específicas que integradas en el modelo IPS puedan mejorar los resultados. En este sentido, se vienen desarrollando programas de entrenamiento en rehabilitación cognitiva dirigidos a mejorar el funcionamiento cognitivo valorando sus efectos sobre los programas de rehabilitación vocacional [51,56,57]. En esta línea, McGurk [58,59] nos presenta resultados alentadores de una evaluación aleatorizada, con periodos de seguimiento diferentes (1 año y 2-3 años respectivamente) sobre los efectos del programa de entrenamiento cognitivo para apoyo al empleo: “Programa de Habilidades de Pensamiento en el Trabajo”. En este programa, el entrenamiento cognitivo es proporcionado por especialistas cognitivos que trabajan en colaboración con especialistas de apoyo al empleo para proveer remediación cognitiva y desarrollar estrategias compensatorias para discapacidades cognitivas que interfieren con el funcionamiento en el trabajo. Lo relevante de este hallazgo es que los pacientes con fracasos de empleo -despido de un trabajo mantenido durante menos de tres meses, o abandono de un trabajo sin otro para sustituirlo después de menos de tres meses de empleo- que fueron reclutados para apoyo al empleo, al ser evaluados a los dos o tres años, tenían más posibilidades de trabajar, mantenían más empleos y trabajaban más horas y ganaban más salarios. No obstante no está claro si las mejoras

de funcionamiento cognitivo, de los síntomas o de otros factores contribuyen a la mejoría de los resultados vocacionales, así como también se requiere determinar qué componentes del entrenamiento cognitivo tienen mayor peso en los resultados. El programa de habilidades de pensamiento para el trabajo incluye múltiples componentes: evaluación cognitiva comprensiva y vocacional, preparación de destrezas cognitivas de ordenador, plan de trabajo individualizado, apoyo al trabajo con su consultor especialista de apoyo al empleo. El propio McGurk [59] reconoce que no hubo un grupo de atención de control, y por ello no se puede diferenciar si los resultados superiores en los pacientes que participaron en programa se debe a los niveles más altos de atención del personal o al propio programa de entrenamiento. Puesto que el objetivo del programa es integrar la preparación de habilidades cognitivas y el desarrollo de estrategias compensatorias para minimizar los efectos de los déficit cognitivos sobre el trabajo en servicios de apoyo al empleo continuo, con el diseño de estudio actual no es posible saber cómo funciona el programa o que componentes son esenciales o no. Otros componentes no intrínsecos del programa, como la experiencia del aprendizaje positivo durante la preparación cognitiva o la estrategia de aprendizaje utilizada, podrían haber mejorado la autoestima, autoconfianza y motivación, contribuyendo a un mejor resultado de Empleo apoyado.

## VI. Conclusiones

Existe una fuerte evidencia en América del Norte y Europa de que el modelo IPS es significativamente más eficaz que los programas basados en el entrenamiento prevocacional (“train then place”, *entrenar y luego colocar*) en la consecución de empleo competitivo por parte de las personas con trastorno mental grave. Sin embargo, aun queda un porcentaje de individuos, entre el 25 y el 60% aproximadamente, que no son capaces de acceder a este tipo de empleo. Los factores que podrían influir en estos hallazgos no sólo pueden estar referidos al procedimiento del IPS originario que, probablemente necesita incorporar otras estrategias para aumentar su eficacia, sino también está en relación con factores demográficos y clínicos (nivel basal sintomático y de funcionamiento social) de la población de referencia, los estilos de búsqueda del empleo activo versus pasivo, la integración versus la separación de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales, la libertad de elegir uno o varios proveedores de servicios, la dificultad de implementación de los programas, la rapidez en la búsqueda de los empleos, la tasa local de desempleo, la forma de reclutar a los participantes en el estudio, o la presencia de programas de apoyo a las necesidades globales de los usuarios.

Existe evidencia científica que avala que el modelo IPS es más eficaz que los programas basados en el entrenamiento prevocacional, sobre el número de horas y semanas trabajadas competitivamente, así como en el volumen de ingresos obtenidos. Sin embargo, sigue siendo un reto tratar de mejorar la capacidad de los individuos para mantener durante más tiempo el puesto de trabajo conseguido.

Finalmente, no existe evidencia científica sólida que sustente que el empleo de las personas con TMG en un entorno competitivo, mediante el estrés, podría favorecer el empeoramiento clínico (recaídas y hospitalizaciones), así como tampoco que éste mejore los resultados no vocacionales: sintomatología, calidad de vida, y funcionamiento social o global. Las relaciones bidireccionales entre las variables contextuales, con la estrategia de integración laboral, y la medición de sus efectos en las personas con trastorno mental grave son muy complejas, y requieren de diseños más sofisticados y de análisis de mayor profundidad.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) se reconoce la necesidad de mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y

rehabilitadores (que incluye los programas de empleo con apoyo) en población adulta como en las estructuras territoriales sanitarias. Estos dispositivos deberán tener en cuenta las diferencias sociofamiliares de mujeres y hombres. En esta línea la evidencia acumulada confirma que el IPS es un enfoque efectivo para la rehabilitación laboral en salud mental que necesita de inversión y más investigación. Los países europeos, con la riqueza de su variedad de economías y sistemas de protección, deben realizar encuestas sobre sus agencias de rehabilitación vocacional para determinar la magnitud con la cual se están ofreciendo las intervenciones que son más efectivas para la integración en el empleo ordinario de las personas con trastornos mentales graves y persistentes. En nuestro país, una buena manera de comenzar a conocer las tasas de empleo de las personas con trastornos mentales graves sería a partir de una encuesta nacional a través del Observatorio Nacional de Salud Mental, gestionado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría, y que cuenta con el reconocimiento de su calidad por el Ministerio de Sanidad. Si bien habría que impulsar estrategias de acercamiento siguiendo el modelo IPS y en la provisión de estos servicios de IPS, es importante tomarse su tiempo para la formación de los especialistas de empleo con el fin de capacitarles para establecer y mantener los principios de fidelidad al IPS, pues ha sido constatado que las agencias que proveen servicios de IPS difieren en términos de fidelidad, habiendo variaciones de cómo se han implementado en la práctica. A nivel de investigación, los ensayos futuros, ante la precariedad de estos, deben incluir análisis detallados del coste efectividad desde las deferentes perspectivas. Los ensayos también deben incluir grupos que reciban atención convencional, para determinar si hay un efecto sobre los resultados no vocacionales y los periodos de seguimiento deberían ser mayores para detectar los posibles efectos sobre las variables de resultado. Asimismo se debe considerar la estandarización de la intervención adhiriéndose a un modelo especificado de IPS. Incorporar programas de prevención de recaídas, de mejoras del funcionamiento cognitivo o adaptaciones cognitivas, como de las habilidades interpersonales en el trabajo, con el fin de reforzar la vinculación con los servicios de salud mental. Por otra parte, también deberían contemplarse las necesidades de las personas globalmente.



## VII. Implicaciones para la práctica

Se recomienda la aplicación del modelo IPS en los programas de integración individualizada en el empleo de las personas con enfermedad mental grave y persistente. En general, este modelo ofrece resultados significativos en zonas con bajo desempleo. En localidades afectadas por altas tasas de desempleo en un contexto económico local boyante, como se ha comprobado en el estudio EQOLISE y en nuestra práctica clínica en la isla de Tenerife, también se obtiene unos resultados positivos con la estrategia IPS, si bien, las pensiones “trampa” (mas alta que los salarios) están asociadas con tasas bajas para conseguir un empleo competitivo.

Una vez logrado el acceso al empleo, resulta de importancia fundamental identificar e intervenir sobre los factores que favorecen o perjudican la permanencia en el puesto de trabajo. Las personas con trastorno mental grave tienen unas preferencias realistas y son más partidarios de jornadas de tiempo parcial. La continuidad de cuidados y la cooperación entre los servicios de rehabilitación vocacional y los servicios de salud mental es una condición necesaria para la efectividad de las estrategias individualizadas de empleo competitivo.



## VIII. Implicaciones para la investigación

Una vez establecida la superioridad del modelo IPS en la consecución de empleo competitivo, la investigación debe esclarecer cuáles son los predictores más importantes de dicha obtención de empleo, tanto a nivel personal (historia de trabajo, características sociodemográficas, tipo de psicopatología o nivel de sintomatología, funcionamiento cognitivo, variables de personalidad, preferencias), como a nivel contextual (tipo de políticas sanitarias y sociales, tasas de desempleo) y en lo que se refiere a los componentes y características concretas del programa IPS (y de su implementación), de cara a conseguir una intervención más individualizada y en consecuencia más exitosa.

Por otro lado, es necesario analizar el funcionamiento e interrelación entre variables vocacionales y no vocacionales, de forma que pueda entenderse de qué manera, si es que es así, la calidad de vida y el funcionamiento mental, afectivo y social del individuo puede verse favorecido por (o sí recíprocamente influye en) la integración socio-laboral que se busca con la aplicación de estos programas de apoyo individualizado al empleo.



# Contribución de los autores y revisores

- *Dr. Francisco Rodríguez Pulido.* Psiquiatra. Profesor Titular de la Universidad de La Laguna. Responsable del Equipo Comunitario Asertivo (ECA) del Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Director del PIRP de la isla de Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Elena Tallo Valdana.* Psicóloga. Miembro del Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (SIMPROMI). Tenerife. Ha contribuido en la selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña Lina Tost Pardell.* Psiquiatra. Coordinadora de la Unidad de Salud Mental de Ofra. Tenerife. Ha contribuido en la redacción parcial de este informe.
- *Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Miembro del CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Jeanette Pérez Ramos.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.

- *Dr. Amado Rivero Santana.* Psicólogo. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Marién González Lorenzo.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Ángeles Rodríguez García.* Enfermera. Miembro del Equipo Comunitario Asertivo del Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Ha contribuido en la redacción parcial de este informe.
- *D. Cecilio Hernández Sotomayor.* Psiquiatra. Miembro del Equipo Comunitario Asertivo del Servicio Canario de la Salud. Tenerife. Ha contribuido en la redacción parcial de este informe.

## Revisores externos

- *Dr. Luis Salvador-Carulla.* Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría y Psicología Médica en la Universidad de Cádiz. Presidente de la Sección de Discapacidad Intelectual de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Presidente de la Asociación para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable (AECES), y la Asociación Científica PSICOST. Jerez, España.
- *Dr. Manuel Girón Jiménez.* Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante, Valencia.

# Referencias

1. Giddens A. La tercera vía, la renovación de la socialdemocracia. Madrid: Taurus; 2003.
2. Rodríguez Pulido F, Rodríguez Hdez S. et al. El empleo y el alojamiento como base para la integración social de las personas con trastorno mental de larga duración. En: Hernández S, Rodríguez Pulido F, Hernández Marrero J. La psiquiatría comunitaria. Ayuntamiento Santa Lucía. ISLEM. Programa Horizon II. Gobierno de Canarias; 2001. p. 311-43.
3. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; 27: 282-96.
4. Rogers ES, Walsh D, Masotta L, Danley K, Smith K. Massachusetts Survey of Client Preferences for Community Support Services: final report. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation; 1991.
5. Lara L, López M. La integración laboral de personas con trastorno mental severo. Sevilla: FAISEM; 2003.
6. Anthony AW, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Psychosoc Rehabil J* 1987; 11: 5-23.
7. Henry GT. Practical Sampling. Applied social Research Methods Series. Vol. 21. Newbury Park, California: Sage; 1990.
8. Hogan MF. Supported Employment: How Can Mental Health Leaders Make a Difference? Columbus: Ohio Department of Mental Health; 1999.
9. Bedell JR, Draing D, Parrish A, Gervy R, Guastadisegni P. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatr Rehabil J* 1998; 21: 279-83.
10. Hatfield AB. Serving the unserved in community rehabilitation programs. *Psychosoc Rehabil J* 1989; 13: 71-82.

11. Hollingsworth EJ, Sweeny JK. Mental health expenditures for services for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 485-90.
12. Leff HS, Wise M. Measuring service system implementation in a public mental health system through provider descriptions of employment service need and use. *Psychosoc Rehabil J* 1995; 18: 51-64.
13. Five State Feasibility Study on State Mental Health Agency Performance Measures: Draft Executive Summary. Alexandria, Va: National Association of State Mental Health Program Directors Research Institute, Inc; 1998.
14. Penn D, Mueser, K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 607-17.
15. Lehman AF. Vocational Rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 645-56.
16. Liberman RP. Rehabilitaci3n integral del enfermo mental cr3nico. Barcelona: Mart3nez Roca; 1988.
17. Simmons TJ, Selleck V, Steele RB, Sepetauc F. Supports and rehabilitation for employment. En Flexer, RW y Solomon, PL. *Psychiatric Rehabilitation in practice*. Boston: Andover; 1993. p. 119-35.
18. Shepherd G. Avances recientes en la rehabilitaci3n psiqui3trica. En Aldaz J; V3zquez C. *Esquizofrenia: fundamentos psicol3gicos y psiqui3tricos de la rehabilitaci3n*. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1-22.
19. Schwarz G. Las empresas sociales como medio para la integraci3n laboral de personas con trastorno mental severo en Alemania. En Lara L, y L3pez M, editores. *Integraci3n Laboral de personas con trastorno mental severo*. Sevilla: FAISEM; 2003: 150-7.
20. Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000; 26: 87-103.
21. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, Toran J, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiat* 2000; 70: 203-14.
22. Marrone J, Balzell A, Gold M. Employment supports for people with Mental Illness. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 707-11.



23. Bond GR, Drake RE, Becker DR. The role of social functioning in vocational rehabilitation. En Mueser KT, Tarrrier N. Handbook of social functioning in schizophrenia. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1988. p. 372-90.
24. Bond GR. Applying psychiatric rehabilitation principles to employment: Recent findings. En Ancill RJ, Holliday S, Higenbottam J. Schizophrenia: Exploring the spectrum of psychosis. Chichester, England: John Wiley; 1994. p. 49-65.
25. Bond GR. La integración laboral de personas con trastorno mental severo en Estados Unidos. En: Integración laboral de personas con trastorno mental. Sevilla: Universidad Internacional Menéndez Pelayo; 2000.
26. Lara L, López M. La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía. En García J, Espino A y Lara L. La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Díaz de Santos; 1998. p. 213-24.
27. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatr Serv 1997; 48: 336-46.
28. Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. Psychiatr Rehabil J 1998; 22: 11-23.
29. Drake RE, Becker DR. The individual Placement and Support model of supported employment. Psychiatr Serv 1996; 47: 473-75.
30. Bond GR, Becker DR, Drake R, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF, et al. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. Psychiatr Serv 2001; 52: 313-22.
31. Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
32. Goldman HH, Gatozzi AA, Tanbe CA. Defining and counting the chronically mentally ill. Hosp Community Psychiatry 1981; 32: 21-7.
33. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi K, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. Br J Psychiatry 2000; 177: 149-55.

34. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272: 1367-71.
35. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17:1-12.
36. Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand?. A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.
37. Bond GR, Vogler KM, Resnick SG, Evans LJ, Drake RE, Becker DR. Dimensions of supported employment: Factor structure of the IPS fidelity scale. *J Ment Health* 2001; 10: 383-93.
38. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 489-501.
39. Ridgeway P, Rapp C. Critical Ingredients Series. Lawrence, Kansas: Kansas Department of Social and Rehabilitation Services, Commission on Mental Health and Developmental Disabilities; 1998.
40. Meltzer H, Gill B, Petticrew M, Hinds K. Office of population Censuses & Surveys Social Surveys Division. OPCS Surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. Report 2. Physical Complaints, Service Use and Treatment of Adults with Psychiatric Disorder. OPCS Surveys of psychiatric morbidity in Great Britain. London: Her Majesty's Stationary Office; 1995.
41. Twamley EW, Nayak GV, Williams RE, Jeste DV. Work rehabilitation for middle-aged and older veterans with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10 Supl 1:102.
42. Becker DR, Drake RE. Individual Placement and Support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994; 30: 193-206.
43. Bilby R. A response to the criticisms of transitional employment. *Psychosoc Rehabil J* 1992; 18: 69-82.
44. Baron RC, Rutman ID, Hadley T. Rehabilitation services for people with long-term mental illness in the manager behavioral health care system: stepchild again?. *Psychiatr Rehabil J* 1996; 20: 33-8.

45. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire Study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 391-9.
46. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into support employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil Psychiatry* 1995; 40: 75-94.
47. Burns T, Catty J, Becker Th, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber Ch, Rössler W, Tomov T, Van Busschbach, White S, Wiersma D (for the EQOLISE Group); The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2007; 370: 1146-52.
48. Consejo Económico y Social de Canarias. Principales indicadores económicos y sociales de Canarias. BOCES, Coyuntura económica y social, Enero 2009. Boletín de Coyuntura N° 0. Enero 2009 (datos EPA IV Trimestre 2008).
49. Rodríguez Pulido F, et al. La experiencia de Tenerife en la inserción rápida en el empleo ordinario. En Rodríguez Pulido F. *La Clínica de la Recuperación de las personas con Trastornos Mentales Graves: Modelo de Red de Redes. Presente y Perspectivas de Futuro*. Cabildo Insular de Tenerife. Fundación Sanidad y Universidad. 2009 (En prensa).
50. Mueser KT, Foy DW, Carter MJ. Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behav Modif* 2003; 27: 387-411.
51. Bell MD, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler RE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. *Arch Gen Psychiat* 2001; 58: 763-8.
52. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 789-98.
53. McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res* 2004; 70: 147-74.
54. Banks BS, Grossi ChT, Mank D. Workplace Support Job Performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2001; 24: 389-96.
55. Becker DR, Drake RE, Bond GR, Xie H, Dain RJ, Harrison K. Job terminations among persons with severe mental illness participating

- in supported employment. *Community Ment Health J* 1998; 34: 71-82.
56. Bell MD, Fiszdon J, Bryson G, Wexler BE. Effects of neurocognitive enhancement therapy in schizophrenia: normalization of memory performance. *Cogn Neuropsychiatry* 2004; 9: 199-211.
  57. Bell MD, Bryson GJ, Greig TC, Fiszdon JM, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. *J Rehab Res Dev* 2005; 42: 829-38.
  58. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31: 898-909.
  59. McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 437-41.

# Anexos

## Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Plataforma de acceso	Periodo buscado	Fecha acceso	Nº de resultados obtenidos
MEDLINE	OVID	1998-2007	27 de julio de 2007	325
EMBASE	OVID	1998-2007	31 de julio de 2007	386
Science Citation Index (SCI)	Web of Science. FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	1998-2007	31 de julio de 2007	177
Medline in process and other non-indexed citations	OVID	Hasta 30 de julio de 2007	31 de julio de 2007	22
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	Universidad de York	1998-2007	31 de julio de 2007	57
Cochrane (revisiones y CENTRAL)	The Cochrane Library Plus	Versión 2007	31 de julio de 2007	38
CINAHL	OVID	1998-2007	31 de julio de 2007	223
PsycInfo	EBSCOHost	1998-2007	27 de julio de 2007	481
Total con duplicados: 1709				
Total sin duplicados: 1056				

### Medline

- 1) exp Mental Disorders/
- 2) exp Mentally Ill Persons/
- 3) exp Employment, Supported/
- 4) (support\$ adj5 employment\$.ti,ab.
- 5) (club-house\$ or clubhouse\$ or fountain-house\$ or fountainhouse\$.ti,ab.
- 6) (individual placement and support).ti,ab.
- 7) 3 or 4 or 5
- 8) 1 or 2
- 9) 7 and 8
- 10) 9 or 6
- 11) limit 10 to yr="1998 - 2007"

### PsycInfo

- 1) DE "Supported Employment"
- 2) support\* N5 employment\*
- 3) ( ( ( individual placement and support ) ) )
- 4) ( ( clubhouse\* OR club-house\* OR fountain-house\* or fountainhouse\* ) )
- 5) DE "Vocational Rehabilitation"
- 6) DE "Psychiatric Patients"
- 7) ( ( (((((DE "Acute Schizophrenia") or (DE "Alcoholic Hallucinosi s" OR DE "Delirium Tremens" OR DE "Korsakoffs Psychosis" OR DE "Wernickes Syndrome")) or (DE "Childhood Psychosis" OR DE "Childhood Schizophrenia" OR DE "Symbiotic Infantile Psychosis")) or (DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Folie A Deux")) or (DE "Paranoid Personality Disorder")) or (DE "Schizophrenia" OR DE "Acute Schizophrenia" OR DE "Catatonic Schizophrenia" OR DE "Childhood Schizophrenia" OR DE "Paranoid Schizophrenia" OR DE "Process Schizophrenia" OR DE "Schizophrenia (Disorganized Type)" OR DE "Schizophreniform Disorder" OR DE "Undifferentiated Schizophrenia") ) )
- 8) ( ( ( DE "Psychosis" OR DE "Acute Psychosis" OR DE "Affective Psychosis" OR DE "Alcoholic Psychosis" OR DE "Capgras Syndrome" OR DE "Childhood Psychosis" OR DE "Chronic Psychosis" OR DE "Experimental Psychosis" OR DE "Hallucinosi s" OR DE "Paranoia (Psychosis)" OR DE "Postpartum Psychosis" OR DE "Reactive

Psychosis" OR DE "Schizophrenia" OR DE "Senile Psychosis" OR DE "Toxic Psychoses" ) ) )

9) ( ( (DE "Mental Disorders") or (DE "Bipolar Disorder" OR DE "Cyclothymic Personality")) or (DE "Mania" OR DE "Hypomania") ) )

10) DE "Chronic Psychosis"

11) ( S5 or S4 or S2 or S1 )

12) ( S10 or S9 or S8 or S7 or S6 )

13) ( S12 and S11 )

14) ( s3 or s13 )

### **EMBASE**

1) exp Mental Disease/

2) exp mental patient/

3) (support\$ adj5 employment\$).ti,ab.

4) (club-house\$ or clubhouse\$ or fountain-house\$ or fountainhouse\$).ti,ab.

5) (individual placement and support).ti,ab.

6) \*EMPLOYMENT/

7) affective psychosis/ or schizoaffective psychosis/ or exp mania/

8) exp PSYCHOSIS/

9) Mental Disease/

10) 1 or 2

11) 3 or 4

12) 10 and 11

13) 7 or 8 or 9

14) 2 or 13

15) 14 and 6

16) 5 or 12 or 15

17) limit 16 to yr="1998 - 2007"

### **CRD**

1) MeSH Mental Disorders EXPLODE 1

2) MeSH Mentally Ill Persons EXPLODE 1

3) MeSH Employment, Supported EXPLODE 1 2

4) support\* AND employment\*

5) club-house\* OR clubhouse\* OR fountain-house\* OR fountainhouse\*

- 6) "individual placement and support"
- 7) #1 or #2
- 8) #3 or #4 or #5
- 9) #7 and #8
- 10) #6 or #9
- 11) Limit 1998-2007

#### **Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations**

- 1) (support\$ adj5 employment\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word]
- 2) (club-house\$ or clubhouse\$ or fountain-house\$ or fountainhouse\$).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word]
- 3) (individual placement and support).mp. [mp=title, original title, abstract, name of substance word]
- 4) 1 or 2 or 3

#### **Cochrane**

- 1) MENTAL DISORDERS expandir todos los árboles (MeSH)
- 2) MENTALLY ILL PERSONS expandir todos los árboles (MeSH)
- 3) EMPLOYMENT SUPPORTED expandir todos los árboles (MeSH)
- 4) (support\* near employment\*)
- 5) (club-house\* or clubhouse\* or fountain-house\* or fountainhouse\*)
- 6) ((individual next placement) and support)
- 7) (#1 or #2)
- 8) (#3 or #4 or #5)
- 9) (#7 and #8)
- 10) (#9 or #6)
- 11) #10 ( 1998 hasta la fecha actual )



### Science Citation Index

- 1) TS=(mental same disorder\*) or TS=(mental same disease\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 2) TS=(psychosis or psychoses) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 3) TS=schizophren\* DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 4) TS=bipolar DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 5) TS=Cyclothymi\* DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 6) TS=(mania\* or hypomania\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 7) TS=(mania\* or hypomania\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 8) TS=(mental same health) or TS=(mental same patient\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 9) TS=(club-house\* or clubhouse\* or fountain-house\* or fountainhouse\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 10) TS=(support\* same employment\*) DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 11) TS="individual placement and support" DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 12) #8 OR #7 OR #6 OR #5 OR #4 OR #3 OR #2 OR #1 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 13) #10 OR #9 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 14) #13 AND #12 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007
- 15) #14 OR #11 DocType=All document types; Language=All languages; Database=SCI-EXPANDED; Timespan=1998-2007

**CINAHL**

- 1) exp mental disorders/
- 2) (individual placement and support).ti,ab.
- 3) exp Employment, Supported/
- 4) (support\$ adj5 employment\$).ti,ab.
- 5) exp Psychiatric Patients/
- 6) (club-house\$ or clubhouse\$ or fountain-house\$ or fountainhouse\$).ti,ab.
- 7) 1 or 5
- 8) 3 or 4 or 6
- 9) 7 and 8
- 10) 2 or 9
- 11) limit 10 to yr="1998 - 2007"

## Anexo 2. Escala de Oxman

Revisor:	Fecha:
<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente</b>	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

### 1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?

Sí       Sí, parcialmente       No se puede saber       No

PISTA: Un tema puede ser definido en términos de la población de estudio, la intervención realizada y los resultados (“outcomes”) considerados

### 2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuados?

Sí       Sí, parcialmente       No se puede saber       No

PISTA: La mejor “clase de estudios” es la que se dirige a la pregunta objeto de la revisión y tiene un diseño apropiado

### 3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y relevantes?

Sí       Sí, parcialmente       No se puede saber       No

PISTA:

- ¿Qué bases de datos bibliográficas se han usado?
- ¿Seguimiento de las referencias?
- ¿Contacto personal con experto?
- ¿Búsqueda también de estudios no publicados?
- ¿Búsqueda de estudios en idiomas distintos del inglés?

### 4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho lo suficiente para valorar la calidad de los estudios incluidos?

Sí       Sí, parcialmente       No se puede saber       No

PISTA: Los autores necesitan considerar el rigor de los estudios que han identificado. La falta de rigor puede afectar al resultado de los estudios (“No es oro todo lo que reluce”)

**5. Si los resultados de la revisión han sido combinados, ¿era razonable hacer eso?**

Sí       Sí, parcialmente       No se puede saber       No

PISTA: Considera si:

- Los resultados de los estudios eran similares entre si
- Los resultados de todos los estudios incluidos están claramente presentados
- Están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados

Estas 5 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al. User's Guides to The Medical Literature. VI. How to use an overview. JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371

## Anexo 3. Escala de Jadad

Revisor:	Fecha:
<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente</b>	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

	Sí	No	Bonificación
1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado?			
2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores)			
3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento?			

Puntuación final	
------------------	--

**Puntuación final:** 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

### MÉTODO DE PUNTUACIÓN:

Se da 1 punto para cada SÍ y 0 puntos para cada NO.

Se da 1 punto adicional si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado y/o
- en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigadores y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado y/o
- en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado

<p>Escala adaptada de: Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? <i>Controlled Clin Trials</i> 1996;17:1-12</p>
---

## Anexo 4. Escala de Estabrooks (modificada)

<b>Revisor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente</b>	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:
<p><b>RECLUTAMIENTO</b></p> <p>¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita?          Sí.....1          No.....0</p> <p>¿El índice de participación está claramente descrito?          Sí.....1          No.....0</p> <p>¿Cuál es el índice de pérdida?          &lt;20%.....2          21-50%.....1          &gt;50%.....0</p> <p>¿Existe justificación para el tamaño de la muestra?          Sí.....2          No.....0</p> <p><b>Sub-Total Reclutamiento: /6</b></p> <p><b>INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b></p> <p>¿Los criterios de inclusión y exclusión estaban claramente definidos?          Sí.....2          Parcialmente.....1          No.....0</p> <p>¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc.)?          Sí.....2          Parcialmente.....1          No.....0</p> <p><b>Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4</b></p>	<p><b>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</b></p> <p>¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada?          Sí.....2          Parcialmente.....1          No.....0</p> <p>¿Se describe la intervención para el grupo control de forma detallada?          Sí.....2          Parcialmente.....1          No.....0</p> <p><b>SubTotal Descripción de la Intervención: /4</b></p> <p><b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b></p> <p>¿Incluye tests?          Sí.....1          No.....0</p> <p>Significación estadística y/o C.I.          Sí.....1          No.....0</p> <p>¿Es apropiado el análisis estadístico?          Sí.....1          No.....0</p> <p>¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas?          Sí/NA.....1          No.....0</p> <p>¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos?          Sí.....2          Algo.....1          No.....0</p> <p><b>Sub-Total del Análisis Estadístico : /6</b></p> <p><b>MEDIDAS DE RESULTADO</b></p> <p>¿Están claramente definidas las medidas de resultados (variables dependientes)?          Sí.....2          Algo.....1          No.....0</p> <p>¿Se describe claramente el protocolo de recolección de datos?          Sí.....2          Algo.....1          No.....0</p>

<p>¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (pasada)?          Sí.....2          Algo.....1          No.....0</p> <p>¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (presente)?          Sí.....2          Algo.....1          No.....0</p> <p>¿Es apropiado el seguimiento?          &gt;2 medidas post.....2          2 medidas post.....1          Sólo 1 post.....0</p> <p>Márquese <b>0</b> si las medidas post están planificadas de manera inapropiada</p> <p>Márquese <b>1</b> si a pesar de realizarse una sola medida post, parece coherente</p> <p><b>Sub-Total Medidas de Resultado:</b>        /10</p>	<b>CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b>		
	<b>Categorías</b>	<b>Subtotal</b>	<b>Índice</b>
Reclutamiento (6)			
Inclusión y exclusión (4)			
Descripción de la intervención (4)			
Análisis estadístico (6)			
Medidas de los resultados (10)			
<b>TOTAL (30máximo)</b>			
<b>SUBESCALA Y RATIO DE VALIDEZ</b>			
<b>Reclutamiento</b>			
0-2.....Bajo			
3-4.....Medio			
5-6.....Alto			
<b>Inclusión y Exclusión</b>			
0-1.....Bajo			
2-3.....Medio			
4.....Alto			
<b>Descripción de la Intervención</b>			
0.....Bajo			
1-2.....Medio			
3-4.....Alto			
<b>Análisis Estadístico y Conclusiones</b>			
0-2.....Bajo			
3-4.....Medio			
5-6.....Alto			
<b>Medidas de Resultado</b>			
0-4.....Bajo			
5-7.....Medio			
8-10.....Alto			
<b>ÍNDICE TOTAL DE VALIDEZ</b>			
≥ Bajo.....Bajo			
< 2 Bajo, < 3 Alto.....Medio			
≥ 3 Alto, 0 Bajo.....Alto			

Escala adaptada de: Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfeld SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand?. A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.

## Anexo 5. Niveles y grados de evidencia

<b>Gradación de la evidencia. (Según la jerarquía de evidencia del NICE)</b>	
<b>Nivel</b>	<b>Tipo de Evidencia</b>
la	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis.
lb	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado.
IIa	Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado.
IIb	Al menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado de otro tipo.
III	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos.
IV	Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia.

<b>Sistema de gradación para estudios individuales</b>	
Grado I (RCT)	Ia - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.
	Ib - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.
	Ic - ninguna de las anteriores.
Grado II. Ensayos clínicos no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión.	IIa - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión.
	IIb – una o más de las anteriores.
Grado III. Resto de estudios	IIIa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados.
	IIIb – al menos 2 de las anteriores.
	IIIc – ninguna de las anteriores.



## Anexo 6. Referencias Estudios Incluidos

<b>Revisiones Sistemáticas (RS)</b>	
Crowther 2001	Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
Crowther 2001	Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. British Medical Journal 2001; 322: 204-8.
Marshall 2001	Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitert H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. Health Technology Assessment 2001; 5: 1-75.
Moll 2003	Moll S, Huff J, Detwiler L. Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. Canadian Journal of Occupational Therapy 2003; 70: 298-310.
Twamley 2003	Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. The Journal of Nervous and Mental Disease 2003; 191: 515-23.
<b>Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)</b>	
Cook 2005	Cook JA, Leff HS, Blyler CR, Gold PB, Goldberg RW, Mueser KT, et al. Results of a Multisite Randomized Trial of Supported Employment Interventions for Individuals With Severe Mental Illness. Archives of General Psychiatry 2005; 62: 505-12.
Cook 2006	Cook JA, Mulkern V, Grey DD, Burke-Miller J, Blyler CR, Razzano LA, et al. Effects of local unemployment rate on vocational outcomes in a randomized trial of supported employment for individuals with psychiatric disabilities. Journal of Vocational Rehabilitation 2006; 25: 71-84.
Drake 1999	Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 627-33.
Gold 2006	Gold PB, Meisler N, Santos AB, Carnemolla MA, Williams OH, Keleher J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. Schizophrenia Bulletin 2006; 32: 378-95.
Latimer 2006	Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat M, et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry 2006; 189: 65-73.

Mueser 2001	Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. <i>Journal of Mental Health</i> 2001; 10(4): 411-17.
Mueser 2004	Mueser KT, Clark RE, Haines M, Drake RE, McHugo GJ, Bond GR, et al. The Hartford Study of Supported Employment for Persons With Severe Mental Illness. <i>Journal of Consulting Clinical Psychology</i> 2004; 72: 479-90.
Lehman 2002	Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. <i>Archives of General Psychiatry</i> 2002; 59: 165-72.
Twamley 2005	Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE, Jeste DV. Work Rehabilitation for Middle-Aged and Older People With Schizophrenia: A Comparison of Three Approaches. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i> 2005; 193: 596-601.
<b>Estudios Comparativos (EC)</b>	
Bailey 1998	Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, Xie H, Drake RE. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1998; 22: 24-9.
Becker 2001	Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. <i>Psychiatric Services</i> 2001; 52: 351-7.
Henry 2004	Henry AD, Lucca AM, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient Hospitalizations and Emergency Service Visits among Participants in an Individual Placement and Support (IPS) Model Program. <i>Mental Health Services Research</i> 2004; 6: 227-37.
McHugo 1998	McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1998; 22: 55-61.
Rollins 2002	Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR. Social relationships at work: Does the employment model make a difference? <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 2002; 26: 51-61.

## Anexo 7. Referencias Estudios Excluidos

Autor y año	Referencia	Motivo de exclusión
Anónimo	Evaluation of the individual placement and support (IPS) model for people with mental problems - non-systematic review (project). Montreal: Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Sante (AETMIS); 2001.	No tipo de estudio
Barton 1999	Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. <i>Psychiatric Services</i> 1999; 50: 525-34.	
Becker 1998	Becker DR, Bebout RR, Drake RE. Job preferences of people with severe mental illness: A replication. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1998; 22: 46-50.	
Becker 2006	Becker DR, Drake RE. Supported employment interventions are effective for people with severe mental illness. <i>Evidence Based Mental Health</i> 2006; 9: 22.	
Becker 2007	Becker D, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. <i>Psychiatric Services</i> 2007; 58: 922-28.	
Bedia 2001	Bedia Gómez MA, Arrieta Rodríguez M, Tazón Alonso A, Fernández-Modamio M, Payá González B, Lastra Martínez I. Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: Variables relacionadas con el proceso de inserción. <i>Actas Españolas de Psiquiatría</i> 2001; 29: 357-67.	
Bennett 2003	Bennett S, Macdonald EM. Individual placement and support increased the likelihood of employment of people with severe mental illness. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> 2003; 50: 180-81.	
Bond 1998	Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 1998; 22: 11-23.	

Autor y año	Referencia	Motivo de exclusión
Bond 1999	Bond GR, Drake RE, Becker DR, Mueser KT. Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. <i>Journal Disability Policy Studies</i> 1999; 10: 18-52.	
Bond 2001	Bond GR, Becker DR, Drake RE, Rapp CA, Meisler N, Lehman AF et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. <i>Psychiatric Services</i> 2001; 52: 313-22.	
Bond 2001	Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? <i>Journal of Consulting Clinical Psychology</i> 2001; 69: 489-501.	
Bond 2004	Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 2004; 27: 345-59.	
Drake 2003	Drake RE, Becker DR, Bond GR, Gary R. Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2003; 16: 451-55.	
Fowler-Davies 2001	Fowler-Davies S. Review: supported employment is better than prevocational training for increasing competitive employment rates in people with severe mental illness. <i>Evidence Based Mental Health</i> 2001; 4: 76.	
Garcia-Villamizar 2007	Garcia-Villamizar D, Hughes C. Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> 2007; 51: 142-50.	
Gold 2002	Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. <i>The American Journal of Psychiatry</i> 2002; 159: 1395-402.	
Lucca 2004	Lucca AM, Henry AD, Banks S, Simon L, Page S. Evaluation of an individual placement and support model (IPS) program. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 2004; 27: 251-57.	

Autor y año	Referencia	Motivo de exclusión
McGurk 2003	McGurk SR, Mueser KT, Harvey PD, LaPuglia R, Marder J. Cognitive and Symptom Predictors of Work Outcomes for Clients With Schizophrenia in Supported Employment. <i>Psychiatric Services</i> 2003; 54: 1129-35.	
McGurk 2006	McGurk SR, Mueser KT. Cognitive and Clinical Predictors of Work Outcomes in Clients with Schizophrenia Receiving Supported Employment Services: 4-year Follow-Up. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> 2006; 33: 598-606.	
Perkins 2005	Perkins DV, Born DL, Raines JA, Galka SW. Program evaluation from an ecological perspective: Supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. <i>Psychiatric Rehabilitation Journal</i> 2005; 28: 217-24.	
Razzano 2005	Razzano LA, Cook JA, Burke-Miller JK, Mueser KT, Pickett-Schenk SA, Grey DD, et al. Clinical factors associated with employment among people with severe mental illness: Findings from the employment intervention demonstration program. <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i> 2005; 193: 705-13.	
Reker 2000	Reker T, Hornung WP, Schonauer K, Eikelmann B. Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 2000; 101: 457-63.	
Salyers 2004	Salyers MP, Becker DR, Drake RE, Torrey WC, Wyzik PF. A ten-year follow-up of a supported employment program. <i>Psychiatric Services</i> 2004; 55: 302-08.	
Wong 2000	Wong K, Chiu L-P, Tang S-W, Kan H-K, Kong C-L, Chu H-W, et al. Vocational outcomes of individuals with psychiatric disabilities participating in a supported competitive employment program. <i>Work</i> 2000; 14: 247-55.	
Wong 2001	Wong KK, Chiu SN, Chiu LP, Tang SW. A supported competitive employment programme for individuals with chronic mental illness. <i>Hong Kong Journal of Psychiatry</i> 2001; 11: 13-8.	

<b>Autor y año</b>	<b>Referencia</b>	<b>Motivo de exclusión</b>
Wong 2004	Wong KK, Chiu Lp, Tang Sw, Kan Hk, Kong Cl, Chu Hw, et al. A Supported Employment Program for People with Mental Illness in Hong Kong. American Journal of Psychiatric Rehabilitation 2004; 7: 83-96.	
Furlong 2002	Furlong M, McCoy ML, Dincin J, Clay R, McClory K, Pavick D. Jobs for people with the most severe psychiatric disorders: Thresholds Bridge North pilot. Psychiatric Rehabilitation Journal 2002; 26: 13-22.	No intervención
Landeem 2001	Landeem J. Review: social skills training, supported employment programmes, and cognitive behaviour therapy improve some outcomes in schizophrenia. Evidence Based Nursing 2001; 4: 115.	
Rosenheck 2007	Rosenheck RA, Mares AS. Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: two-year outcomes. Psychiatric Services 2007; 58: 325-33.	No participantes
Killackey 2007	Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Results of the first Australian randomised controlled trial of individual placement and support in first episode psychosis. Schizophrenia Bulletin 2007; 33: 593.	
Porteous 2004	Porteous N. Demonstration project of individual placement and support model (supported employment) at the early intervention psychosis service in Wellington, New Zealand. Schizophrenia Research 2004; 70: 129-30.	



