

Curso 2012/13
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS/12
I.S.B.N.: 978-84-15910-70-1

ELENA TALLO ALDANA

**El empleo ordinario de las personas
con trastorno mental grave**

Director
FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO



SOPORTES AUDIOVISUALES E INFORMÁTICOS
Serie Tesis Doctorales

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar este trabajo mostrando mi agradecimiento a todas las personas que lo han hecho posible o que, de un modo u otro, me han acompañado a lo largo de su elaboración y de mi trayectoria vital, en mi desarrollo intelectual y personal.

En primer lugar, al director de esta tesis doctoral, Dr. Francisco Rodríguez Pulido, por la confianza que siempre ha depositado en mí, por todos los conocimientos que ha querido y sabido transmitirme a lo largo de los años, y por poner todos los medios a su alcance para transmitir su pasión por la investigación y su entusiasmo ante los retos futuros.

A Carmen Rosa García Montenegro, Consejera Delegada de Sinpromi SL, por abrirme y facilitarme el camino.

A Sinpromi S,L por ser el soporte de esta investigación.

A la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) por haber financiado parte de esta investigación.

A Enrique González Dávila, por su trabajo estadístico.

A mis amigas, porque este trabajo tan intenso sólo compensa si al salir puedes tomar una cervecita y compartir los éxitos y fracasos con la gente que te quiere.

A mi prima Ana por ser mi compañera de batallas.

A mis padres, por haberme transmitido tantos valores, por sus consejos, por haber invertido su esfuerzo en mi formación. Por ser mi mejor colchón emocional y por su apoyo incondicional. Por confiar siempre en mí. Gracias mamá, gracias papá, por todo.

Y por último y no menos importante, a Víctor, por ceder su tiempo generosamente para que yo pueda dedicarme a esto y sobre todo, porque gracias a él, volver a casa cada día es mi verdadera recompensa.

Gracias a todos!

DEDICATORIA

*A la memoria de mi hermana Patri,
por haberme transmitido tanta fuerza y tesón
y sobretodo por haberme dado tanto amor.*

INDICE GENERAL

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	11
2. REVISIÓN Y ANTECEDENTES.....	14
2.1. LA INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.....	14
2.1.1. El concepto comunitario e individualización	15
2.1.2. El concepto Red de Redes	16
2.1.3. El concepto de Rehabilitación y Recuperación	19
2.1.4. Etapas y componentes de la recuperación	21
2.1.5. Concepto de Tratamiento Asertivo Comunitario	25
2.1.6. El concepto de autonomía al empleo	27
2.2. MODELOS DE ENTRENAMIENTO PREVOCACIONAL.....	31
2.2.1. El enfoque de Casas club	31
2.2.2. Centros Especiales de Empleo	34
2.3. EL MODELO DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO(IPS).....	36
2.3.1. Principios modelo IPS	39
2.3.2. Revisión de resultados del modelo IPS	51
2.3.2.1. Resultados vocacionales	56
2.3.2.2. Resultados no vocacionales	99
2.3.2.3. Comparación del IPS con otros modelos	117
2.3.3. Medición y fiabilidad del IPS	119
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	126
4. HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	127
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	127
5.1. MUESTRA	127
5.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN	128
5.3. VARIABLES	132
5.3.1. Grupo de Apoyo Individualizado al empleo	132
5.3.1.1. Variables Vocacionales	132
5.3.1.2. Variables no Vocacionales	133
5.3.2. Comparativa del IPS con el Grupo Control	133
5.3.2.1. Variables Vocacionales	133
5.3.2.2. Variables no Vocacionales	134
5.3.3. Comparativa del IPS con otros estudios	135
5.3.3.1. Variables vocacionales	135
5.3.4. Autoevaluación de los equipos de empleo	136
5.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA	137
5.5. PROCEDIMIENTO	138
5.6. ANALISIS ESTADISTICO	145

6. RESULTADOS.....	148
6.1. GRUPO DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO.....	148
6.1.1. Características Socio demográficas	148
6.1.2. Resultados Vocacionales	150
6.1.3. Resultados No vocacionales	159
6.2. COMPARATIVA CON GRUPO CONTROL.....	160
6.2.1. Características Socio demográficas	160
6.2.2. Resultados Vocacionales	161
6.2.3. Resultados No vocacionales	167
6.3. COMPARATIVA CON OTROS ESTUDIOS.....	168
6.3.1. Variables vocacionales	168
6.4. AUTOEVALUACIÓN DE LOS EQUIPOS.....	175
7. DISCUSIÓN.....	181
8. CONCLUSIONES.....	222
9. BIBLIOGRAFÍA.....	225
10. ANEXOS.....	250
Anexo 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica.	251
Anexo 2. Referencias Estudios Incluidos	255
Anexo 3. Referencias Estudios Excluidos	257
Anexo 4. Niveles y Grado de Evidencia	260
Anexo 5. Escala de Jadad.	261
Anexo 6. Escala de Estabrooks	262
Anexo 7. Escala de Oxman	266
Anexo 8. Cuestionario de valoración para empleo.	268
Anexo 9. Escala de fidelidad de los principios de IPS	289
Anexo 10. Documento de derivación a empleo	306
Anexo 11. Resultados vocacionales grupo control.	307
Anexo 12. Comparativa resultados vocacionales grupo EAIE y grupo control.	308
Anexo 13. Tabla comparación resultados vocacionales del grupos EAIE con otros países	309
Anexo 14. Proporciones significativas entre los estudios comparados	310
Anexo 15. Comparación de los datos obtenidos por el EAIE con un estudio europeo presentado con medianas.	311
Anexo 16. Comparación de los datos de los EAIE con un estudio presentado con medianas y percentiles.	312

RESUMEN

En los procesos de recuperación, la integración en el empleo ordinario es una de las metas para las personas con trastornos mentales graves. Nuestro objetivo fue determinar la efectividad del modelo IPS en empleo competitivo en la isla de Tenerife, una sociedad con alta tasa de desempleo y formando parte en un modelo de atención comunitario de red de redes. Se diseñó un estudio de seguimiento de 84 meses (año 2004 a 2010.) De una muestra total de 685 personas, la mayoría hombres, solteros, con edades comprendidas entre 26 y 55 años y con diagnóstico de esquizofrenia, 124 personas fueron asignadas al programa de IPS y 75 recibieron los servicios tradicionales de empleo. Los criterios de inclusión para el grupo IPS fueron esencialmente su deseo de trabajar y no encontrarse en fase aguda de la enfermedad. Se comparan los resultados vocacionales (horas trabajadas, semanas trabajadas, días hasta el primer empleo, salario, semanas en el empleo más largo y permanencia) entre ambos grupos, con los encontrados en otros países y se realiza una evaluación del cumplimiento de los principios de fidelidad del modelo IPS.

Los participantes del grupo IPS trabajan más horas semanales, más semanas al año, tardan menos días en conseguir el primer empleo y permanecen más tiempo que las personas del grupo control y también que la mayoría de personas de los estudios de otros países. Las personas del grupo IPS reciben salarios algo más elevados que el grupo control y similares o menores cuando se comparan con otros países. La permanencia es una cuestión que requiere más estudios.

Palabras claves: Esquizofrenia, recuperación, apoyo individualizado al empleo, empleo competitivo.

ABSTRACT

In the recovery process, the integration into ordinary employment is a goal for people with severe mental illness. Our objective was to determine the effectiveness of the IPS model in competitive employment on the island of Tenerife, a society with a high unemployment rate and being part of a network model of community support. An 84 month follow up study was designed (from 2004 to 2010). From a total sample of 685 people, the majority men, single, aged between 26 and 55 years of age and diagnosed with schizophrenia, 124 were assigned to the IPS programme and 75 received traditional employment services. The inclusion criteria for the IPS group were essentially their desire to work and not find themselves in the most critical stage of the illness.

Vocational results are compared (hours worked, weeks worked, length of time until first employment date, salary, number of days of employment and/or permanent employment) between both groups, with results found in other countries and an assessment is done using the principals of loyalty of the IPS model.

Participants from the IPS Group work longer hours per week, more weeks per year, take fewer days to obtain first job and remain more time than the people included in the control group and more than the majority of people from studies taken place in other countries.

People from the IPS group receive slightly higher wages than the control group and similar or lower when compared with other countries. Permanence is a question that would require further study.

Keywords: schizophrenia, recovery, individual placement and support (IPS), employment.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACT: Tratamiento Asertivo Comunitario.

CEE: Centros especiales de Empleo.

DOC1: Documento Integral de Derivación.

EAIE: Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo.

ECAs: Ensayos clínicos aleatorizados.

EOs: Estudios Observacionales.

ES: Effect Size.

EVR: Programas de Rehabilitación ocupacional.

GST: Group Skills Training.

GC: Grupo Control.

IPS: Individual Placement and Support o Apoyo Individualizado al Empleo.

IGR: Intervalo intercuartílico.

NISH: Industrias Nacionales para discapacitados graves.

Me: Mediana.

PIRP: Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife.

PSR: Programa de rehabilitación psicosocial.

Queis: Escala de Fidelidad de Bond.

RSs. Revisiones Sistemáticas.

SE o SEP : Programa de Apoyo al empleo.

TCL: Formación en la vida comunitaria.

TMG: Trastorno Mental Grave.

UIA: revisión Crother 2001.

1.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio nace en un contexto de trabajo enfocado hacia la recuperación de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG). El modelo “red de redes” desarrollado en la Isla de Tenerife representa el trabajo de una década y está basado en un sistema cooperativo y transversal de cuidados y de responsabilidades de todos, que hemos publicado recientemente en versión española (Rodríguez F. , 2010)

Se pasa de un modelo centrado en la exclusión, a uno basado en la integración en la comunidad. De un enfoque basado en la enfermedad y la peligrosidad, a uno basado en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social y poseedor de derechos y deberes. Un sujeto con una dimensión social además de la dimensión biológica y psicológica.

En este sentido, se van produciendo, aunque con cierta lentitud, cambios significativos que llevan a la construcción de nuevos paradigmas en el mundo de la discapacidad en el siglo XXI, que favorecen las políticas de la recuperación de las personas con trastornos mentales graves.

A pesar de que sólo el 5% - 15% de los pacientes con enfermedad mental grave en el sistema público de salud mental tienen un empleo competitivo (Rosenheck et al;., 2006 Salkever et al;., 2007 et al. West, 2005), la mayoría expresan el deseo de trabajar (McQuilken et al;., 2003 Mueser, Salyers, y Mueser, 2001; Rogers, Walsh Danley, Masotta, 1991). Para muchos usuarios, el empleo es su objetivo principal, ya que el

trabajo proporciona la estructura, la actividad, un rol de adulto, las relaciones sociales, su integración en la comunidad, la autoestima, el aumento de los ingresos y una mejor calidad de vida (Bond, Resnick et al 2001.,; Burns et al 2009, Fabian, 1989, 1992; Mueser et al;., 1997, Van Dongen, 1996, 1998).

Muchas personas con Trastorno mental Grave subrayan el papel central del trabajo en la proceso de recuperación (Bailey, 1998; Clevenger, 2008; Rogers, 1995; Steele y Berman, 2001).

La integración laboral, por tanto, no puede estar al margen del proceso terapéutico rehabilitador, sino umbilicalmente insertada en el mismo. Entendemos que la vida laboral no es un complemento de la rehabilitación psicosocial. La integración laboral es el corazón que abre las arterias de la propia integración social, facilitando a la persona su significación social en su rol de ciudadano y trabajador y la misma recobra su sentido en el propio proceso terapéutico individual.

Para ello se hace necesario la asistencia profesional en forma de servicios dirigidos específicamente en el empleo, así el Apoyo Individualizado al empleo (Individual Placement Supported, IPS) se presenta como una estrategia de aproximación al empleo que rompe con las estrategias más clásicas dirigidas a la integración laboral de personas con trastorno Mental Grave y muestra los resultados más positivos tanto en Estado Unidos como en Europa.

Siguiendo las recomendaciones para la esquizofrenia(Drake et al, 1996) se implanta en la isla un Equipo comunitario asertivo (ECA) y los equipo de apoyo individualizado al

empleo (EAIE) basados en los principios que han guiado la acción del IPS (Individual Placement and Support / Apoyo Individualizado al empleo.)

En este sentido, este estudio se plantea determinar la efectividad del Modelo IPS en una sociedad con una alta tasa de desempleo como es la isla de Tenerife.

Entendemos que los estudios de investigación como el que hemos realizado, resultan muy necesarios para una labor de comprensión de la problemática sociolaboral que presentan las personas con discapacidad por Trastorno Mental Grave y como un instrumento útil de planificación y desarrollo de acciones que tengan como objetivo lograr una mayor integración sociolaboral de estas personas con TMG.

2.- REVISIÓN Y ANTECEDENTES.

2.1- LA INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

Durante el siglo XX, la asistencia psiquiátrica pública ha hecho un esfuerzo por integrarse en el sistema sanitario. Este esfuerzo, ha tenido un desarrollo desigual en el conjunto del país, pero en líneas generales la integración de la asistencia psiquiátrica en el servicio sanitario, es un logro de las sociedades desarrolladas. Estos complejos procesos, han llevado que con el desarrollo de nuevos formatos psicológicos, la integración de las personas con trastorno Mental Grave sea cada vez más una realidad. La psiquiatría desde una orientación comunitaria, que defiende la presencia de recursos alternativos en la comunidad, lejos del hospital psiquiátrico, viene requiriendo de una diversidad de soporte que en las últimas décadas están siendo evaluadas. Uno de estos recursos son los relativos al área de la Rehabilitación Laboral con sus diferentes modalidades.

Para entender el concepto de integración es necesario tener en cuenta los siguientes conceptos.

2.1.1.- El concepto comunitario e individualización

Dentro de nuestra labor, lo comunitario vendría definido por la posición o la relación significativa que el sujeto mantiene con un lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. Realmente si el entorno o el quehacer es visualizado y comprendido como comunitario, debe favorecer de forma interdependiente los procesos de socialización, autorrealización, sentido de pertenencia e individualización. Estos cuatro ingredientes forman el contenido de lo comunitario y deben estar presentes operativamente en los procesos de recuperación personal.

Los procesos de la práctica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión, deben favorecer el hacer individual desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. Esto es intrínsecamente sustancial a los procesos de diferenciación psicológica que hacen que las identidades personales se construyan a partir de la interacción con los otros. Los procesos individuales de separación, diferenciación e individualización, se construyen desde la interacción con los otros en el marco de todas las formas grupales que nos vamos encontrando en nuestra maduración y desarrollo.

En resumen, es relevante el significado de lo comunitario como una sucesiva construcción operativa grupal, visible y alternativa de mediación y soporte para

promover, desarrollar y madurar los procesos de recuperación desde la individualidad.

2.1.2.-El concepto red de redes

El enfoque Psicosocial nos permite acercarnos a la comprensión de las relaciones entre las instituciones y la comunidad, las relaciones entre las personas y de las personas para sí. El ámbito de lo psicosocial es el campo de la experiencia interpersonal, donde, a partir de la interacción y el intercambio de significados relacionales, se configuran los procesos y objetos en función de los cuales construimos nuestra subjetividad, nuestra identidad, así como la realidad personal, social y cultural que hacen parte de nuestra vida cotidiana. La realidad individual como la social o cultural hacen parte de un mismo proceso global donde no es posible acceder a la comprensión de un proceso aislándolo del contexto, sino que, por el contrario, es en relación con el contexto global como accedemos a la construcción de su sentido, que debemos encontrarlo, en lo biográfico y lo clínico, el apoyo social resulta influir de forma positiva para mantener o resolver el bienestar psicológico y la salud de las personas.

De acuerdo con Lin (1986), las fuentes de apoyo social pueden representarse en tres niveles que se corresponden con tres estratos distintos de las relaciones sociales, cada uno de los cuales indica vínculos entre los individuos y su entorno social con características y connotaciones diferentes. El más extenso y general de

ellos consiste en las relaciones que se establecen con la comunidad y reflejaría la integración en la estructura social más amplia. Estas relaciones indican el grado y extensión con que el individuo se identifica y participa en su entorno social, lo cual constituye un indicador del sentido de pertenencia a una comunidad. El siguiente estrato, más cercano al individuo, consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directa e indirectamente a un número relativamente amplio de personas. Estas relaciones de carácter más específico (relaciones de trabajo, amistad, parentesco) proporcionan al individuo un sentimiento de vinculación, de significado por un impacto mayor que el proporcionado por las relaciones establecidas en el anterior nivel. Finalmente, las relaciones íntimas y de confianza constituyen para el individuo el último y más central y significativo de los estratos o categorías de relaciones sociales propuestas. Esta clase de relaciones implican un sentimiento de compromiso, en el sentido de que se producen intercambios mutuos y recíprocos y se comparte un sentido de responsabilidad por el bienestar del otro.

El abordaje de los trastornos mentales graves se ha concebido a través de la intervención en redes sociales como un enfoque de intervención comunitaria sobre numerosos problemas o necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, donde una variedad de equipos multiprofesionales (Equipo Comunitario Asertivo/Equipo de Apoyo Individualizado empleo/Centros de Recuperación Psicosocial, Centros de Día Ocupacionales) que actúan como

dinamizadores y catalizador de procesos psicosociales de comunicación, participación y organización relativos a un conjunto de espacios (sanitario, social y laboral), cada uno con su propia red, y en conjunto, conformando una red de redes. Intervenir en redes sociales ha sido una alternativa práctica donde es posible movilizar a la comunidad para que interprete su realidad, movilice sus recursos personales, comunitarios e institucionales hacia la transformación de las condiciones personales, sociales y culturales de las personas participantes y acceda a un nivel amplio de participación en la recreación de la vida social y cultural, que conlleve la solución integral de numerosos problemas.

No hay que olvidar que en este proceso existe una gran diferencia entre las redes sociales de carácter informal y las redes formales o interinstitucionales, las cuales están constituidas (Arango, 2003) por un conjunto de instituciones que han acordado realizar acciones conjuntas para el enfrentamiento de una problemática de la sociedad o de una comunidad. Para el trabajo en redes formales es necesario desarrollar una metodología que haga posible la construcción de un lenguaje común y un horizonte común de significados compartidos. Este ha sido un proceso lento y minucioso que se ha ido desarrollando a medida que se van construyendo los conceptos y se va llegando a acuerdos conjuntos. Es necesario acordar principios, propósitos, objetivos y metas. Acordar una metodología en común y desarrollar mecanismos de comunicación en red que garanticen el mantenimiento de un mismo lenguaje,

sin caer en la imposición y manipulación de conceptos. La elaboración, desarrollo e implementación del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Tenerife (PIRP), se nutre de esta fundamentación.

La red de redes no es una suma de profesionales ni de recursos, sino una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y darle el protagonismo de su vida.

2.1.3.- El concepto de Rehabilitación y Recuperación

Rehabilitar es habilitar una función parcial del estado mental o del funcionamiento para la vida diaria con la finalidad de aumentar su rendimiento, competencia o capacidades a un nivel de eficacia más próximos a los niveles premorbidos o ajustar los entornos a las personas. (Re) construir habilidades en personas que, por alguna razón, carecen de ellas. Esta definición es una definición muy restrictiva médico biológica que emula a la rehabilitación física y que a veces, en las personas con más deterioro clínico y funcional, parece adquirir su pleno sentido.

El concepto de recuperación es útil para poder facilitar los procesos individuales partiendo del descubrimiento del ser y de los deseos personales. Esta consideración clínica, de saber con qué grupo de usuarios estamos trabajando, determina posteriormente, el marco de relaciones intersubjetivas y los planes

individualizados de atención. Las prácticas de la rehabilitación se asientan sobre un marco explicativo del enfermar y sobre el concepto de deterioro. Habilitar o instituir al sujeto psicótico como sujeto de la palabra, del derecho y de la responsabilidad en un discurso de nueva creación que considere y tolere que en la raíz del sentido habita en toda su potencia el sin sentido irreductible del ser (Rivas, 2005).

La recuperación puede ser definida desde la perspectiva de los profesionales y desde la perspectiva de los usuarios (Bellack 2007). Hace dos décadas Anthony (1990, 1993) nos ofrecía una de las definiciones más influyentes, al describir la recuperación como “un proceso único, profundamente personal de modificación de la actitud, los valores, los sentimientos, los objetivos, las habilidades y/o las funciones de uno mismo. Es una forma de experimentar una vida satisfactoria, esperanzadora y contribuyente a pesar de las limitaciones propias de la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo significado y propósito de la vida conforme uno crece, más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad” o Farkas en 1996, nos habla de “recuperar el sentido de uno mismo y la confianza en un futuro de auténticas posibilidades”.

Las definiciones científicas consideran la recuperación como un resultado, enfatizando las manifestaciones de la enfermedad: síntomas y discapacidad funcional. La mayoría de las personas con trastornos graves y de larga duración pueden, por lo tanto, esperar de forma realista una “recuperación clínica”, si

bien algo menos de una cuarta parte, es probable que mantenga una discapacidad permanente. Liberman et al., 2002 ha señalado que “ningún conjunto único de criterios para definir la recuperación ha conseguido acaparar el mercado”, señalando los factores positivos que impulsan el progreso hacia la recuperación (véase figura 1).

Figura 1. Factores positivos que impulsan los progresos hacia la recuperación. Liberman et al (2002)



2.1.4.- Etapas y componentes de la recuperación

Para los usuarios la recuperación es más un proceso en el que el individuo lucha para superar el hecho de la enfermedad mental y su impacto, en el sentido de uno mismo donde la recuperación es un proceso de adaptación positiva a la enfermedad y a la discapacidad, unido fuertemente a la autoconciencia y a un

sentido de empoderamiento, (Hogan 2003). Por lo tanto, lo consideran que “recuperación social” no es imposible ya que pueden lograr una mayor comprensión sobre cómo gestionar sus síntomas y construir una vida con sentido pese a padecer limitaciones graves, como sucede en las enfermedades clínicas crónicas, la diabetes u otras cardiopatías, que pueden interferir en el funcionamiento pero que no definen a la persona ante si misma o ante los ojos de la sociedad. El modelo de usuario hace especial hincapié en apoyo de iguales y la experiencia personal y el tratamiento no es un requisito indispensable.

La rehabilitación se encuentra ahora en un proceso de redefinición para incorporar las ideas de recuperación (Roberts et al., 2006). Esta mantiene una preocupación por los resultados sociales, en oposición a los resultados clínicos, pero existe un énfasis creciente en la autoayuda y en un enfoque centrado en lo que las personas pueden hacer, en vez de lo que no pueden hacer (Rapp et al., 2006). El concepto de recuperación necesita un desarrollo más amplio, desde el punto de vista de los usuarios (dimensiones subjetivas de la recuperación, instrumentos de medida y ensayos controlados), pero ofrece un marco de trabajo que, si se adopta en serio propiciará en el futuro una transformación radical de los servicios de salud mental.

En EE.UU. a finales del 2004, la SAMHSA (Substance abuse y Mental Health Services Administration) celebró una Conferencia de Consenso Nacional sobre el tema de la recuperación y transformación de la salud mental. Se identificaron así

mismo diez características de servicios eficaces orientados a la recuperación.

(Véase tabla 1).

Tabla 1. Características de los servicios eficaces de recuperación	
Autodirección	El usuario dirige, controla, toma decisiones y determina su propio camino de recuperación.
Individualización y enfoque en la persona	Hay muchas vías de recuperación que se basan en las necesidades, preferencias y experiencias individuales e intransferibles de la persona
Capacitación:	El usuario tiene la autoridad de elegir y tomar decisiones que tengan influencia en su vida y se le educa y apoya para que pueda hacerlo.
Holístico:	La recuperación engloba los diferentes aspectos de la vida de un individuo, incluido la mente, el cuerpo, el espíritu y la comunidad.
No lineal	Recuperación no es un proceso paso a paso, sino un proceso basado en el crecimiento continuado con reveses ocasionales.
Basado en los puntos fuertes	La recuperación se enfoca en valorar y estructurar los múltiples puntos fuertes, la resistencia, la habilidad para sobrellevar los síntomas, el valor inherente y las capacidades del individuo.
Apoyo de iguales	Se reconoce y se fomenta el valioso papel de apoyo mutuo en el que los usuarios se animan unos a otros.
Respeto	Para alcanzar la recuperación es crucial que, en la comunidad, los sistemas y la sociedad acepten y valoren al usuario, incluidas la protección de los derechos del usuario y la eliminación de discriminación estigmas.
Responsabilidad	El usuario tiene la responsabilidad personal de su propio cuidado y su camino a la recuperación
Esperanza	La recuperación ofrece el mensaje esencial y motivador de que las personas pueden superar, y superan, las barreras y los obstáculos a los que se enfrentan

SAMHSA, 2004

De estas diez dimensiones, el informe SAMHSA, basado en los testimonios personales de supervivientes de la psiquiatría, puso especial énfasis para definir la recuperación en la esperanza. Asimismo, Andersen et al., en el 2003 después de estudiar relatos personales sugieren cuatro componentes esenciales en la recuperación. Estos se reflejan en el *Tabla 1* Son muy similares a los elementos sugeridos por Rethink (2008). (Véase tabla 2)

Tabla 2. Componentes del proceso de recuperación
<p>ENCONTRAR LA ESPERANZA Y MANTENERLA.</p> <p>Creer en uno mismo, tener sentido de autocontrol y optimismo de cara al futuro.</p>
<p>RE-ESTABLECIMIENTO DE UNA IDENTIDAD POSITIVA.</p> <p>Encontrar una nueva identidad de que incorpore la enfermedad pero que mantenga un sentido positivo de uno mismo.</p>
<p>CONSTRUIR UNA VIDA CON SENTIDO</p> <p>Entender la enfermedad, encontrar un sentido a la vida pese a la enfermedad, dedicarse a vivir</p>
<p>ASUMIR RESPONSABILIDAD Y CONTROL</p> <p>Sentir que se controla la enfermedad y que se controla la vida</p>

Andersen , 2003

Un principio fundamental de la recuperación es que no significa necesariamente una cura (recuperación clínica). Enfatiza, en cambio, el recorrido único de una persona que vive con problemas de salud mental en el proceso de construir su propia vida más allá de la enfermedad (recuperación social). Por tanto, una persona puede recuperar su vida sin necesariamente “recuperarse de” su enfermedad.

2.1.5.-Concepto de Tratamiento asertivo comunitario (TAC/ACT)

El modelo de tratamiento asertivo comunitario fue desarrollado por Stein y Test en Madison, Wisconsin, a finales de los años 60, en respuesta a las necesidades de los enfermos mentales con psicosis graves y crónicas, o con un patrón de elevada frecuentación y uso de recursos –observadas durante el proceso de reforma del Mendota State Hospital- y como alternativa al hospital psiquiátrico. El modelo de ACT fue desarrollado (Test et al., 1976) y evaluado (Stein et al., 1975) durante la década de 1970 en Madison, Wisconsin, donde llegó a ser llamado para la formación en la Vida Comunitaria (TCL) del programa (Stein et al., 1985; Test et al., 1992). La primera evaluación principal se realizó en la década de 1970 por Stein y Test (1980; 1998), realizando una revisión crítica de su efectividad a comienzos de este siglo (Test et al., 2001). Thompson y sus colegas (1990) proporcionan un panorama histórico de desarrollo y evolución de este modelo de programa. Estudios de replicación posteriores se llevaron a cabo en Australia (Hoult et al., 1983 y 1984), de California (Jerrel et al., 1989) y Londres (Mark et al., 1994).

Se han desarrollado normas claras y específicas sobre qué es el ACT e incluso se ha creado un comité internacional de expertos de cara a definir y validar el modelo. Las características de este modelo han sido establecidas por comités de expertos. (Véase tabla 3)

Tabla 3: Características de los modelos ACT	
I.	Trabajo sobre población definida.
II.	Bajo ratio paciente/staff (10:1)
III.	Equipo multidisciplinar
IV.	Prestación de servicios en ambiente natural paciente
V.	Servicios individualizados y completos
VI.	Responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, más que individualmente
VII.	Cobertura permanente 24 horas/7 días semana
VIII.	Prestación directa por el equipo de todos los servicios sanitarios y sociales que necesita el paciente
IX.	Apoyo y servicios ilimitado en el tiempo

TAC es un enfoque para la organización y prestación de servicios de salud mental que trata de ofrecer una gama completa de tratamiento, rehabilitación y servicios de apoyo a través de un equipo multidisciplinario en la comunidad. Las características básicas incluyen contactos de clientes frecuentes por parte del personal, la prestación de servicios dentro de la comunidad, disponibilidad las 24 horas de los servicios y la responsabilidad permanente de personal para la

atención de sus clientes. Se requiere el número de casos con el personal de la elevada relación entre el cliente con un contacto breve y frecuente. Tratamiento asertivo comunitario (TAC) se desarrolló en la década de 1970 como respuesta al cierre de hospitales psiquiátricos. El TAC es un enfoque de equipo destinado a mantener a las personas enfermas en contacto con los servicios, la reducción de los ingresos hospitalarios y la mejora de los resultados, especialmente el funcionamiento social y calidad de vida.

2.1.6.- El concepto de autonomía en el empleo

El apoyo individualizado al empleo es una práctica que tiene el potencial de transformar los servicios de salud mental en la dirección de fomentar la autonomía de las personas con enfermedad mental grave.

Autonomía significa gestionar los asuntos propios sin supervisión o control por parte de otros. La autonomía implica la libertad y capacidad de elegir. Los adultos autónomos tienen opciones y eligen alternativas informadas en relación con la vida, entre ellas dónde vivir, cómo emplear el tiempo, si desean trabajar y dónde trabajar, y con quiénes relacionarse. La autonomía está asociada íntimamente con la integración en la comunidad (Bond et al .2004), porque la mayoría de los usuarios, si se les da la oportunidad, prefieren tener la libertad de vivir, trabajar y relacionarse con una variedad de personas en la comunidad. El concepto de autonomía es un concepto vacío si un individuo carece de las

habilidades, recursos y confianza en sí mismo que le permitan acceder a oportunidades reales. Autonomía no significa independencia completa de otros; todos nosotros somos interdependientes.

Los principios del apoyo individualizado al empleo sustentan directamente la autonomía del usuario de varios modos: en primer lugar, el apoyo individualizado al empleo se basa en el principio de que todos los usuarios que quieren trabajar tienen derecho a una oportunidad para hacerlo, con independencia de su historial psiquiátrico o de trabajo. En segundo lugar, el empleo con apoyo es un enfoque individualizado en el que los usuarios reciben para encontrar trabajos que satisfagan sus preferencias, puntos fuertes y capacidades. En tercer lugar, el empleo con apoyo comprende la existencia de un papel activo para los gestores de casos en el proceso profesional, para ayudar a identificar trabajos posibles y ayudar a los usuarios a dominar sus síntomas con el fin de tener éxito en el puesto de trabajo. En cuarto lugar, el empleo con apoyo aspira a formar la red de relaciones sociales “naturales” como forma de estimular la posesión de un puesto de trabajo de larga duración y de reducir la dependencia del personal de tratamiento.

Con frecuencia se utilizan de forma indistinta los términos: trabajo, empleo y ocio. Cada uno de ellos tiene un significado propio (Shepherd, 2000). El trabajo de una forma amplia puede ser definido como el uso de aptitudes o criterios para realizar labores dentro de los límites confirmados por otras personas. Por

ejemplo, el trabajo doméstico, trabajo voluntario, etc. Se puede trabajar y no ser empleado, pues trabajo no siempre significa empleo. En este sentido el trabajo se puede contrastar con el Ocio que también utiliza aptitudes y capacidades pero simplemente para pasar el tiempo, estando sus límites determinados por la persona para la propia satisfacción. Por ejemplo ver la televisión, jugar al golf, arte creativo, etc. En la definición de empleo, es esencial el trabajo remunerado en sus diferentes formas. Por ejemplo a través de las cooperativas, tiempo completo o parcial, arte creativo con remuneración. Todas las personas estamos involucradas en trabajo, ocio y empleo en forma diferente. A las personas con discapacidades como consecuencia de la pérdida de salud mental es importante también ofrecerles una gama de trabajo, ocio y empleo. La mayoría de los hospitales psiquiátricos y en muchos países los servicios comunitarios de salud mental ofrecen trabajo y ocio pero no empleo. Es el equilibrio de estas tres actividades lo importante.

El desempleo forzoso está asociado con el deterioro de la salud física y mental de las personas. No obstante este efecto no es igual para todas las personas. Algunas personas se benefician del mismo y pueden realizar actividades de ocio y de trabajo que no podían hacer antes. Algunas personas, menos del 10%, pueden tener beneficios físicos y mentales del desempleo. Es interesante este subgrupo de población para estudios de investigación futuros para conocer como estos afrontan el desempleo forzoso. Este les permite generar actividades para sí

mismo, tener relaciones sociales, y convierten su ocio y otros tipos de actividades de trabajo hacia una posición social, no necesitando un empleo para hacerlo. Ahora bien hay muy pocas personas con problemas mentales graves que pueden lograr esto. Razón por la cual el empleo y el trabajo son de vital importancia para las personas con problemas de salud mental. El desempleo no es necesariamente perjudicial para todo el mundo. Y esto subraya el hecho de que las personas son diferentes con diferentes necesidades y con diferentes formas de afrontarlos. No obstante sigue siendo cierto que el desempleo es en general perjudicial para la salud.

Los beneficios psicológicos y sociales del trabajo para las personas con problemas en salud mental es un resultado consciente en todas las investigaciones. Los beneficios que el propio trabajo origina para la vida de las personas son muy diversos. El trabajo desempeña varias funciones, entre otras, ser fuente de ingresos económicos, facilitador de la identidad propia, mantenedor de la actividad física y mental, estructura nuestro tiempo y genera y potencia las relaciones y comunicación interpersonal (Anthony et al., 1990). El hecho de que una persona con esquizofrenia trabaje, no sólo es una cuestión del derecho o ideología sino que, se ha comprobado técnicamente, éstas se benefician de los aspectos anteriormente señalados. La involucración en trabajo o empleo valorado positivamente se asocia generalmente con una reducción de síntomas, una mejora de la evolución de la enfermedad y de las posibilidades de

recuperación, además de mayor probabilidad de evitar la hospitalización y de mantener el empleo (Fairweather et al.,1969).

2.2 .- MODELOS DE ENTRENAMIENTO PREVOCACIONAL

Tanto en Estados Unidos como en Europa se han venido desarrollando a la vez nuevas iniciativas y un número creciente de investigaciones que van aportando nuevo conocimiento a este importante campo de intervención. (Rodríguez Pulido F 2001).

Actualmente a la hora de facilitar el acceso y mantenimiento en el empleo de personas Trastorno Mental Grave (TMG) disponemos de una considerable perspectiva histórica con respecto a distintos tipos de programas utilizados con mayor o menor grado de éxito. (Anthony, WA 1987, Grove, B 2003, Crowther, R. E. 2001, Boardman, J,2003 Lehman, A. F,1995, Rosen, A y Barfoot, K. 2001, Cook, J, y Razzano, L. 2000)

A continuación se presentan algunas de las estrategias más conocidas en Europa y España para la inserción al empleo.

2.2.1.- El enfoque de Casas-Club.

El movimiento de Casas de clubes surgió en los años 50 como una reacción a los empleos protegidos tradicionales y ante la ausencia de un énfasis sobre el trabajo dentro de los servicios de salud mental (Macias 1995). El movimiento de

Casas de clubes promovía que podían alcanzarse mejores resultados laborales al promover la autonomía del paciente en ambientes que no eran psiquiátricos (conocidos como Casas de Clubes o Clubes). El Club es un edificio manejado por los clientes y por el personal asistencial dentro de una relación igualitaria, en donde los clientes se encuentran para realizar actividades sociales, proporcionarse apoyo mutuo y nivelar la experiencia laboral. Como sucede con el entrenamiento prevocacional tradicional, el abordaje mediante Clubes implica un periodo de preparación antes que los clientes intenten retornar a un empleo competitivo. Este periodo de preparación tiene dos etapas: trabajos ordenados para cada día y Empleo Transitorio (Beard 1982). La primera se refiere a un proceso en donde los clientes se unen a grupos de trabajo (que trabajan junto con el personal asistencial) para hacerse cargo del manejo y mantenimiento del Club). El trabajo por equipos se percibe como un medio para preparar el paso hacia el Empleo Transitorio. Este se refiere a la ubicación de los clientes en una serie de trabajos remunerados pero temporales que son controlados por el Club, con el fin de ayudarlos a desarrollar habilidades y la confianza necesaria para afrontar un empleo competitivo (Bond 1998). Aunque no hay guías rígidas para indicar la duración de tiempo bajo el trabajo en equipo, se aconseja a los clientes que no busquen un empleo competitivo hasta que no hayan tenido éxito con el Empleo Transitorio, y se les recuerda que son libres de retornar al trabajo en equipo en cualquier momento (Bilby 1992).

Una característica de las casas club es que las personas asistirán en jornada completa con un diario de actividades establecido. La primera semana aprenderán las habilidades básicas para la búsqueda de empleo, como la búsqueda de recursos, el uso del teléfono eficazmente, que cosas hablar sobre su discapacidad en la entrevista. En la segunda semana las personas comienzan la búsqueda activa de empleo y permanecen en el programa hasta que encuentran un empleo. Existen técnicos que fomentan la motivación de las personas para continuar la búsqueda de empleo.

En numerosos estudios sobre casas club, la ratio de empleo varía desde un 29% al 90% con diferencias en el tipo de implementación del programa y la naturaleza de la población atendida. (Tsang and Pearson 2001). Un estudio de los Ángeles reveló que el 65% de los paciente encontraban trabajo, el 25% abandonó el recurso antes de encontrar un empleo y el 10% no estaba preparado para buscar empleo, (Jacobs et al.1984). En este estudio, cabe destacar, que entre los diagnósticos de Esquizofrenia solo un 20% consiguió un empleo.

Parece que este modelo de empleo es menos efectivo para aquellas personas con síntomas negativos, deterioro cognitivo y escasa historia laboral .Para ellos, IPS es la elección adecuada. (Tsang 2001)

En cuanto a las estrategias de inserción laboral en nuestro país, ha habido un mayor peso de las estrategias procedente de las influencias de las estrategias de

paso a paso de la rehabilitación vocacional, manifestando en el desarrollo excesivo de los llamados Talleres o Centros Ocupacionales, y los Centros de rehabilitación Laboral. Asimismo, habría que destacar por su impacto, los Centros Especiales de Empleo (CEE).

2.2.2.- Centros especiales de empleo.

Se trata de fórmulas de acceso al empleo para personas con reconocimiento de discapacidad a través de centros especialmente creados al efecto. Son centros que han tenido un amplio desarrollo legislativo y han sido muy utilizados en otras poblaciones con diferentes tipos de discapacidad. Son empresas cuyo objetivo principal es proporcionar a los trabajadores con discapacidad la realización de un trabajo remunerado, adecuado a sus características y que facilite la integración laboral en el mercado ordinario. Los centros pueden tener titularidad pública o privada y tener o no ánimo de lucro, deben integrar al menos a un 70% de trabajadores discapacitados (junto con trabajadores dedicados a servicios de ajuste personal, integración social, etc.).

Esta modalidad sigue utilizándose en áreas donde la economía no brinda tasas elevadas de empleo. Ofrecen empleos repetitivos y monótonos y salarios bajos que pueden complementarse con sus pensiones de la seguridad social.

Diversos estudios muestran que varios tipos de empleos protegidos están asociados al incremento de síntomas así como a disminuir la probabilidad de encontrar un empleo competitivo (Warner R, 2004)

A continuación se muestra una tabla resumen de los principales modelos de Empleo.

Tabla 4. Evolución histórica de los modelos de programas de empleo.

TIPO DE PROGRAMA	CARACTERISTICAS	VENTAJAS E INCONVENIENTES
Laborterapia:	Actividad laboral y pseudolaboral en las instituciones psiquiátricas	Organización específica Desvalorizada e institucionalizadora
Empleo protegido:	Actividad laboral y pseudolaboral en entornos específicos	Organización específica en entornos protectores Habitualmente no laboral y con escasos resultados
Rehabilitación Vocacional	Programas específicos para acceder a un empleo: Orientación Entrenamiento en búsqueda Formación profesional Empleos de transición	Buenos resultados como entrenamiento para el acceso al empleo Escasos resultados para mantenerlo sin apoyo prolongado
Empresas sociales :	Empleo en empresas específicas, pero que compiten en el mercado	Ventajas del empleo protegido y del empleo con apoyo Buenos resultados en Europa (Estados del bienestar) pero sin comprobación experimental
Empleo con apoyo	Empleo inmediato en «empresas normales», con formación posterior y apoyo externo continuado	Resultados muy positivos (40- 60%) en experiencias en USA

López Álvarez, Marcelino, 2004

2.3.- MODELO DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO (IPS)

El tipo de programas que cuenta con más experiencias evaluadas de manera sistemática y con rigurosos diseños experimentales son los Programas de Empleo con Apoyo, y el más conocido y estudiado de todos ellos, es el denominado Individual Placement and Support (IPS), cuya metodología se desgana detenidamente, y que podría traducirse al castellano como “Apoyo individualizado a Empleo”.

Desarrollado en la década de 1980 en EE.UU. por Becker y Drake (2003), el apoyo individual al empleo (IPS) es un modelo con un enfoque sistemático para ayudar a las personas con SMI a lograr un empleo competitivo.

En Europa, el Empleo con Apoyo para personas con TMG empieza a tomar peso en los años 90, obteniéndose resultados positivos similares a los alcanzado en EE.UU y concretamente en España la presentación de este concepto aparece en el primer Simposium Internacional sobre empleo con apoyo celebrado en Mallorca en 1991 (Rodríguez Pulido F, 2004).

Este modelo demuestra su eficacia con tasas de empleo que superan el 60% y buenos índices de mantenimiento del puesto de trabajo, entre otros resultados, en población psiquiátrica (Becker, D.R, 1993 Drake R.E 1996) Estos resultados son especialmente relevantes para las personas con trastornos mentales crónicos, ya que si bien les resulta difícil acceder a un empleo, es muchísimo más complicado

el mantenerse en el mismo (Bond, G R. 1994). Si tradicionalmente se entendía que la persona con discapacidad debía adaptarse a lo que se le ofrecía en un centro o institución asistencial, con una posición sumisa, donde eran los demás los que decidían por él, en esta nueva concepción el cambio es abismal, entendiéndose que la persona como ser adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas, en igualdad de condiciones respecto al resto de ciudadanos.

Esta manera de aproximación al empleo, a través de los equipos de apoyo individualizado al empleo, significa de hecho una estrategia que rompe con la estrategia más clásica del paso a paso o estrategia de la rehabilitación vocacional o laboral.

Básicamente su estrategia define el empleo competitivo o empleo real en empresas ordinarias como un objetivo alcanzable si se tienen en cuenta algunas características o principios básicos que hacen hincapié, además de la búsqueda rápida y efectiva de empleo, en el carácter activo de la persona, en la coordinación estrecha con los servicios salud mental y en el apoyo sostenido durante tiempo ilimitado.

Hay que destacar el énfasis que la mayoría de los estudios hacen en el papel múltiple y positivo que juegan los aspectos «normales» del trabajo (a diferencia de contextos clínicos, rehabilitadores u ocupacionales) y especialmente la

interacción cotidiana con personas no-enfermas sobre la base de reglas de funcionamiento comunes (Banks, B 2001, Wilson, KL et al. 2002, Gowdy, et al 2003)

La inserción de las personas con discapacidad en el mercado laboral ordinario es la meta que debemos perseguir para este colectivo, ya que es la única que les va a permitir una integración y autonomía plena en la comunidad, y la que va a ayudar a romper las barreras y estigmas que aún existen y que impiden la igualdad de todos los ciudadanos.

Esta alternativa es la única que cumple los criterios de normalización e integración (Rodríguez Pulido, F, 2001). En la propia LISMI, en su artículo 37, se destaca que será finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos, su integración en el sistema ordinario de trabajo. Un empleo competitivo en ambiente normalizado, se debe caracterizar por estar inserto en la comunidad, donde el trabajador con discapacidad tenga compañeros sin discapacidad, y mantenga relación laboral con ellos y con condiciones laborales similares al resto de sus compañeros. (Cook, J, y Razzano, L, 2000)

2.3.1.- PRINCIPIOS DEL IPS.

A continuación se detallan los principios fundamentales del modelo de Apoyo Individualizado al empleo. (Véase tabla 5).

Tabla 5. Principios en los que se basa el modelo IPS.
I. El empleo competitivo como meta.
II. Disponible para las personas que quieran trabajar.
III. Búsqueda rápida de empleo
IV. Integración de salud mental y rehabilitación.
V. Atención a las preferencias de las personas.
VI. Continua valoración comprensiva
VII. Apoyo continuo y sin tiempo límite.

Bond G, 1998

I.- El empleo competitivo como meta:

En ocasiones se asume que varios tratamientos e intervenciones en salud mental para ayudar a las personas en sus ajustes (especialmente sociales) deben tener una generalización de los efectos en la capacidad de trabajo (Bond, Drake y Becker, 1998). Paralelamente, se ha asumido a veces que la estabilización clínica

y el control de los síntomas sirven para aumentar la capacidad de trabajo. Sin embargo, por sí mismo en ninguno de los estudios de casos (Mueser, Bond, Drake y Resnick, 1998), ni el entrenamiento de habilidades (Dill y Bond, 1996) ni la psicoterapia (Gunderson et al, 1984) ni la medicación (Dion, Dellario y Farkas, 1982; Klerman, 1977) tienen un impacto significativo en el empleo.

Aunque un asesoramiento puede motivar a las personas a buscar empleo, si el asesoramiento no está acompañado por una asistencia directa para ayudar a las personas a encontrar trabajo, incrementará la motivación de trabajar pero no se trasladará a un aumento en las tasas de empleo (Blankertz y Robinson, 1996; Growick, 1976).

La literatura sobre rehabilitación nos indica que la cantidad del tiempo dedicado del técnico para asistir directamente a las personas a encontrar y obtener un trabajo, está asociado con un aumento en las tasas de colocación en un empleo competitivo mientras que otras actividades (vocacionales, entrenamientos y evaluaciones) no están asociadas (Vandergoot, 1987; Zadny y James, 1977). Además, Cook y Razzano (1995) encontraron que las personas que obtenían un empleo protegido eran menos capaces después de lograr un empleo competitivo que aquellos que no lo obtuvieron nunca. Todos estos hallazgos sugieren que los programas de apoyo individualizado que se concentran solamente en obtener empleos competitivos obtienen un aumento en las tasas de empleo competitivo

que si se usan combinaciones de empleo competitivo, con transicional o empleo protegido.

La persona debe integrarse en empresas normalizadas, en las mismas condiciones laborales que el resto de sus compañeros, es decir, con similar contrato y salario. No debemos olvidar que el Apoyo Individualizado no sólo es beneficioso para la persona con discapacidad y su entorno, sino que para la sociedad en general, el que esta persona esté participando del mundo laboral, tiene importantes repercusiones, incluyendo las económicas.

El valor del empleo competitivo está fundamentado en varias cuestiones. En primer lugar, los propios usuarios expresan una fuerte preferencia por el empleo competitivo sobre el protegido y desean trabajar en la comunidad. En segundo lugar, el empleo competitivo promueve la integración de personas con discapacidad por trastorno mental Grave en la comunidad a través de su implicación en actividades normales que reducirán el estigma percibido por esas personas. Tercero, la autoestima de los usuarios suelen mejorar cuando ven que son capaces de trabajar, que su trabajo se valora y que contribuye a la sociedad. Por último, históricamente, muchos programas de rehabilitación vocacional han colocado a los usuarios con discapacidad en entornos no competitivos, a menudo pagados por debajo del salario mínimo y con raras promociones al empleo normalizado. La experiencia demuestra que los usuarios pueden trabajar en

empleos competitivos sin participar antes en programas de formación o en empleos protegidos.

II.- Disponible para las personas que quieran trabajar

La idea que subyace es que todas las personas con discapacidad pueden trabajar en empleos generales en la comunidad si quieren hacerlo y cuentan con el apoyo necesario.

La investigación demuestra que la sintomatología, el abuso de sustancias y otros factores personales no son buenos predictores del éxito o fracaso en el empleo. Por tanto, con carácter general, el único requisito de entrada es que la persona tenga una elevada motivación por trabajar en un empleo ordinario.

III.- Búsqueda rápida de empleo

Una de las clave del éxito de los programas de Apoyo Individualizado y de su mejor rendimiento en comparación con otros programas de rehabilitación vocacional está relacionada con la rapidez en iniciar el proceso de búsqueda de un puesto de trabajo adecuado a la persona demandante.

Varios estudios indican que en entrenamiento “paso a paso” no conduce a mejores resultados en el empleo (Bond, 1992). La evidencia es fuerte sobre que las actividades prevocacionales no mejoran las oportunidades de empleo sino

que más bien lo contrario, es decir, disminuyen la probabilidad de un empleo más tarde (Bond, 1992).

Bajo la filosofía de búsqueda de empleo rápido, la rapidez en la que las personas encuentran puestos de trabajo varía pero la mayoría de las personas con SMI que expresan deseos de trabajar y que son asistidos, logran el objetivo en varios meses (Bond et al, 1995; Drake, McHugo, 1996; Shafer y Huang, 1995).

El proceso de búsqueda comienza en el momento en que se establece el contacto con el técnico, y no se pospone para realizar evaluaciones o entrenamientos prelaborales, ni se espera a que la persona pase antes por prácticas o periodos de aclimatación en entornos protegidos, como talleres o centros ocupacionales.

Otros modelos tradicionales empleados no sólo con población con TMG sino con desempleados con discapacidad y sin ella, demoran en exceso el inicio de la búsqueda para recoger toda la información del perfil personal y ocupacional de la persona y ofrecer asesoramiento, orientación e incluso formación básica y profesional necesaria. En todo ese tiempo, la persona demandante va dejándose su motivación por el camino. Más si cabe, en personas con discapacidad en la que el objetivo laboral en muchos casos se encuentra difuso tras barreras autoimpuestas o generadas por el estigma y por la propia discapacidad.

Por tanto, dar pronto los primeros pasos que pueden conducir a conseguir empleo, refuerza la motivación laboral de la persona y le demuestra que tomamos en serio su interés por trabajar, ayudándole a buscar ese empleo tan pronto como sea posible en cada caso. Además, si la persona tiene éxito en esa búsqueda, reforzará aún más su motivación por el logro realizado y por los beneficios que éste pueda reportarle: retribución, relaciones sociales, aprendizaje de tareas, etc.

IV.- Integración de Salud Mental y rehabilitación

Otro aspecto clave es la coordinación con los servicios de salud mental, vinculación que afecta a los distintos momentos en que se articula el programa, incluyendo la evaluación periódica de las actuaciones e intervenciones individuales sobre los distintos usuarios.

Deben ser los servicios de salud mental, los que deben establecer la indicación de entrada en el programa, sobre la base de una evaluación inicial y en el marco de una estrategia individualizada de rehabilitación.

Son también ellos los que, con las modalidades y mecanismos concretos que se definan en cada caso, deben asegurar la atención sanitaria individual que corresponda.

El itinerario individual previsto para cada usuario debe elaborarse contrastando esa primera indicación con la evaluación del Equipo de apoyo individualizado al Empleo.

La literatura nos indica que muchos son los intentos de integrar los servicios de salud mental con los de rehabilitación vocacional a través de acuerdos interinstitucionales, entrenamientos y otras estrategias y parece que estos esfuerzos mejoran el acceso, la permanencia en los programas y los resultados de empleo (Dellario, 1985; Drake et al in press; Rogers, Anthony y Danley, 1989; Saveanu y Roth, 1986). Sin embargo, la conclusión sobre que la integración es mucho más difícil cuando se tienen que involucrar múltiples profesionales, es contundente. Un enfoque integrado debería estar dirigido a una planificación y coordinación en virtud de una comunicación sistemática tanto en reuniones de equipo y contactos informales entre los especialistas de empleo y los servicios de salud mental (Becker y Drake, 1993).

Una coordinación estrecha del Técnico de Empleo con otros servicios de rehabilitación y tratamiento asegura que las metas laborales de la persona atendida sean relevantes para cualquiera que participe en la atención a ella y no sólo para su técnico de empleo.

La participación de éste en las reuniones del equipo de tratamiento es un vehículo para la discusión de los aspectos clínicos y de rehabilitación relevantes

para el empleo, como los efectos de la medicación, los síntomas persistentes, las dificultades cognitivas u otras necesidades de rehabilitación. También da a otros profesionales implicados la oportunidad de contribuir a que el usuario consiga sus metas laborales.

Muchos estudios apuntan a que la integración con los servicios de Salud mental favorece mejores resultados de empleo y de recuperación general. El enfoque “separado” (con varios “proveedores” de servicios) provoca peores resultados, generando planificaciones opuestas, problemas en la comunicación, abandonos, y otras disfunciones.

V.- Planificación Centrada en las preferencias de la Persona.

Muchas de las personas que están motivadas en trabajar perciben que los profesionales que les ayudan, tienen la creencia de que el trabajo es importante para ellos y consideran que realmente ellos pueden trabajar (Rogers, Walsh, Masotta y Danley, 1991). Las personas tienen preferencia por los servicios de rehabilitación que reciben: prefieren enfoques que enfatizan las estrategias de empleo rápido frente al entrenamiento prevocacional (Bond et al 1995; Bond y Dincin, 1986; Drake, McHugo et al, 1996). No es sorprendente, que las personas prefieran empleos pagados que sin cobrar. Un estudio ha demostrado esto experimentalmente (Bell, Milstein y Lysaker, 1993).

La realidad es que los técnicos suelen tomar decisiones por los usuarios acerca de la estructura y ritmo de los servicios vocacionales independientemente de lo que ellos digan (Noble et al, 1997).

El impacto de las preferencias de los usuarios en los resultados en el empleo ha sido estudiado. Específicamente, cuando el usuario obtiene un empleo emparejado con sus preferencias iniciales, están más satisfechos y se mantienen más tiempo en el empleo (Becker et al, 1996; Gervey y Kowal, 1994).

Todo el proceso se basa en los intereses, motivaciones, y habilidades de las personas, haciéndolos partícipes del mismo, y dotándoles del control que necesitan para llevar las riendas de su vida. Por tanto, debemos hacer una valoración individualizada, atendiendo a cómo la persona se desenvuelve en su entorno, más que a las dificultades que presenta en el mismo (García J et al 2000.)

Las preferencias de quienes utilizan el programa son centrales a la hora de determinar el tipo de trabajo que se buscará en el mercado y cómo se apoyará la adaptación de cada persona en su nuevo empleo. Si se respetan las preferencias mostradas por los participantes en el programa, éstos suelen estar más satisfechos y permanecen más tiempo en sus empleos (Mueser KT, et al 2001). Estudios muestran que una mayoría de las personas que participan en programas de empleo tiene motivación para trabajar si percibe que el personal que les

atiende confía en sus posibilidades laborales (Mueser KT et 2001, Rogers E et 1991). Como se muestra, la mayoría (81%) de quienes entran en un programa de empleo tiene preferencias laborales, y éstas suelen ser realistas y estables en el tiempo, a diferencia de lo que suele indicarse de manera muy aventurada y no contrastada. La investigación reciente aporta cada vez más valor al papel activo de la propia persona en su proceso de recuperación. (Reiser S. 1993).

VI.- Continúa valoración comprensiva

El apoyo es un proceso continuo, comenzando con un contacto inicial y continuando después de que la persona consiga el empleo. El apoyo no está limitado solo a la evaluación de las aptitudes del usuario sino que incluye las preferencias del usuario, las experiencias laborales previas, información sobre la familia, equipo de tratamiento y las características del contexto. Antes del empleo, la meta es apoyar para que haya un ajuste entre el usuario y el empleo. Después de que la persona consiga el empleo, la meta es el apoyo para que lo mantenga o aprender a que termine un trabajo si el usuario no mantiene un trabajo en particular. Tanto como sea posible, el asesoramiento debe estar basado en las experiencias reales de trabajo.

El técnico de empleo es un profesional que proporciona apoyo y compañía a la persona con TMG ayudándole en el proceso de entrenamiento laboral. Debe fomentar que la persona se implique en su entrenamiento, en resolver los

problemas que le puedan ir surgiendo y conseguir que los agentes relacionados con la persona, participen también de este proceso (Bond, G.R, 1998)

Es una pieza clave del modelo, es el que nos va a permitir que la persona pueda acceder y mantenerse en el empleo.

Existen distintos niveles de apoyo, que dependerán de las necesidades de la persona, de las necesidades del entorno, y que variarán en función del momento.

Así, podemos contar con apoyos intermitentes, apoyos intensos, y apoyos generalizados. (Bond, G.R. 1998). La intensidad del apoyo varía en el tiempo y según las circunstancias.

Para el periodo en el que la persona permanece en la empresa cumpliendo sus funciones y cometidos con las dificultades habituales en estos casos, deben acordarse seguimientos periódicos y rutinarios en los que se evaluará el ajuste de la persona a las exigencias de su nuevo rol y se establecerán los objetivos de trabajo para solventar los obstáculos detectados.

VII.- Apoyo sin tiempo limite

El apoyo brindado a las personas incluidas en programas de apoyo individualizado al empleo no está limitado en el tiempo. Las dificultades que presentan las personas con TMG suelen persistir en el tiempo por lo que el

proceso de apoyo óptimo debe plantearse a largo plazo. Así, quienes reciben servicios de apoyo individualizado al empleo no dejan de recibirlos, aunque estén bien adaptados a su puesto de trabajo. Para muchos usuarios el apoyo se va “retirando” gradualmente, dado que uno de los objetivos fundamentales de estos programas es fomentar la autonomía de la persona en su entorno social y laboral.

Estudios experimentales confirman que los programas limitados en el tiempo tienen escaso impacto en resultados de empleo (Bond GR, 2004), sobre todo en cuanto al mantenimiento del puesto. La continuidad de los apoyos puede mantener e incluso incrementar las tasas de empleo y la incertidumbre sobre aquella es un factor clave en el declive del empleo (Chandler D, et al 1999).

La evidencia indica que las tasas de empleo pueden ser mantenidas o incluso incrementadas si se continua con el apoyo intensivo a largo plazo (Chandler et al, 1997; Cook y Pickett, 1994; Cook y Razzano, 1992; McHugo, Drake y Becker, 1998; Test et al, 1995).

2.3.2.-REVISIÓN DE LOS RESULTADOS DEL MODELO IPS.

Recientemente nuestro equipo (Rodríguez Pulido, et al 2007) realizó una actualización de la revisión sistemática de los estudios científicos en relación al empleo de las personas con trastornos mentales graves y su relación con los equipos de apoyo individualizado al empleo. En los resultados de este estudio se diferenció entre resultados vocacionales y no vocacionales. En los resultados vocacionales las variables principales de estudio fueron el número de personas que consiguen empleo, número de horas trabajadas y salarios percibidos, duración, preferencia y satisfacción con el empleo, porcentaje de los que no consiguen empleo, tasa de retención, pérdidas de seguimiento y número de abandonos antes de la finalización de un contrato. En muchas ocasiones no se pudieron estudiar todas estas variables en todos los estudios revisados. Y entre los resultados no vocacionales las variables más estudiadas, fueron, la influencia de la sintomatología y hospitalización, autoestima, y funcionamiento cognitivo. En síntesis y simplificando podemos concluir que la estrategia IPS (apoyo individualizado al empleo) es mas efectiva, para el logro del empleo ordinario, que los EVR (programas de rehabilitación vocacional) y los cuidados estándar (asistencia básica). En algunos estudios el IPS está acompañado al tratamiento asertivo comunitario.

Se consultaron las siguientes base de datos electrónicas: MEDLINE y EMBASE (desde julio 1998 hasta diciembre 2010), CINAHL (desde julio 1998 hasta diciembre 2010), PsycINFO, Cochrane Library, INTHA y CRD (desde julio diciembre 2010). 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). (Ver anexo 1)

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 hasta 2007 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, ensayos controlados aleatorizados o quasi-aleatorizados, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales, estudios de comparación intragrupo y estudios de evaluación económica. Los estudios cualitativos, revisiones

históricas, estudios de un solo caso, y consenso de expertos fueron excluidos. (véase anexo 2 y 3)

Las características que debían cumplir los estudios para su selección fueron las siguientes:

Las intervenciones debían utilizar el modelo de IPS, siguiendo los seis principios que componen este modelo (contenidos en su manual guía de implementación). El cumplimiento a las guías de apoyo y colocación individual puede medirse a través la escala de fidelidad. (Acrónimo QSEIS, Bond, 1997). Se excluyeron las intervenciones experimentales centradas en estrategias tradicionales de rehabilitación vocacional en sus formatos de Casas Clubs, talleres protegidos, empleo de transición, tratamiento de día o cuidados estándar.

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 de la inteligencia (aprendizaje), y trastornos psiquiátricos menores y las personas sin hogar.

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyeron en esta revisión evaluaron aspectos vinculados, por un lado, a los efectos sobre las personas, y por otro, el uso de la tecnología en relación a las demás tecnologías utilizadas para la misma finalidad. Así mismo se revisa el coste efectividad del programa y los efectos del mercado laboral sobre el rendimiento de la tecnología. Los resultados del efecto sobre las personas, se midieron en cuanto a resultados vocacionales, relativos a varios indicadores –numero de personas que consiguen un empleo competitivo, numero de horas trabajadas y salarios ganados; duración, preferencias de empleo y satisfacción; numero de pérdidas de seguimiento y numero de abandonos antes de la finalización de los contratos, y los efectos a largo plazo y en resultados no vocacionales, en relación a sus estado de salud sintomatología y hospitalización, autoestima, funcionamiento cognitivo, contacto social y apoyo social. Las medidas de coste efectividad utilizadas desde la perspectiva social, gubernamental y de los participantes, han sido, los coste de programa, costes de tratamiento (costes directo por participantes; costes directos por especialista), coste beneficio y beneficios netos. Señalar que las perspectivas de costes beneficios de los empresarios y de las familias no han sido incluidas en esta revisión al no encontrarse estudios que contemplen estas otras perspectivas. Por ultimo, se analiza los efectos del mercado laboral.

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 diferencialmente para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs), para los Estudios Observacionales (EOs) y para las Revisiones Sistemáticas (RSs). Posteriormente la información se clasificó en tablas de evidencia, siguiendo un protocolo estandarizado. (ver anexo 4)

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECAs, la escala de Estrabooks para los EOs, y la escala de Oxman para las RSs. (ver anexo 5 y 6) 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. La evaluación de la calidad y efectividad de IPS identificadas, se realizó siguiendo los criterios de calidad IPDAS (Internacional Patient Decision Aids Standard para el desarrollo y evaluación de estos procedimientos (IPDAS, Elwyn, 2006)).

A continuación se presentan los resultados de este estudio diferenciándolos entre resultados vocacionales y no vocacionales

2.3.2.1.- RESULTADOS VOCACIONALES.

En los resultados vocacionales las variables principales de estudio fueron el número de personas que consiguen empleo, número de horas trabajadas y salarios percibidos, duración, preferencia y satisfacción con el empleo, porcentaje de los que no consiguen empleo, tasa de retención, pérdidas de seguimiento y número de abandonos antes de la finalización de un contrato.

NÚMERO DE PERSONAS QUE CONSIGUEN UN EMPLEO COMPETITIVO.

Estudios Controlados aleatorizados:

Drake et al., 1999, en Columbia, Washington DC, con la intención de replicar los estudios de New Hampshire, desarrollaron un estudio con una muestra de 152 personas con TMG con deseo de trabajar, quienes fueron asignados de forma aleatoria estratificada de acuerdo a su historia laboral a un programa IPS y a otro de rehabilitación vocacional mejorado con consultores (EVR), durante un seguimiento de 18 meses. Los autores encontraron que los participantes en el IPS tenían mas probabilidad de lograr un empleo competitivo (60.6% vs 9.2%) y donde los participantes en EVR tenían una alta tasa en empleo protegido (71.1% vs 10.8%). Ambos grupos recibían atención psiquiátrica similar.

Mueser et al., en el 2000, en Hartford, Connecticut, comenzaron un estudio con un periodo de seguimiento de 24 meses, con varias publicaciones posteriores, sobre una muestra de 204 personas con trastorno mental grave (TMG) desempleados asignándola de forma aleatoria a tres programas vocacionales: a) modelo de apoyo individualizado al empleo (IPS), b) programa de rehabilitación psicosocial (PSR) y c) cuidados estándar (Estándar), durante un seguimiento de 24 meses. Sus hallazgos preliminares demuestran que los participantes del programa IPS obtienen resultados más altos en empleo competitivo (75% IPS vs 27.5% PSR vs 17.9% SS). Más tarde, Mueser et al. 2001 comunicaron que había diferencias significativas en la distribución de los porcentajes de participantes que obtenían empleo en los tres diferentes programas vocacionales. La mayoría de participantes en el IPS tenían más probabilidad de obtener trabajo competitivo o trabajo remunerado (75.0% para los dos) seguidos por los participantes en el servicio estándar (27.5%, 53.6% respectivamente), y los del PSR (17.9%, 34.4%) (χ^2 (df=2)=52.71, 22.53 respectivamente, $p < 0.0001$).

Lehman et al., en el 2002 en Maryland, en un seguimiento de 18 a 24 meses de personas con TMG, previo pago de una cantidad por su participación en el estudio, se les asignó de forma aleatoria a un grupo para recibir el modelo IPS y compararlo con otro grupo de un programa de rehabilitación psicosocial. Los participantes IPS tenían más probabilidad de trabajar (42% vs 12%; $p < .001$ odds

ratio 5.58) y de ser empleados de forma competitiva (27% vs 7%; $p < .001$; odds ratio 5.58).

Mueser et al., 2004, al seguir profundizando en los resultados, destacaron que las tasas de empleo competitivo sufrieron varios incrementos los primeros meses en todos los programas, con un 30 a 40% de los participantes del IPS trabajando cada uno de los meses, comparando con menos del 10% para el PSR y servicios estándar.

Los participantes en IPS obtuvieron significativamente mas probabilidad de trabajar en empleos competitivos que los participantes del grupo estándar (75.0% vs 45.2%) $\chi^2 = (1, N=204) = 8.41, p < .04$). Los participantes del IPS tenían más probabilidad de recibir servicios vocacionales, con 100% de probabilidad en los primeros 6 meses y el 91% en 19-24 meses; seguidos de los participantes del PSR con un 85% de probabilidad en 6 meses y 54% en 19-24 meses y por último los participantes en servicios estándar (75% en 6 meses y 17% en 19-24 meses) ($\chi^2(2, N=204) = 18.35, 35.19, 57.28, \text{ y } 77.71$ respectivamente; $p < .01$).

En cambio, los participantes de PSR tenían más probabilidad de recibir servicios no vocacionales del programa PSR 32/57; 48 seguidos por grupo estándar (22/69; 32%) e IPS (17/68; 25% $\chi^2 (2, N=204) = 8.10 p < .02$): los participantes recibían atención psiquiátrica de un centro regional de salud mental.

Coox et al., 2005 en EE.UU, realizaron el seguimiento durante 24 meses, de una muestra de 1.273 pacientes mayores de edad desempleados con TMG procedentes de servicios de Salud Mental Comunitarios de 7 estados (6 urbanos, 1 rural). Eran asignados de forma aleatoria a un programa de Apoyo al Empleo (SE) y a otro de Servicios Vocacionales de Cuidados Estándar. Los autores observaron que los resultados acumulativos mostraban que los participantes del grupo experimental (359/648 [55%]) tenían de forma significativa mas probabilidad ($\chi^2= 61.17$, $p<.001$) de lograr un empleo competitivo que aquellos del grupo de comparación (210/625 [34%]).

Latimer et al, en 2006 en Montreal en una muestra de 150 adultos con TMG que no estaban trabajando en el momento del estudio y que deseaban un empleo competitivo, fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos, uno para recibir apoyo al empleo (SE) (n=75) y otro de servicios vocacionales estándar (n=75). Observaron que sobre los 12 meses de seguimiento, el 47% de los participantes del grupo de apoyo al empleo (SE) obtuvieron al menos algún empleo competitivo frente al 18 % del grupo de control ($p<0.001$).

Gold et al., 2006 en el Sur de Carolina, en un medio rural, hicieron el seguimiento durante 24 meses de una muestra inicial de 143 adultos con trastorno mental severo. Fueron asignados de forma aleatorizada a un grupo para recibir tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) con apoyo al empleo (IPS), y a otro grupo con solo apoyo al empleo (IPS).

Observaron como de los 48 participantes en CAT/IPS, 42 (87%) obtuvieron empleos competitivos. En contraste, de los 51 participantes en el SEP, solo 20 (39%) encontraron trabajos competitivos. De los primeros trabajos encontraron que 9 de estos 20 fueron trabajos competitivos, solamente 11 de 20 empleos transaccionales del SEP pasaron a ser trabajos competitivos. El porcentaje de participantes de ACT/IPS en empleos competitivos fue significativamente mayor (63.6 vs 26.0%; $p<.001$; [ES]=0.38) pero para todos los trabajos las diferencias fueron menores (72.7 vs 66.2%; $p=.40$;ES=0.07). En general, los participantes de ACT/IPS obtuvieron empleos competitivos sobre dos veces más (63.6% vs 26.0% $p<.001$, tamaño del efecto (es)=0.38), pero las diferencias para todos los empleos eran menores (72.7% vs 66.2%; $p=.40$, (es)=0.07) si lo comparaban con los participantes de SEP (programa de apoyo al empleo).

Catty J, et al., en 2008, diseñaron un estudio randomizado en 6 centros Europeos con una muestra de 312 pacientes y un seguimiento de 18 meses. La aleatorización se llevó a cabo de forma centralizada y estratificada por centro, por el género y la vida laboral previa. El estudio se comenzó con un total de 1.036 personas, de los cuales 728 participaron en las reuniones de información y 312 fueron reclutados. De estos 312 participantes, 252 (80,8%) completaron la última de las entrevistas de seguimiento. Concluyen que los servicios de IPS fueron más efectivos que los servicios profesionales, con 85 pacientes IPS (54,5%) que trabajaron al menos 1 día, comparado con 43 pacientes de servicios

profesionales (27,6%). La vida laboral fue la única característica del paciente predictiva de los resultados en el empleo. Los que habían trabajado por lo menos un mes en los últimos 5 años tenían más del doble de probabilidades de acceder a un empleo competitivo que los que no habían trabajado, (OR = 2,42, IC 95% 1,46-4,02) y además obtenían su primer trabajo con mayor rapidez y también eran más propensos a trabajar más horas. Esto confirma los hallazgos de estudios anteriores.

Louise M, et al., en el 2010, realizaron un estudio aleatorio en el sur de Londres. El tamaño muestral era de 219 participantes asignados al azar y con un seguimiento de un año. Los participantes fueron reclutados entre noviembre de 2004 y septiembre de 2006. De las 375 personas a que se refiere el estudio, 220 participaron y uno de ellos se retiró en las evaluaciones iniciales quedando un total de 219 participantes. Los participantes fueron reclutados de los equipos comunitarios de salud mental de dos municipios del sur de Londres. Uno de ellos tiene un índice promedio de puntuación de la privación de 21.31 (una puntuación promedio de rango de 125 de 354 para el Reino Unido), una tasa de desempleo del 6,3% (frente al 5,3% a nivel nacional) y las prestaciones de incapacidad (beneficio que reciben las personas que no pueden trabajar por motivos de salud) la reciben un 5,6% de los residentes en edad de trabajar (en comparación con el 7,2% a nivel nacional). La Ciudad B tiene un índice promedio de puntuación de la privación de 34.95 (una puntuación de

rango medio de 19 de los 354, es decir, un alto nivel de privación), una tasa de desempleo del 9,5% y las prestaciones de incapacidad recibió un 7%. Los participantes fueron evaluados al inicio del estudio por el investigador de reclutamiento y a los 12 meses después de la aleatorización por un investigador independiente que se ocultó a la categoría de atribución. Cada participante recibió 20.00 £ por su tiempo en la línea de base y 1 año de seguimiento de la entrevista. Los participantes no fueron reembolsados por los contactos que tenían con los consultores de empleo.

Se calculó que un tamaño de muestra de 75 en cada grupo (150 en total) sería suficiente para detectar una diferencia en el empleo del 10% en el grupo TAU, frente al 30% en el grupo experimental, asumiendo un nivel de significación $P = 0,05$. Teniendo en cuenta una tasa de deserción del 30%, el objetivo era la contratación de 108 (216 en total) en cada grupo. La tasa base del 10% y la negativa probable y las tasas de deserción se basa en un estudio realizado en Baltimore y como se mencionó anteriormente son típicos de las poblaciones de muchas de las personas en el Reino Unido con la esquizofrenia.

Los autores no encontraron diferencias significativas entre el tratamiento habitual y los grupos de intervención en la obtención de un empleo competitivo (13% en el grupo de intervención y un 7% en los controles; razón de riesgo 1,35, IC 95% 0.95-1.93, $p = 0,15$), ni en los resultados secundarios.

Los autores comentan que puede deberse a que la implementación de IPS en el Reino Unido no está estructuralmente integrada con los servicios de salud mental, y la falta de incentivos económicos puede llevar a niveles más bajos de motivación en las personas con enfermedad mental grave y profesionales de la psiquiatría

Estudios observacionales.

Becker et al., 2001, en Rhode Island, diseñaron un estudio cuasi experimental con un seguimiento de duración de 30 a 36 meses con un tamaño muestral de 127 personas entre 18 y 65 años con TMG, desempleados, que asistieron, al menos 8 días en los últimos seis meses a alguno de los tres centros de salud mental comunitaria para recibir su tratamiento de día. Compararon el tratamiento de día de dos centros de salud mental comunitario que llevaron a cabo la reconversión de dos programas (Programa A y B) de tratamiento de día a programas de apoyo al empleo modelo IPS, con los participantes de un centro de salud mental que retrasó la conversión de tratamiento de día (Programa C) hasta después que el estudio finalizó y que seguía una estrategia de rehabilitación vocacional de paso a paso. Comprobaron que las tasas de empleo para pacientes en el programa C (tratamiento de día) se incrementaron sobre un 5% cada mes, mientras que los otros dos programas (conversión) sus tasas se incrementaron entre el 15% y 35% por cada mes después de la conversión. Los datos de tasas de

empleo durante el periodo de estudio, fueron altas para el programa A (44.2%) y B (56.7%) mientras que el programa C las tasas eran sensiblemente inferiores (19.5%). Los efectos de los dos programas que se habían convertido en apoyo individualizado al empleo y el historial de trabajo (personas que trabajaron durante los cinco años previos al estudio) tenían mayor éxito que aquellos que no lo tenían. La diferencia era estadísticamente significativamente para la tasa de empleo global obtenida entre unos programas y otros.

Revisiones sistemáticas.

Crowther et al.,2001 al revisar los estudios desde 1982 a 1998 de rehabilitación vocacional para personas con trastorno mental grave y comparar específicamente el acercamiento IPS con el entrenamiento prevocacional, encuentran cinco ensayos controlados aleatorizados, de los cuales, dos de ellos tenían mayor calidad. Sobre estos últimos comprobaron, que hubo una diferencia significativa de los participantes tratados con IPS a los cuatro, seis, nueve, doce, quince y dieciocho meses, en la obtención de un empleo competitivo en relación al Entrenamiento Prevocacional. Por ejemplo, a los cuatro meses, n=225, RR 0.7 IC 0.6 y a los 12 meses n=295, RR 0.79 IC 0.70 a 0.98, NNT 5.5. Los autores luego incorporan a su análisis los otros tres estudios

y los resultados primarios obtenidos no alteran sustancialmente los hallazgos encontrados con las dos pruebas.

Una vez revisados todas las pruebas afirman que, a los 12 meses, el 34% de las personas asignadas a IPS tenían un empleo, contra un 12% en el grupo de Entrenamiento Prevocacional. (Número necesario para tratar 4.45%;95% intervalo de confianza 3.37 a 6.39) y que este efecto se mantiene aunque algo menor después de un análisis de sensibilidad (31% vs 12% 5.3-3.6 a 10.4).

Los autores concluyen que la evidencia que apoya el hallazgo de que el Empleo con Apoyo es superior al Entrenamiento Prevocacional es sólida: cinco ensayos aleatorizados (n=484) mostraron que las personas con empleo con apoyo tiene significativamente más probabilidad de tener un empleo competitivo en los seis puntos de tiempo medidos a lo largo de los 18 meses. No hubo heterogeneidad en cualquiera de los puntos de tiempo. Un análisis de sensibilidad que excluía todos los ensayos menos los dos que tenían una validez más alta, no alteró considerablemente este hallazgo. Una minoría de los ensayos de rehabilitación vocacional, realmente encontraron un empleo competitivo (cerca de un tercio de los ensayos más efectivos de IPS.)

Moll et al, 2003 en la revisión que comparaba el IPS con otros acercamientos en rehabilitación vocacional realizada desde 1980 a febrero de 2003 encontró, cuatro estudios controlados aleatorizados, que una vez analizados, mostraron

que los participantes en IPS frente a otras estrategias de rehabilitación vocacional obtienen diferencias significativas en la probabilidad de encontrar empleo competitivo: Drake y Machugo en 1996 , informaron que los participantes en el programa IPS tenían casi dos veces mas probabilidad de ser empleados (78% versus 40% grupo comparativo GST) a los 18 meses. Drake et al., 1999, el IPS frente al grupo comparativo (EVR) (60.8% vs 9.2%) a los 18 meses: donde participantes en EVR tenían una tasa más alta de participación en empleo protegido (71.1% vs. 10.8%). Mueser (2000) (IPS,75% vs PSR, 27.5% vs 17.9% SS) a los 24 meses y Lehman (2002) IPS vs PSR en 24 meses (27% vs 7%).

Parece ser, afirman los autores, que el IPS es significativamente más eficaz que el Entrenamiento Prevocacional tradicional y tratamiento de día en llegar a conseguir un empleo competitivo.

Bond et al., 2008, realizaron una búsqueda bibliográfica exhaustiva de ensayos controlados aleatorios del modelo IPS, localizando 11 estudios. Examinaron los resultados de empleo competitivo, los días para conseguir el primer empleo, trabajo por semana y año, y permanencia en el empleo durante el período de seguimiento.

Los resultados de empleo mediante el modelo IPS, fueron muy superiores frente al grupo control. Con un 61% de IPS, frente al 23% para los controles.

NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS Y SALARIOS GANADOS

Estudios Controlados aleatorizados.

Becker et al., 1998 en los servicios vocacionales de Washington DC, informó que la mayoría de los empleos competitivos obtenidos (N=148: 12% (6 meses); 11% (12 meses); 15% (18 meses) eran de tiempo parcial (X^2 21.7 horas (6 meses); 28.3 (12 meses) y 25.5 horas (18 meses)) y en diversas ocupaciones vinculadas al sector de servicios. El 97.4% como mínimo eligió un trabajo como preferente, que las horas trabajadas $mds=30.2$ ($sd=\pm 11.3$); mds salarios= \$6.60 ($sd=2.8$); el 31.5% mantuvieron la misma preferencia a los seis meses.

No hubo relación entre la satisfacción en el trabajo y el tipo de trabajo obtenido ni tampoco con la permanencia.

Drake et al., 1999, informaron que durante los 18 meses del estudio, los participantes en el programa IPS tienen más probabilidad de encontrar un empleo competitivo (60.8% vs 9.2%) y de trabajar al menos 20 horas por semana en un trabajo competitivo (45.9% vs. 5.3%), mientras los participantes del EVR tuvieron una tasa superior en empleos protegidos (71.1% vs 10.8%). El total de ingresos, satisfacción en el trabajo y resultados no vocacionales fueron similarmente mejorados para ambos grupos.

En relación con sus historias laborales y educacionales, los 45 pacientes en empleo competitivo, IPS, ocuparon mayoritariamente trabajos básicos tales, como el clero, ventas y sector servicios. Como media, trabajaron 529.5 horas y ganaron \$3.084.11 con una media de salario por hora de \$5.82 durante los 18 meses de estudio. La media de permanencia en el trabajo fue de 16.5 semanas. En consistencia con el acercamiento paso a paso, los participantes en el EVR tuvieron más probabilidad de trabajar en trabajos protegidos que los participantes del IPS. Los 54 participantes del EVR que trabajaron en trabajos protegidos ganaron una media de \$1.878.57: la mayoría de este trabajo fue una parte de la proporción y la tasa media de ganancia fue menor de \$1 hora. No hubo diferencias de resultados vocacionales entre los participantes del EVR con los participantes que recibieron los servicios de las tres principales agencias de rehabilitación vocacional. Las ganancias totales eran similares en los dos grupos.

Uno de los hallazgos relevantes de este estudio es que ni el diagnóstico psiquiátrico ni los síntomas psiquiátricos fueron asociados con la cantidad de trabajo competitivo, ni con la cantidad de trabajo protegido o la probabilidad de trabajar. Comprobaron que estaba vinculado con la historia laboral (numero de meses de empleo prestado en la comunidad en los últimos cinco años) con el salario percibido en empleo competitivo ($r=0.27$, $n=150$, $p>.001$), con el total de salarios percibidos en el trabajo protegido ($r=0.20$, $n=150$, $p=.02$) y con total de salarios en el periodo de estudio ($r=0.34$, $n=150$, $p<.001$).

McHugo et al., 1998, comprobaron que los participantes en la condición IPS trabajan más horas totales [(815 ± 1.330.8 vs 436. ± 976.0, $f(1,123)=5.94$ $p=.02$], y ganaban mas salarios [\\$ 5.407..19 ± \$10.426.52 vs \$2.624.79 ± \$6.651.09, $f(1,123)=5.42$ $p=.02$) que los pacientes en la condición de GST. El tamaño del efecto por horas trabajadas era de .70 en la fase experimental y .73 en la fase de extensión. Similarmente, el tamaño del efecto para los salarios ganados era .73 durante la fase experimental y .35 durante la fase de extensión. Un análisis ANCOVA no reveló diferencias significativas entre los tres grupos en la media de hora trabajada durante la fase de extensión, servicios IPS 309.2 (±66.8); otro servicio 493.6 (±990.1); sin servicios 526.4 (±1.202.8), tanto si se usaba el cómo trabajó de co-varianza previo a la fase experimental [$f(2.55)=0.4$], como si se usaba las horas trabajadas durante la fase experimental [$f(2.55)=0.88$]. Seleccionando solo aquellos clientes de GST que no trabajaron al final de la fase experimental (n=46) no cambiaron los resultados.

Los autores también concluyeron mediante un análisis de covarianzas, que el efecto del tiempo no era significativo en cada uno de los grupos. No hubo cambios significativos en empleo competitivo en ninguno de los grupos durante los 24 meses de la fase de extensión. Contrario a las expectativas de los autores, las tasas de empleo no decrecieron significativamente en la fase de extensión.

Lehman et al. 2002 comprobaron que la distribución de los resultados en las variables estudiada fueron la siguiente: en el grupo IPS (n=113) los que trabajaron fueron 94 participantes. La ratio de trabajo /trabajadores fue de 94/47 (2.00), 50/94 trabajos competitivos (sd=53); la duración del trabajo fue de 14.38 semanas (1.87), los salarios \$5.07 hora (0.10), el tiempo trabajado (Hora /mes) 15.15 horas (1.04); el trabajo de mayor duración (semanas) 21.62 (sd=3.31; n=47); el tiempo hasta su primer trabajo (días) 164.36 (sd=22.83; n=47).

En el grupo de comparación (n=106) los que trabajaron fue 22 participantes. La ratio de trabajo /trabajadores fue de 22/12 (1.83); 12/22 trabajos competitivos (sd=55); la duración del trabajo de 15.54 semanas (3.27), los salarios de \$5.31 hora (0.36), el tiempo trabajado (Hora /mes) de 18.64 horas (2.23); el trabajo de mayor duración (semanas) de 23.08 (sd=4.91; n=12); el tiempo hasta su primer trabajo (días) 287.00 (sd=67..91; n=12). Los autores concluyen en que los efectos de empleabilidad fueron asociados con diferencias significativas en horas trabajadas acumuladas ($t_{211}=-5.0$, $p=0.00000003$) y salarios ganados ($t=-5.5$, $p=0.00000003$) entre aquellos que lograron un empleo. Sin embargo, no hubo diferencias de tiempo en los grupos a la hora de conseguir el primer trabajo, ni en el número, ni duración de los empleos conservados. Además, ambos grupos experimentaron dificultades a la hora de mantener el trabajo. Participantes en el IPS (47 [42%] de 113) tenían mas probabilidad que los participantes del

programa de comparación (12 [11%] de 1006) a trabajar durante todo el estudio ($\chi^2=t=25.5;p<.001$;odds ratio,3,58;93%IC, 2,75-11.3). Los participantes en el programa IPS (31 [27%] de 113) también tenían mas probabilidad que los participantes del programa de comparación (7 [7%] de 106) para ser empleados competitivamente ($\chi^2t=15.1$; $p<.001$). En el análisis multivariante la odds de todos los trabajos y del trabajo competitivo y la media de horas trabajadas y de salarios percibidos, fueron mayores para los pacientes del programa IPS.

Mueser et al., 2004 al comparar tres acercamientos de rehabilitación vocacional para personas con TMG, las tasas de empleo competitivo se incrementaron proporcionalmente en los primeros meses para todos los programas, entre el 30%-40% de los participantes del IPS trabajaron cada mes comparado con menos del 10% para el programa de Rehabilitación psicosocial (PSR) y servicios estándar. Los participantes en IPS tuvieron significativamente más probabilidad de obtener trabajo que participantes con apoyo estándar (75.0% vs 45.2%), $\chi^2 (1, N=204)=8,41,p<.04$, aunque los grupos no difieren significativamente en la proporción de participantes que trabajaron mas de 20 horas por semana (33,8% vs 25,8%) $\chi^2 (1,N=204)= 0.63, ns$. La distribución de los resultados de las variables estudiadas fue de la siguiente manera. En empleo competitivo en el grupo de IPS (N=68), en trabajo competitivo la media de los días hasta su primer trabajo fue 196.63 (188.55); el número de cualquier trabajo competitivo (N=82) fue 51 (75.0%), el número de los que trabajaron más de 20 horas por semana

fue 23 (33.8%); la media del total de horas trabajadas fue 372.57 (515.60), el total de salarios ganados \$2.78.41 (\$2.891.36): el total de semanas trabajadas fue 29.72 (33.18); la permanencia (media de semanas por trabajo) fue 20.04 (29.30); las semanas en el trabajo de mayor duración de 25.54 (31.05), la satisfacción con su primer trabajo(n=66) 2.86 (0.-33): En cambio en el PSR (N=77) se obtuvieron los siguientes resultados para las mismas variables: trabajo competitivo la media de los días hasta su primer trabajo fue 369.42. (241.81); el número de cualquier trabajo competitivo (N=82) fue 12 (17.9%), el número de los que trabajaron mas de 20 horas por semana fue 3 (4.5%); el total de salarios ganados \$239.39 (\$730.58), la media del total de horas trabajadas fue 39.96 (124.35). el total de semanas trabajadas fue 3.37 (11.47); permanencia (media de semanas por trabajo) fue 2.50 (8.10); semanas en el trabajo de mayor duración 3.07. (10.23), satisfacción con su primer trabajo (n=66) 2.76 (0.-42).

Por otra parte, los participantes en el servicio estándar (N=69), en trabajo competitivo los días hasta su primer trabajo fue de media 218.84 (137.60); el número de cualquier trabajo competitivo (N=82) fue 19 (27.5%), el número de los que trabajaron mas de 20 horas por semana fue 9 (13..0%); el total de horas trabajadas fue de media 102.84 (338.27); el total de salarios ganados \$617.59. (\$1.943.25); el total de semanas trabajadas fue 5.45. (14.98); la permanencia (media de semanas por trabajo) fue 4.79. (14.68); las semanas en el trabajo de

mayor duración 5.30 (14.89), la satisfacción con su primer trabajo (n=66) 2.74 (0.-25).

Los participantes en IPS tenían significativamente mejores resultados en trabajos competitivos que los participantes estándar para todas las variables continuas, incluyendo horas de trabajo (Mds=372,57 vs 176.02) $t(58.7)=3.32, p<.02$; sueldos ganados (Mds=\$2,078.41 vs \$617.59), $t(56.8)=3.27, p<.02$; semanas trabajadas (Mds=29.72. vs 8,48), $t(69,2)=4.11, p<.0$; promedio de duración en el trabajo (Mds=20.04 semanas vs 7.03 semanas), $t(69.6)=3.56, p<.07$; y tiempo de trabajo (Mds=25.54 semanas vs 1.20 semanas), $t(68.6)=3.84, p<.03$).

Sin embargo, los grupos no se diferenciaron significativamente en la proporción de participantes que trabajaron 20 horas o más por semana (33.8% vs 25.8%) $\chi^2(1, N=204)=0.63, ns$.

Coox et al. en el 2005. Los participantes del grupo experimental (330/648 (51%) tuvieron mas probabilidad que los del grupo control (245/625 (39%) para trabajar 40 horas o más en un mes dado ($X^2=17.66, p<.001$). Los participantes del grupo experimental tenían ganancias significativamente más altas mensuales que aquellos en el programa de comparación (media= 122\$/mo vs 99\$/mo; $t_{1259} = -2.04; P<.04$). En un análisis longitudinal multivariante y controlando los factores de confusión demográficos, clínicos, historia laboral, status de

discapacidad y del lugar confirman que el grupo experimental tiene mas probabilidad de ser empleado competitivamente, de trabajar 40 o más horas en un mes dado y tener mayores ganancias, y que estas ventajas experimentales sobre los participantes del grupo de comparación se incrementaron durante 24 meses del periodo del estudio. La historia laboral (definida como numero de meses de empleo prestado en la comunidad en los últimos cinco años) predijo todos los salarios ganados en trabajo competitivo ($r=0.27;n=150,p=.001$), el total de salarios ganados en trabajo protegido ($r=0.20;N0150;n=.02$) y el total de salario en el periodo del estudio ($n=34;n=100,p.001$).

Mueser et al., 2005. En este estudio los participantes en el grupo experimental en el lugar de trabajo ($N=17$) mejoraron mas en el conocimiento de habilidades de trabajo que los del grupo control ($N=18$) en el seguimiento de nueve meses, pero no hubo diferencias en los dos grupos en el numero de horas ni días trabajados, salarios percibidos o recepción de servicios vocacionales adicionales en el periodo de 19 meses. En el grupo experimental ($N=17$) el total de horas de apoyo fue de 64.4 ($sd=44.3$); el total de horas de apoyo por mes en el estudio fue 3.9 ($sd=2.5$); las horas de apoyo por horas trabajadas 0.5 ($sd=1.41$) y en el grupo de control ($N=18$) el total de horas de apoyo fue de 67.3 ($sd=43.8$); el total de horas de apoyo por mes en el estudio fue 3.9 ($sd=2.3$); horas de apoyo por horas trabajadas 0.8 ($sd=1.82$).

En general los participantes en este estudio tuvieron niveles educacionales superiores y mejores resultados de empleo que los participantes de la mayoría de los estudios anteriores de empleo con apoyo, haciendo difícil detectar los posibles efectos del entrenamiento de habilidades en el trabajo.

Gold et al., 2006 constataron que en el grupo experimental ACT/IPS (N=66) el empleo competitivo es de 64%; la ratio media de trabajo por trabajador fue de 2 (rango intercuartil=1-3); el total de ingresos percibidos con trabajos fue de \$2.855 (IQR=\$900-\$6.968); el total de semanas trabajadas 31.5. (IQR=9-53), el total de horas trabajadas 485 (IQR=139-1,139); las semanas por trabajo 12.5 (IQR=6.8.-22.2); las semanas por trabajo de mayor duración , de 19 (IQR=8-39); las semanas hasta llegar a su primer empleo fue de 19 (IQR=7-39); las horas a la semana por trabajo fue de 22 horas (IQR=14-23); los salarios por hora de \$5.33 (IQR=\$5.03-\$6.00).

En cambio en el grupo SEP (N=77) en empleo competitivo 26%; la ratio media de trabajo por trabajador fue de 2 (rango intercuartil=1-2); el total de ingresos percibidos fue de \$1.857 (IQR=\$747-\$4.443); el total de semanas trabajadas de 22.5 (IQR=12-44.5), el total de horas trabajadas 360 (IQR=146-844); las semanas por trabajo de 11.5 (IQR=7.8-23.5); las semanas por trabajo de mayor duración de 20 (IQR=10-31); las semanas hasta llegar a su primer empleo de 46 (IQR=31-70); las horas a la semana por trabajo de 20 horas (IQR=9-27); los salarios por hora de \$5.50 (IQR=\$5.13-\$5.60).

En definitiva, los participantes de ACT/IPS, trabajaron más semanas y horas pero las diferencias del programa decrecieron para todos los trabajos en similares magnitudes para aquellos que iniciaron el empleo. Los participantes en ACT-IPS trabajando en empleo competitivo tenían mayor número de semanas por empleo, semanas de mayor duración y horas por semana por trabajo en salarios similares. Ellos obtuvieron el primer trabajo mucho antes, (mdns=19 vs 46 semanas ; $p=.005$, $es=0.73$) pero, sus primeros trabajos remunerados mucho mas tarde. Los participantes en ACT-IPS ganaban mas salarios de empleo competitivos (Mdn=\$549, rango intercuartil [IQR]=\$0-5,145 vs Mdn=\$0, IIQR=\$0-\$40; $p<.001$, $es=0.70$), pero las diferencias para todos los empleos era menor (Mdn=\$1.337,IQR=\$0-5,495, vs Mdn=\$1.337,IQR=\$0-5,495 vs Mdn=\$743,IQR=\$0-2,800; $p=.07$, $es=0.59$). Comparado con los participantes del SEP en el periodo de estudio de 24 meses, más del doble de porcentajes de los participantes de ACT/IPS conservaron los trabajos competitivos (64 vs 26%). En la condición en el trabajo competitivo, ellos ganaron 1.5 veces la media de ingresos (\$2.855\$ vs \$1857) y trabajaron por debajo de 1.5 veces la media de horas y semanas.

Latimer et al, en 2006 observaron, sobre los 12 meses de seguimiento, que el 47% de los que consiguieron empleo en el grupo de empleo con apoyo tenían una media de 126 horas de trabajo competitivo frente a las 72 horas en el grupo de control. ($p<0.001$). En los resultados de cualquier empleo remunerado en la

estrategia de empleo con apoyo (N=75) se obtuvo que, el 68.0% conseguía cualquier trabajo remunerado en 12 meses, el 33.3% trabajaron mas de 250 horas en los 12 meses, el 24% trabajaban 20 horas o mas en cuatro semanas, la media del total trabajada por persona fue 267.4 (sd=406.9), la media total de salarios ganados por persona fue de 1.296.9 dólares canadienses (sd=2.575.9), el total de semanas trabajadas por persona mds=17.0 (sd=19.9). La duración (media de semana por trabajo) fue 15.8 (sd=18.0), las semanas en el trabajo de mayor duración por persona fue de mdn=14.6 (sd=17.9) y los días hasta conseguir su propio trabajo (N=90) fue de 89.4 (sd=116.1).

En relación a los resultados de empleo competitivos en la estrategia de empleo con apoyo (N=75) se obtuvo que, el 46.7% conseguía cualquier trabajo competitivo en 12 meses, el 13.3% trabajaron mas de 250 horas en los 12 meses, el 16.0% trabajaba 20 horas o mas en cuatro semanas, la media del total horas de trabajo competitivo por persona fue 126.4 (sd=266.8), el total de salarios ganados en trabajos competitivos por persona (N=73) se obtuvo una media de 961.7. dólares canadienses (sd=2.162.9), el total de semanas trabajadas por persona mds=6.9 (sd=12.7). la duración (media de semana por trabajo) fue 8.9 (sd=12.2), la media de semanas en trabajo competitivo de mayor duración por persona fue 5.8 (sd=10.9) y los días hasta conseguir su propio trabajo (N=52) fueron 126.3 (sd=95.6) Si lo comparamos con los resultados obtenidos en el acercamiento usual (N=74) los resultados de empleo competitivos se obtuvo

que, el 18.9.% consiguió cualquier trabajo competitivo en 12 meses, el 8.1% trabajaron mas de 250 horas en los 12 meses, el 8,1% trabajaba veinte horas o mas en cuatro semanas, la media del total de trabajo competitivo por persona fue 72.5. (sd=251.6), el total de salarios ganados en trabajos competitivos por persona (N=73) fue de una media de 520.8 dólares canadienses (sd=1.901.0), el total de semanas trabajadas por persona mds=2.9 (sd=8.5), la duración (media de semana por trabajo) fue 11.1 (sd=13.5), la media de semanas en trabajo competitivo de mayor duración por persona fue 2.8 (sd=8.4) y los días hasta conseguir su propio trabajo (N=52) fue de 152.9 (sd=123.3).

Las diferencias en los resultados de empleo competitivo favorece claramente el empleo con apoyo. No hay , sin embargo , correlación estadística significativa, por un lado, con el cambio en la puntuación de autoestima entre la línea base y los 12 meses y por otro lado, con las horas en cualquier empleo remunerado (n=54, Spearman's $\rho = -0.03$, $p = 0.80$) horas de empleo competitivo (n=54, Spearman's $\rho = -0.03$, $p = 0.08$, $p = 0.55$) ni en el numero de contactos con el personal de empleo con apoyo en los 12 meses (n=54, Spearman's $\rho = 0.08$, $p = 0.56$).

Catty J, et al., en 2008, encontraron que los pacientes del modelo IPS, durante los 18 meses de seguimiento, trabajaron casi cuatro veces más horas (428,8 vs 119,1) que el grupo control. El número medio de horas trabajadas por semana no fue significativamente diferente en el grupo control (32,5 h, rango

intercuartil (IQR) 4-45, 3-63 rango de 7 puestos de trabajo obtenidos) y el grupo de intervención (8 h, IQR 4-16, intervalo 3-50 de 15 puestos de trabajo obtenidos) (Mann-Whitney $Z = -1.45$, $P = 0,15$). Del mismo modo, la duración de la permanencia en el empleo (mediana de 13 semanas, IQR 8-15, rango 4-26 para el grupo control, 18 semanas, IQR 7-30, 4-52 rango para el grupo de intervención, de Mann-Whitney $Z = -1.20$, $P = 0,23$) y el salario medio (£ 7,73, IQR 6.15 a 14.18, rango de 6.16 para el grupo control; £ 6,00, IQR 5.35-7.20, rango de 4,85 a 30 para el grupo de intervención, de Mann-Whitney $Z = 1.48$, $P = 0,14$) no fueron significativamente diferentes en los dos grupos.

Estudio observacionales

Becker et al., 2001 obtuvieron, en un diseño cuasi experimental ya descrito anteriormente, y organizando la información a partir de la historial laboral, que las diferencias eran estadísticamente significativas para las tasas de empleo global obtenidas entre unos programas (programa A y B) y otros (Programa C) en las tasas de empleo, horas totales de trabajo, número de semanas de trabajo, y casi significativamente para los salarios totales, el tamaño de efecto de la comparación realizada varía de .23 a .61 con mayor efecto para el historial de trabajo y semanas de trabajo.

Veamos estos resultados con más detalle para cada uno de los programas.

- En el programa A (N=43) los que obtuvieron empleo competitivo con historia laboral fue una media de 8 (80%), horas trabajadas fue 965.4 (sd=144.1); total de salarios percibidos \$3.674.5 (sd=768.9); numero de semanas trabajadas 44.5 (sd=7,1). Los que obtuvieron empleo competitivo sin historia laboral fue una media de 11 (33%), horas trabajadas fue 101.6 (sd=79,3); total de salarios percibidos \$519.7 (sd=453,3); numero de semanas trabajadas 9.0 (sd=3.9);
- En el programa B (N=30) los que obtuvieron empleo competitivo con historia laboral fue una media de 6 (55%), horas trabajadas fue 194.9 (sd=137.4); total de salarios percibidos \$1.552.5 (sd=733.1); numero de semanas trabajadas 24.2 (sd=6,8). Los que obtuvieron empleo competitivo sin historia laboral fue una media de 10 (56%), horas trabajadas fue 97.2 (sd=107,4); total de salarios percibidos \$518.3 (sd=573,1); numero de semanas trabajadas 14.7 (sd=5.3);
- En el programa C (N=41) los que obtuvieron empleo competitivo con historia laboral fue una media de 6 (38%), horas trabajadas fue 152.9 (sd=113.9); total de salarios percibidos \$1.228.1 (sd=607.9); numero de semanas trabajadas 8.1 (sd=5,6). Los que obtuvieron empleo competitivo sin historia laboral fue una media de 2 (8%), horas trabajadas fue 11.8 (sd=91,7); total de salarios percibidos \$61,0 (sd=486,3); numero de semanas trabajadas 0.6 (sd=4.5);

En definitiva de forma comparativa, en el programa A, las personas con historia laboral tienen una media sobre total de horas trabajadas 965.4 ± 144.1 y los que no tienen historia laboral 101.6 ± 79.3 . En relación a la media de el número de horas trabajadas, en el mismo programa, resultó que los que tienen historia laboral, 44.5 ± 7.1 horas y sin historia de trabajo 9.0 ± 3.9 horas. Y por ultimo en relación a los salarios ganados, en el programa A, la media obtenida, los que cuentan con historia laboral fue $3.674.5 \pm 768.9$ y los que no tienen historia de trabajo 519.7 ± 423.3 . Diferencias similares se observaron para el programa B.

McGurk et al., 2006 analizaron las relaciones entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas observados tras los 2 primeros años del programa, y el empleo y los programas de apoyo en los 2 años siguientes (3-4 años siguientes de ser incluido en el programa) con el fin de valorar si a largo plazo la participación en el programa de empleo con apoyo reduce el impacto del funcionamiento cognitivo en el trabajo. Se realizó un seguimiento de 30 pacientes inscritos en el programa de apoyo (IPS) que dieron su consentimiento informado, y recibían atención psiquiátrica por los servicios psiquiátricos de cuatro organismos estatales de Long Island (New York) que incluía la administración farmacológica, el tratamiento de día, el manejo de casos y la terapia de grupo. En relación a los resultados de las variables que estudiamos el programa $CT \pm SE$ (N=23) la media del total de trabajo fue 0.96 (sd=0.82) ; horas totales 379.91 (sd=419.14); la media de salarios totales \$2.207.91 (sd=3.166.11); la media de horas por meses

34.48 (sd=44.48); salario mensual \$199,11 (sd=270.00). En cambio, en la estrategia solo SE (N=21) la media del total de trabajo fue 0.05 (sd=0.22); horas totales 30.95 (sd=141.84); salarios totales \$182.05. (Sd=834. 24); horas por meses 2..58 (sd=11.82); salario mensual \$15,17 (sd=69.52). Estos datos revelan que el grupo CT + SE consiguió significativamente más trabajo, más horas trabajadas y percibieron mas salario que el grupo SE solo.

Para quienes trabajaron (40%), la media de horas trabajadas de forma competitiva es de 1.118 (SD = 988, amplitud 192 - 2600, media = 624), la media salarial fue de 10.275 \$ (SD = 10.062, amplitud 690-30.134, media = 4.992), la media de retribución por hora fue de 8,40 \$ (SD = 2,32, amplitud 5,15 – 12,00) y el tiempo medio en que se llevó a cabo un trabajo competitivo durante estos dos años fue de 447 días (SD = 328, amplitud 30 - 730). Once de los doce pacientes empleados tuvieron un único empleo y sólo uno de ellos tuvo dos.

La cantidad de trabajo, los salarios por hora, los ingresos totales en concepto de salario y la media de tiempo por la que se conservó el empleo competitivo al final de los dos años en empleo con apoyo muestran una correlación con el número de horas trabajadas ($r = 0,82$, $p = < 0,001$), el salario por hora ($r = 0,75$, $p = < 0,05$), los salarios totales recibidos ($r = 0,75$, $p = < 0,05$) y la media de duración del empleo competitivo ($r = 0,74$, $p = < 0,01$) en el tercer y cuarto año.

Revisiones sistemáticas.

Crowther et al., 2001 comprobaron que los participantes en el programa de empleo con apoyo también ganaron más y trabajaron más horas por mes que aquellos en Entrenamiento Prevocacional. En los dos ensayos de mayor calidad informaron que los participantes en UAI empleaban significativamente más horas al mes en un empleo competitivo. Un ensayo (Drake-New Hampshire) reportó un promedio significativamente mayor de ganancias al mes, pero el otro (Drake Washington) no encontró diferencias (aunque el grupo de UAI gana más dinero a partir de un empleo competitivo). En el estudio de Gervy et al., 1994 número de horas fue 69 y una media de 3.7 horas por semana en empleo competitivo ($p > 0.003$) horas. La media de ganancias significativas en el estudio de Drake (1996) New Hampshire fue de 188.5 (3.34; $p < 0.0001$).

Moll et al, 2003 en la revisión realizada desde 1980 a febrero de 2003 encontraron cuatro estudios aleatorizados, que comparaban el IPS con otros acercamientos en rehabilitación vocacional, y nos informan que en uno de sus estudios (Drake y Machugo de 1996) los participantes del programa IPS, encontraron trabajos más rápidos, trabajaban más horas totales y ganaban salarios mayores que el grupo de comparación.

DURACIÓN, PREFERENCIAS DE EMPLEO Y SATISFACCIÓN

Estudios Controlados aleatorizados.

Becker et al., 1998 como parte de los estudios de los servicios vocacionales de Washington DC., encontraron que los participantes en IPS rápidamente obtuvieron una tasa de empleo competitivo del 22% al segundo mes y mantuvieron un nivel de empleo entre el 17% y el 34% durante los 18 meses de seguimiento, mientras que un 5% de los participantes en el EVR encontraron empleos competitivos durante el estudio. Los autores exploraron las preferencias de empleo de 152 adultos con TMG, observando que el 97% expresan preferencias laborales (al menos un empleo de preferencia) y la mayoría de estas tendían a ser realistas (tipos de empleo) (89% emparejaba con sus empleos en línea base a los seis meses), trabajaban 30.2 horas por semana, cobraban salarios de \$6.60 por hora y las preferencias eran estables en el tiempo (82 personas a los seis meses expresaban una misma preferencia, 75% la misma para los 12 meses, y 72% a los 18 meses). La mayoría de empleos obtenidos les servían a los participantes y expresaban sus preferencias. Los participantes sin casa y que han sido desempleados durante años, tiene preferencias de empleo estables, pero tienen la tendencia a tener menos ideas realistas sobre horas de trabajo y salarios.

No hubo diferencias significativas en relación a la satisfacción de empleo entre aquellos que emparejaban sus empleos con sus preferencias en línea base y aquellos que no lo hacían (N=6), habiendo conseguido el empleo a los seis meses. Tampoco hubo diferencias con la duración, en las diferentes entrevistas de seguimiento. El emparejamiento del empleo de acuerdo a las preferencias de los participantes no estuvo asociado, en este estudio, con la satisfacción ni tampoco con la duración del empleo.

Mc Hugo et al., 1998 al examinar la persistencia de los resultados de empleo competitivo, después de dos años de una fase experimental aleatorizada previa de 18 meses (Drake et al., 1996) en IPS y GST, y la influencia de los servicios vocacionales, comprobó que los porcentajes de empleo competitivo no declinaron significativamente con el tiempo. En conjunto, los participantes no experimentaron ningún deterioro significativo en cantidad de empleo, a pesar de que solo un 60% continuaron recibiendo servicios vocacionales. Mas de la mitad de los clientes de IPS tuvieron dos veces mas probabilidad para trabajar que los clientes que no recibieron servicios, en cambio , para los participantes del GST original no se encontró la asociación entre empleo competitivo y continuidad o no de servicios vocacionales, permaneciendo estables las proporciones de empleo (20%) durante la fase de extensión.

Drake et al., 1999, informaron que, consistentemente con la formación y la historia laboral, los 45 clientes IPS empleados competitivamente, tenían una media de duración de empleo de 16.5 semanas

Mueser et al., 2001, en el seguimiento de 2 años de 204 personas en desempleo con TMG con asignación aleatoria a tres programas vocacionales (IPS, PSR y Estándar), encontraron que los participantes en el IPS que obtuvieron trabajo en su localidad de acuerdo con sus intereses, tenían significativamente una duración mas larga de empleo que los participantes en empleo no emparejados (media= 28.94, 15.12 semanas, SD=35.00, 20.69, n=31.17 respectivamente, y $f(46)=1.72$, $p<0.05$). Sin embargo, la relación entre empleo emparejados y duración de empleo no era significativa para los participantes en el grupo de cuidados estándar (media=31.92 y 28.46 semanas SD=33.17, 36 94, n=24, 13 respectivamente) En el grupo de PSR solamente dos participantes obtuvieron empleos que no emparejada con su línea de base y empleo de preferencia (media=4.50 semanas trabajadas, SD=4.95 (comparado a 22 clientes que consiguieron trabajo que emparejaba sus preferencias) (media=22.25 semanas trabajando, SD=22.04) . Evaluando las diferencias de tasas de satisfacción de empleo entre participantes emparejados y no emparejados, encontraron que para los participantes en el programa del IPS en empleos emparejados, había una tendencia de informar alta satisfacción total (Escala de satisfacción de empleo de Indiana) en relación a aquellos en empleos no emparejados

(media=3.11, 2.88, SD=0.43, 0.40 respectivamente) $t(22) = 0.10$). Ninguna tendencia estaba presente para el programa estándar (media =2.92, 2.82, SD=0.29, 0.08, respectivamente ns).

Lehman et al., 2002 encontró que para aquellos pacientes que obtuvieron como mínimo algún empleo durante el periodo de intervención, no hubo diferencias en el grupo de tratamiento ni en el número de trabajos por personas. La duración de los trabajos se mantuvo. Los salarios ganados por hora, horas trabajadas y la duración del tiempo de los participantes, se conservó en esos trabajos o el tiempo del primer trabajo.

Mueser et al., 2004 al comparar tres acercamientos de rehabilitación vocacional para personas con TMG informaron que solamente en resultados vocacionales los que no tenían diferencias entre los grupos eran la satisfacción de empleos, siendo de forma significativa a favor de la estrategia del IPS.

Mueser et al., 2004 en estudio de 35 personas empleadas en los últimos tres meses con Trastorno Mental Severo que recibían servicios de apoyo al empleo en un programa estándar. Los asignó aleatoriamente a dos grupos de intervención, uno que recibía un programa de entrenamiento de habilidades y el otro no. Comprobó como los participantes en el grupo de entrenamiento en Habilidades en el lugar de trabajo (n=17), mejoraron más en conocimientos que aquellos en el grupo de control (n=18), en nueve meses de seguimiento pero los dos grupos

no tenían diferencias en el número de horas o días trabajados, salarios ganados, o recepción de adicional servicios vocacionales sobre el periodo de 18 meses. La media de duración de empleo, para el primer empleo era mayor (331.6 días en grupos de entrenamiento de habilidades vs 288.5 en grupo control) que otros estudios.

Coox et al., 2005 comprobó en su estudio que la media de permanencia en el trabajo de los participantes que lograron el empleo competitivo fue de 16.5 semanas.

Gold et al., 2006 en Carolina del Sur, en un medio rural en el seguimiento de una muestra inicial de 143 adultos con trastorno mental severo que fueron asignados de forma aleatorizada a un grupo para recibir ACT/IPS y otro, solo servicio de apoyo al empleo (IPS), al comparar los resultados, observaron que, de las 48 personas que trabajaron, 42 (87%) mantuvieron el empleo competitivo con ACT/IPS. En contraste, de las de las 51 participantes en SEP, solamente 20 (39%) mantuvieron empleo competitivo. El primer empleo encontrado de los 9 de estos 20 eran empleos competitivos, y lo consiguieron por su propia iniciativa. Solamente 11 de estos 20 fueron transicionales del SEP fueron empleos competitivos. Gold et al., los participantes en el grupo ACT/IPS mantuvieron empleo competitivo (64 vs 26%; $p < 0.001$; tamaño del efecto (ES)=0.38) que los participantes en el grupo comparativo.

Catty J, et al., en 2008, encontraron que de las 128 personas que trabajaron, la duración de los contratos era mayor para los pacientes del modelo IPS (214 días) que los pacientes de servicios profesionales (108 días). De los 128 clientes que han trabajado, sólo 2 de cada servicio sólo había trabajado por un día (el umbral mínimo que se utiliza para la medida de resultado primaria) y 95 habían trabajado durante más de 40 días. Poco más de la mitad de los pacientes de IPS que trabajó ($n = 48$; 56,5%) obtuvo el trabajo durante la primera entrevista, en comparación con 16 participantes de los de servicios profesionales (37,2%).

Revisiones sistemáticas.

Moll et al, 2003 en la revisión realizada desde 1980 a febrero de 2003 encontraron cuatro estudios aleatorizados, que comparaba el IPS con otros acercamientos en rehabilitación vocacional. Por término medio el tiempo de empleo se mantenía entre 14 y 16 semanas. Del 41% al 77% de las personas terminaron su empleo a los seis meses. Muchos empleos terminaron insatisfactoriamente marchándose los participantes por su cuenta o los echaron.

Bond et al., 2008. Realizaron una búsqueda exhaustiva de la literatura de ensayos controlados aleatorios de IPS, y encuentran 11 estudios con alta fidelidad de los programas de IPS. Examinaron las siguientes variables de empleo competitivo: las tasas de empleo, los días al primer empleo, semana al año trabajada y tiempo de permanencia en el empleo de más duración. A través

de los 11 estudios, la tasa de empleo competitivo fue del 61% de IPS comparado con el 23% de los controles. Alrededor de dos tercios de los que obtuvieron un empleo competitivo trabajaba 20 horas o más por semana. Y los participantes del IPS obtuvieron su primer trabajo casi 10 semanas antes que los controles. Entre los participantes de IPS que obtuvieron un empleo competitivo, la duración de empleo después del inicio de su primer trabajo fue un promedio de 24,2 semanas por año, o el 47% 52 semanas al año.

PORCENTAJE DE LOS QUE NO CONSIGUEN EMPLEOS

En la mayoría de los estudios no se presenta este resultado de forma clara. Solamente daremos el resultados de los trabajos donde se hace explícito.

Estudios controlados aleatorizados

Latimer et al 2006 nos confirmaron que pesar de los aceptables resultados de empleo competitivo logrado, una significativa proporción (53 %) de personas que recibían apoyo al empleo no eran capaces de lograr ningún empleo competitivo en el primer año y solamente un 13% fueron capaces de tener una media de cinco horas de trabajo cada semana sobre un año de seguimiento.

Revisiones sistemáticas

Moll et al 2003 al examinar todos los estudios de IPS evaluados a uno o dos años, observan que entre $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ de participantes no encuentran trabajo, revelando una tasa media entre 60% al 80% de los participantes en IPS no encontraron trabajo en los estudios revisados

Estudios observacionales.

McGurk et al., 2006 observó que de 15 participantes que no trabajaron durante los primeros dos años en el programa de empleo con apoyo, tres dejaron el programa (y permanecieron desempleados), 11 permanecieron en el programa y estuvieron desempleados durante el segundo bienio, y uno trabajó de forma esporádica y sin apoyo. De los 14 participantes empleados de forma competitiva y con apoyo durante los dos primeros años, 9 continuaron trabajando con apoyo durante los dos años siguientes, 4 estuvieron desempleados en ese periodo, y uno continuó trabajando sin apoyo.

TASA DE RETENCIÓN, PERDIDAS DE SEGUIMIENTO Y NÚMERO DE ABANDONOS

ANTES DE LA FINALIZACIÓN DE LOS CONTRATO

Estudios controlados aleatorizados

En la mayoría de los estudios no se presenta este resultado y si se hace no se hace de una forma clara. Solamente daremos el resultado de los trabajos donde se hace explícito algunas de las tasas o porcentajes referidos a la variable que estudiamos.

Estudios controlados aleatorizados.

Mc Hugo et al., 1998 encontraron que las tasas de seguimiento a los 6, 12 y 18 meses fue de 98.7%, 96.7% y 94.7% respectivamente. La proporción de empleo de los participantes del IPS que se retiraron de los servicios vocacionales fue similar alrededor del 28%.

Mueser et al., 2004 recogen que las tasas de finalización de las entrevistas no hubo diferencias en ningún punto de su valoración de los resultados vocacionales. De 204 clientes, 195 (96%) en la línea base; de la entrevista a los 6 meses la completaron 182 (89%), de la entrevista a los 12 meses la terminaron, 126 (86%) y a los 18 meses 174 (85%) y 24 meses, 166 (82%). Las tasas de

retención a los dos años se mantuvo sobre el 90% para el IPS, comparado con el 50-60% para los PSR y menos 40% para servicios estándar

Lehman et al., 2002 destacaron el hallazgo de que la conservación del trabajo para los pacientes en el programa IPS fue problemática. Tras un éxito inicial en la obtención del trabajo, la tasa de empleo mensual para los participantes en el IPS se mantuvo en el rango del 15-20% mensual a pesar del seguimiento y apoyos recibidos.

Latimer et al., 2005 concluyeron que las tasas de finalización para las valoraciones durante el periodo de dos años, en las dos condiciones de tratamiento fueron similares. A los: 6 meses el programa IPS vs programa de comparación, 92% vs 89%, a los 12 meses, el programa IPS vs programa de comparación, 87% vs 84%, a los 18 meses, IPS vs programa de comparación, 81% vs 75%; y a los 24 meses, IPS vs programa de comparación 74% vs 60%.

Gold et al., 2006 informaron que la mayoría de los participantes ACT/IPS y los del SEP se mantuvieron activos durante los 18 meses, (83% vs 79%) pero fue modestamente alto el porcentaje de los participantes de ACT/IPS completaron el estudio (82 vs 70%). Alrededor de un 25% de empleos fueron informadas razones para su finalización, 1 SEP participantes y 12 ACT-IPS participantes continuaron trabajando en empleo competitivo a pesar de finalizar el estudio. Las pérdidas de empleos competitivos en ACT-IPS y SEP respectivamente que

tienen que ver con que ellos abandonan el empleo o son despedidos estaban primordialmente asociadas con el rendimiento de empleo y los síntomas de discapacidad (11.7% y 8.8%). Presiones de empleo (11.7% y 2.9%), inhabilidad para rendir en los trabajos de empleo (13.0% y 5.9%), insatisfacción con tareas de empleo (9.1% y 5.9%), y discontinuidad del empleo (9.1 y 23.5%). Bastantes pocos dejaban los empleos por insatisfacción con el las tareas programadas, horas, salarios o experiencia de discriminación. Algunos fueron despedidos por conflictos con trabajadores y o supervisores. Sorprendentemente, solamente 1 de los 31 trabajadores recibieron beneficios federales y se marchaban de empleo competitivo porque tenían el miedo que las ganancias podrían llegar a la terminación de sus beneficios (pensiones).

Revisión sistemática.

Crowther et al., 2001 al revisar los ensayos controlados aleatorizados publicados desde 1982 -1998, sobre rehabilitación vocacional, identificaron 18 ensayos de razonable calidad, encontraron que las tasas de seguimiento fueron generalmente buenas: 16 tuvieron una tasa menor o igual al 20 % en las pérdidas de seguimiento y en 2 estudios se encontró tasas mayores, una de 21% al año y otra del 37% a nueve meses.

Moll et al, 2003 en la revisión realizada desde 1980 a febrero de 2003 en cuatro estudios aleatorizados, que comparaba el IPS con otros acercamientos en rehabilitación vocacional, informaron de tasas de bajo abandono del estudio.

Drake en 1996 y 1999 constataron que las tasas de abandono eran menores del 3% y en torno al 5% respectivamente.

En el estudio de Lehman en el 2002, a pesar del pago a los participantes en el estudio, en el grupo del IPS había una tasa de abandono del 26% y un 40% de tasa de retención en comparación a un grupo después de 24 meses de seguimiento.

EFFECTOS A LARGO PLAZO

Estudios observacionales.

Salyers et al 2004 examinaron los resultados de apoyo al empleo después de diez años del proyecto de demostración inicial de Dartmouth New Hampshire cuando dos programas de tratamiento de día fueron convertidos a programas de apoyo al empleo en los primeros años de 1990. El estudio consiste en el seguimiento 36 participantes que fueron reclutados en los programas de apoyo al empleo en uno de los dos centros de salud mental. Los participantes fueron entrevistados, diez años después del programa originario (1990-1992), sobre su historial de

empleo, los facilitadores de sus empleos y las percepciones de cómo el trabajo afecta a áreas de sus vidas. El 65% de los participantes trabajaron más allá del periodo de seguimiento de estudio inicial (1-2 años) con 33% que trabajaron al menos cinco años durante el periodo de diez años. Actualmente los empleos recientes de los participantes tienen la tendencia de ser de largo plazo y competitivos, muchos de los empleos que ellos mantuvieron era de largo plazo con una media de duración de al menos de 3 años, sin embargo pocos pacientes hicieron la transición a empleo de tiempo completo con beneficios de salud. La mayoría de los participantes informaron que ellos eran empleados en algún punto durante el periodo de seguimiento de diez años y diecisiete participantes (47%) estaban empleados en el tiempo de la entrevista la mayoría de empleo era competitivo recibiendo al menos un salario mínimo en un marco comunitario. El 86% de los participantes continuaban involucrados con su centro de salud mental que incluía un enfoque sobre apoyo al empleo, un enfoque que continuó durante el periodo de seguimiento de 10 años. Al examinar las tasas de empleo obtenidas en el estudio original de un año de seguimiento, para analizar si los participantes que estaban empleados en ese momento, después de diez años de seguimiento, eran los mismos participantes que tenían la mayoría de éxito en el estudio original, se observó que, de los 17 participantes que estaban en ese momento empleados, 9 (53%) también habían trabajado durante el primer año de estudio, y de los 19 participantes que no estaban actualmente empleados 6 (32%) habían trabajado durante el estudio de seguimiento original de un año,

aunque los resultados no eran significativos. Los dos grupos de empleo no tenían diferencias significativas en horas trabajadas o en salarios ganados durante el estudio original. Participantes que estaban empleados en el tiempo de nuestro estudio actual habían trabajado una media de 126.3 ± 249 horas durante el periodo del estudio original comparado con 117.4 ± 300.3 horas para participantes que no estaban actualmente empleados. Participantes que estaban empleados en el tiempo de estudio ganaron una media de $\$543.06 \pm \$1,150.43$ durante el periodo entero del estudio original comparado con $\$738.37 \pm \$1,880.49$ durante el estudio original para participantes que no estaban actualmente empleados. Otra observación de interés de este estudio hace referencia que el apoyo al empleo no puede ser apropiado para cualquier persona: cinco participantes (14%) no trabajaron con ninguna paga en cualquier punto del estudio y un 11% trabajaron un tiempo no largo.

Becker et al., 2007 exploraron de forma prospectiva a adultos con discapacidad psiquiátrica, procedentes de un centro de salud mental urbano, después de ocho a doce años de iniciar sus trayectorias de empleo con apoyo (IPS) como participantes en dos estudios previos (1992-1993 primer estudio N=48; 1996-1997 segundo estudio N=30) en Inglaterra. Los autores pudieron reclutar 38 personas procedentes de ambos estudios para el seguimiento a largo plazo. Este estudio se presenta un análisis cuantitativo y cualitativo de la muestra. En resultados vocacionales destacan que todos los 38 participantes trabajaron

durante el siguiente periodo, una gran mayoría el 82% en trabajos competitivos y el 71% trabajo más de la media de los años del seguimiento. Los participantes del estudio trabajaron como media 20 ± 13 horas por semana en trabajos competitivos. El numero medio de horas trabajas por semana en cualquier trabajo fue 17 ± 12 . La mayoría de las personas trabajaron menos de 20 horas por semana en todos los trabajos y en su actual trabajo. El numero total medio de meses trabajados en el trabajos competitivos de mayor duración fue 4.6 ± 3.3 años y el de mayor duración de cualquier trabajo fue de 4.8 ± 3.0 .

En resultados no vocacionales los participantes informaron numerosos beneficios relacionados con el empleo incluyendo refuerzos en a la autoestima, en las relaciones, y en el gestión de la enfermedad. La enfermedad psiquiátrica fue la mayor barrera para trabajar, el empleo a tiempo parcial y a tiempo completo fueron las mayores ventajas. Tres aspectos de solapamiento emergieron de los análisis cualitativos, como influencias significativas percibidas en el comportamiento relacionado con el trabajo de los participantes. Primero, la gestión exitosa de los síntomas y el entrenamiento de habilidades de imitación apropiadas aparecieron jugando un papel importante en el descubrimiento y conservación del trabajo. Segundo, los participantes generalmente prefirieron trabajar a tiempo parcial a causa de las menores demanda de este tipo de trabajo y porque fue percibido para permitir el mantenimiento de la seguridad social y el cuidado de la salud. Tercero, los participantes vieron la importancia de

los servicios de apoyo individualizado. Los participantes se fijaron que esto era importante el hacer cambios exitosos entre trabajos o desde el desempleo al empleo y en la ayuda de la negociación de las prestaciones y cambios en las condiciones.

2.3.2.2.- RESULTADOS NO VOCACIONALES

Y entre los resultados no vocacionales, las variables más estudiadas, fueron, la influencia de la sintomatología y hospitalización, autoestima, y funcionamiento cognitivo, técnicas de intervención, costes de efectividad del programa y efectos del contexto.

SINTOMATOLOGÍA Y HOSPITALIZACIÓN

Estudios controlados aleatorizados.

Drake et al., 1999. Comprobaron en los dos grupos de intervención (IPS vs EVR) que los participantes se beneficiaron en su funcionamiento global, su calidad de vida y autoestima de los programas vocacionales, ocurriendo estas mejorías en los primeros seis meses del estudio y luego se mantenían estables. Los dos grupos decrecieron en uso hospitalarios, el grupo de IPS en línea base registro mas días de hospitalización pero esta disminución no fue significativa. Si bien en la Brief Psychiatric Rating Scale se detectó incrementos totales significativos

estos se mantuvieron a un nivel subclínico con ninguna media de puntuación de síntomas sobre 2 y no hubo incrementos en las subescalas. Los autores concluyeron que estas mejorías eran atribuibles más que al tipo de trabajo, a la propia participación en los programas vocacionales.

Mueser et al., 2004 entre sus hallazgos encontraron que sólo dos efectos fueron significativos: los efectos de tiempo para GAS y el factor cognitivo PANSS. El GAS tendió a mejorar con el tiempo (M=50.9, 2 años M=53.8), mientras que el funcionamiento cognitivo tendió a empeorar (línea base M=2.3, 2 años, M=2.5). Hubo además una tendencia para los clientes en PSR a mostrar mas satisfacción con sus relaciones sociales, más tiempo que los clientes en IPS o servicios estándar; (datos nos disponibles) (para PSR línea base M=4.5, 2 años, M=4.7; para IPS, línea base M=4.9. 2 años, M=4.7). En el análisis de Bonferroni corregido los efectos en los grupos fue significativo o mejoró las tendencias.

Coox et al, 2006, sin medición de la fidelidad de la implementación de los diferentes acercamientos vocacionales, en siete estados de Estados Unidos, cuya meta era el empleo competitivo informaron de altos niveles de síntomas negativos asociados con pobres resultados de empleo y siendo blanco con altos niveles de síntomas positivos es asociado con menos probabilidades de empelo competitivo pero no con trabajar 40 o más horas.

McGrew et al., 2005 al comparar los dos sistemas de financiación RBF y FFS ya descritos en resultados vocacionales, comprobaron que no había ninguna ventaja en mejorar variables clínicas en el RBF. Individuos que servían en RBF no era más probables de mostrar mejorías en la esperanza, calidad de vida, salud mental o salud física, o funcionamiento comparado con aquellos que servían en FFS.

McGrew et al., 2005 comparando el RBF con individuos en FFS, aparece que los de RBF tienen mejor funcionamiento comparado en la línea de base con el GAF, pero no en ninguna otra medida. De cualquier manera, individuos que tenían RBF eran menos probables de usar ningún servicio médico y servicios psiquiátricos que aquellos que servían para el FFS. Además, aquellos en RBF también tienen la tendencia de recibir más servicios vocacionales cara a cara. Había diferencias en los dos grupos en similares proporciones en varias variables.

Gold et a 2006 no encontraron diferencias sustanciales entre los participantes de ambos programas y ni cambios significativos de la línea base sobre el tiempo para síntomas psiquiátricos (puntuaciones de escalas PANNS) y la calidad de vida auto informada (puntuaciones en la escala QOLI, resultados no mostrados). La prevalencia baja de desordenes por uso de sustancias (<10%) en la línea base no cambió en todo el tiempo. Los efectos adversos, incluyeron hospitalizaciones psiquiátricas (SEP: n=21,27%; ACT/IPS: n=17,26%) un periodo de sin hogar por 1 SEP para un participante SEP y un participante IPS, y la sentencia de tres SEP y

tres participantes ACT/IPS en prisión. Una relación casual entre estos casos y la participación en el estudio no pudieron ser demostrada.

Latimer et al., 2006 evaluados a través de modelos de regresión de efectos no revelan ningún efecto de asignación de grupos en los síntomas, la calidad de vida, el apoyo social, en las medidas de funcionamiento o las medidas de mal uso de las sustancias.

AUTOESTIMA

Latimer et al., 2006 en su muestra aleatoria a dos grupos de intervención, comprobaron en la línea base que no había diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los participantes de ambos grupos en los resultados no vocacionales excepto en la autoestima, a favor del grupo de intervención. No se detalla valoraciones posteriores. Y que no observaran cambios después de la intervención es atribuido a que la escala utilizada no es sensible a los cambios.

En el estudio la autoestima, a diferencias de las otras variables estudiadas, si que indican una interacción estadísticamente significativa del tiempo en los grupos. ($p < 0001$). Esta variable que inicialmente es más baja en el grupo de apoyo al empleo, aumenta con el tiempo (media=25.6, 31.7, 47.2) mientras que muestra

una tendencia de declive en el grupo de servicios usuales (48.2, 46.2, 42.3). Sin embargo, dentro del grupo de apoyo al empleo no hay una correlación significativa entre, por un lado, el cambio de la puntuación de autoestima entre la línea base y los 12 meses o por otro lado, ya sean las horas en cualquier empleo pagado (n=54, spearman"s p=0.08, p=0-55 horas de empleo competitivo, o numero de contactos con personal de apoyo al empleo superior a los 12 mes (n=54, spearman"s p=0.08, p=0-5)

Koletsis M et al., 2009 llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era explorar los puntos de vista de las dificultades de obtener y mantener el empleo , sus experiencias con el apoyo recibido mediante IPS o el de los trabajadores del servicio profesional y la percepción del impacto del trabajo en las vidas de los participantes

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 48 personas con trastornos psicóticos que participan en un ensayo controlado aleatorio de seis centros internacionales de IPS respecto a la readaptación profesional habitual.

Los participantes del IPS reportaron haber recibido más ayuda en la búsqueda y el mantenimiento del empleo, mientras que los clientes de servicio profesional decían haber recibido más ayuda en la búsqueda de empleo protegido. En cuanto al impacto en la vida de las personas destacan la estabilidad financiera, la mejora de la vida social, aumento de la autoestima, la integración en la sociedad y la mejora

de sus síntomas, así como sentimientos de reducción de aburrimiento y el aislamiento, pero también informaron mayores niveles de estrés. Los clientes del IPS, así como los profesionales de servicio informaron que no reciben suficiente apoyo de seguimiento, a pesar de ello, se propone como una característica clave del modelo.

Revisiones sistemáticas.

Crowther et al., 2001 los participantes de UAI no tuvieron significativamente mas probabilidad de participar que los participantes del grupo control, aunque los intervalos de confianza son amplios. Pero hubo una tendencia que favorecería al Empleo Apoyado (n 0295,RR 0.52, IC =.15 a 1.55, modelos de efectos aleatorios). No hubo diferencias significativas entre los grupos con respecto a la autoestima, estado mental, funcionamiento global o calidad de vida en cualquier punto del tiempo.

Estudios observacionales

Bond et al., 2001 analizaron los efectos acumulativos del empleo en los síntomas, la calidad de vida y la autoestima de 149 desempleados con enfermedades mentales que están recibiendo rehabilitación vocacional (IPS). Se evaluó los parámetros no ocupacionales a intervalos de 6 meses a lo largo del periodo de estudio de 18 meses y la actividad vocacional de forma continua. Se clasificó a los participantes en cuatro grupos en función de la actividad laboral predominante durante el estudio: trabajo competitivo, empleo protegido, trabajo mínimo y desempeño. En el punto

de partida, estos grupos no diferían en ningún parámetro no ocupacional. Las diferencias más abultadas se dieron en las variables más relacionadas con el empleo. Durante los 18 meses del estudio, el grupo del empleo competitivo estaba cada vez más satisfecho con los servicios ocupacionales [$t(427) = 3,43$, $p = 0,0007$; $ES = 0,80$], con sus finanzas [$t(433) = 3,00$, $p = 0,0029$; $ES = 0,80$] y con su ocio [$t(431) = 2,57$, $p = 0,011$; $ES = 0,60$] que quienes pertenecían al grupo del trabajo mínimo o el desempleo. Además, aquellos que gozaban de un empleo competitivo mostraban mayores mejoras en su auto-estima [$t(433) = 2,07$, $p = 0,039$; $ES = 0,19$] que quienes no trabajaban o lo hacían de forma mínima. También se observaron diferencias en los índices de mejora de los síntomas que favorecían al trabajo competitivo frente al trabajo mínimo y el desempleo. Esto fue así tanto para la totalidad de los síntomas, según la BPRS [$t(432) = -2,17$, $p = 0,031$; $ES = 0,70$] como para las sub-escalas de afectividad [$t(433) = -2,16$, $p = 0,032$; $ES = 0,48$] y la desorganización [$t(433) = -1,99$, $p = 0,047$; $ES = 0,5$]

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Estudios controlados aleatorizados.

McGurk et al., 2005 en un estudio aleatorio compara un programa de Entrenamiento cognitivo combinado con uno de apoyo al empleo (CT+SE) y un

programa de apoyo al empleo (SE) con un seguimiento de 12 meses, comprobó que la retención en el programa CT+SE era alta (91%) Las valoraciones en la línea de base hasta los tres meses mostraban mejoras significativamente mayores en el funcionamiento neurocognitivo, la depresión y la preocupación autistas en la medidas de la escala de síntomas positivos y negativos para el conjunto CT+ SE comparado con el grupo único SE. Los resultados de empleo en aproximadamente un año mostraban que los participantes que recibían CT + SE tenían significativamente más probabilidad de trabajar (69.6% vs 4.8% respectivamente), trabajaban en mas empleos, trabajaban mas horas y ganaban mas salarios que pacientes con solamente SE. Los participantes en el programa de entrenamiento cognitivo y apoyo al empleo mostraban mejorías significativamente mayores en varias áreas de funcionamiento cognitivo en los tres primeros meses del estudio (McGurk 2001).

McGurk et al 2007, observaron incrementos continuos de las tasas de empleo de los participantes entre los cinco y los siete meses posteriores al comienzo del programa o de 2 a 4 meses después de completar el entrenamiento cognitivo informático que fue sostenido a lo largo del resto del periodo de seguimiento, así como, en el resultado general de los componentes cognitivos y la subescala de preocupación autista de la PANSS , comparada con aquellos otros que recibían servicios de apoyo al empleo solamente. Finalmente, los participantes en el programa de trabajo con entrenamiento cognitivo tenían tasas sustancialmente

más alta de empleo competitivo. Lo que sugiere que el programa tuvo éxito en ayudar a adquirir sus objetivos de empleo competitivo.

Un hallazgo intrigante para McGurk et al 2005 fue que los participantes en el programa de entrenamiento cognitivo, presentaban mejoras significativas en la subescala de depresión del PANNS comparada con los clientes que recibieron apoyo al empleo solamente. El impacto del programa no se presentaba limitado al funcionamiento cognitivo sino incidía en la depresión

Estudios observacionales.

McGurk et al., 2006 analizaron las relaciones entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas observados tras los 2 primeros años del programa y el empleo y los programas de apoyo en los 2 años siguientes (3-4 años siguientes de ser incluido en el programa) con el fin de valorar si a largo plazo la participación en el programa de empleo con apoyo reduce el impacto del funcionamiento cognitivo en el trabajo. Se realizó un seguimiento de 30 pacientes inscritos recientes y consecutivos en el programa de apoyo (IPS) que dieron su consentimiento informado, y recibían atención psiquiátrica por los servicios psiquiátricos de cuatro organismos estatales de Long Island (New York) que incluía la administración farmacológica, el tratamiento de día, el manejo de casos y la terapia de grupo.

El funcionamiento cognitivo resultó tener mayor valor predictivo durante los 2 últimos años del estudio que durante sus predecesores y pudo observarse un

patrón similar, pero menos acusado, en la predicción de los programas de apoyo, mientras que los síntomas fueron indicadores muy poco eficientes en ambos periodos. Además, durante el seguimiento del tercer y cuarto año, se comprobó la existencia de una correlación entre el aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas y la complejidad de las actividades profesionales que sugería que los especialistas en empleo eran capaces de mejorar su habilidad para asignar los pacientes a los trabajos en función de sus habilidades cognitivas. Es más, la evolución de las relaciones específicas entre el funcionamiento cognitivo, los programas y los resultados laborales a lo largo del estudio pusieron de manifiesto una interacción dinámica a largo plazo entre estos factores del funcionamiento cognitivo como predictores de resultados en el empleo competitivo.

CONTACTO SOCIAL Y APOYO SOCIAL

Estudios observacionales.

Becker et al., 2001, compararon los resultados vocacionales y no vocacionales de participantes de dos centros de salud mental comunitario que llevaron a cabo la reconversión de dos programas de tratamiento de día a programas de apoyo al empleo, con los resultados de participantes de un centro de salud mental que retrasaron la conversión hasta que el estudio concluyó. Los autores valoraron 126

participantes de tratamiento de día con trastorno mental severo en tres centros de salud mental comunitario, los participantes fueron valorados prospectivamente de 30 a 36 meses con especial atención a resultados vocacionales y sociales. Se usó un diseño cuasi-experimental con dos programas experimentales ya señalados y el programa comparativo que mantenía el tratamiento de día con acercamiento paso a paso de los servicios vocacionales. La mayoría de los resultados no vocacionales no eran significativos, no había diferencias en el programa, ni cambios temporales, ni interacciones de síntomas, autoestima y tasas de hospitalización fueron detectadas. Si bien no habían diferencias entre los programas en relación al número de contactos reales, si se observó que con el tiempo la interacción social fue significativa, la media de contactos sociales se incrementaron para participantes en el programa A y descendieron para participantes en el programa B y se mantuvieron prácticamente igual para participantes en el programa C. Al comparar los programas A y B vs. Programa C la diferencia no era significativa. Tampoco resultaron significativas las diferencias, examinando los apoyos sociales de grupos específicos de otros participantes, de amigos no participantes, de sus familias y de los empleados de salud mental (datos no mostrados). El comportamiento de esta variable, apoyos sociales, fue similar a la de contactos sociales en los programas.

COSTES EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

Las medidas de coste efectividad utilizadas desde la perspectiva social, gubernamental y de los participantes, han sido, los costes de programa, costes de tratamiento (costes directo por participantes; costes directos por especialista), costes de beneficios y beneficios netos.

Estudios controlados aleatorizados.

Clark et al., 1998 compara los beneficios y los costes de empleo desde tres perspectivas (social, gubernamental y de los participantes) de pacientes que en ese momento estaban en tratamiento en dos centros de salud mental, asignándolos aleatoriamente a un programa de IPS y un programa de Entrenamiento en Habilidades Grupales (GST) durante un período de 18 meses. A pesar de que los análisis previos mostraban que las posibilidades de encontrar trabajo de los participantes en el IPS eran significativamente mayor, así como que trabajaban más horas y tenían unos ingresos superiores, los beneficios netos de ambos programas expuestos en ellos no eran significativamente distintos. A lo largo del estudio, ambos grupos mejoraron su funcionamiento global, su grado de satisfacción en cuanto a sus finanzas y con los servicios ocupacionales. A pesar de que los síntomas

psiquiátricos empeoraron ligeramente, el promedio permaneció en un estado subclínico.

En el único área que difieren los programas es la de ingresos por empleo, en la que los participantes del IPS presentan una tendencia clara a obtener mayores ganancias que los del GST. Cuando se compara el coste total del programa para todos los participantes con la suma total de sus salarios, el IPS gastó 1.62\$ por dólar ganado mientras que el GST invirtió 4.915 para obtener el mismo resultado. El IPS es efectivo en función de los costes en comparación con el GST si se toman las ganancias, los porcentajes de personas que consiguen un empleo o el número de horas trabajadas durante la duración del estudio como medidas de efectividad y se combinan con los costes del programa (tratamiento y rehabilitación) durante el mismo período. Este programa es significativamente más efectivo y cuesta aproximadamente lo mismo que el otro. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta los costes y beneficios de partida, los beneficios del IPS son algo inferiores. Los dos programas producen niveles distintos de beneficios dependiendo de la perspectiva desde la que se evalúen, pero los beneficios netos desde cada una de ellas no son significativamente distintos. El IPS produjo unos beneficios levemente superiores, estadísticamente no significativos, desde las perspectivas social y gubernamental, pero éstos fueron inferiores desde el punto de vista del individuo.

McGrew et al., 2005 con la finalidad de mejorar los resultados de las personas con TMG en el empleo en Indiana, siguiendo el proyecto Milestone Oklahoma,

compararon un método alternativo de financiación a través de un sistema basado en los Resultados de vocaciones de éxito (RBF) y un método tradicional de Pago de servicios (FFS) en un período de 12 meses. Ambos servicios recibían modelos de apoyo al empleo pero variaban en su sistema de financiación. Aquellos servicios con financiación por éxitos (RBF), tuvieron más probabilidad de conseguir todas las metas colectivas, de conseguir sus planes individuales centrados en la persona y nueve meses de empleo. Se hallaron pocas diferencias entre el sistema de financiación RBF y FFS sobre salarios y no emparejamientos de empleos, o funcionamiento o calidad de vida. No se evaluó otros dominios de la vida típicamente evaluados en la rehabilitación psiquiátrica.

Dixon et al., en el 2002 compararon los costes y beneficios entre el programa IPS y el de Rehabilitación Vocacional (EVR) durante un período de 18 meses. No observaron diferencias significativas sobre el coste total de IPS y el EVR. Informó que la media del conjunto de costes para los participantes del IPS fue 16% mayor que para los participantes de EVR (\$29.087 comparado con \$25.119) durante 18 meses. Sin embargo, no hay diferencias estadísticamente significativas en salud mental, en el coste de rehabilitación vocacional o en el conjunto de costes para los participantes IPS y EVR. En ambos modelos de regresión de costes el coeficiente de la variable IPS fue positivo pero no significativo.

Louise M. et a., 2010. Encontraron que durante el primer año de seguimiento, dos terceras partes del grupo de intervención recibieron el seguimiento del técnico de

empleo con un coste promedio de £ 296. No se encontraron diferencias sustanciales en el número de personas que utilizan otros servicios. Sin embargo, los participantes del grupo control que fueron admitidos pasaban más días en el hospital que en los pacientes en el grupo de intervención. Esto dio lugar a una diferencia en los costes de hospitalización de £ 1522. Los costes totales fueron £ 2176 significativamente mayor en el grupo control (del 95%: 445 a 4,168 libras).

Revisiones sistemáticas.

Crowther et al.2001 al revisar los ensayos controlados aleatorizados publicados desde 1982 -1998, sobre rehabilitación vocacional, identificaron 18 ensayos de calidad razonable, identificando 2 estudios de costes sobre la media mensual por paciente. Bond- Indiana reportó que los costes del programa (\$251.6) fueron mayores para los de Entrenamiento prevocacional, pero que los otros costes de la atención a la salud mental se redujeron (no hay análisis estadístico al respecto), de modo que los costes globales de la atención en salud fueron menores para el Empleo con apoyo. Drake –New Hampshire encontró que no había diferencias significativas en los costes del programa (\$313.1) o en los costes globales en la atención en salud entre el empleo apoyado y en entrenamiento prevocacional. El promedio de los costes mensuales en salud fue significativamente mas alto para los clientes con Empleo con apoyo (promedio de empleo apoyado \$1.599, promedio

del control \$527.30), pero señalan que este hallazgo, es difícil de interpretar, ya que los participantes en el grupo de empleo con apoyo también recibieron un tratamiento asertivo comunitario.

Estudios observacionales

Latimer et, al 2004 realizaron un estudio para determinar el coste de los programas empíricos de empleo con apoyo desarrollados en contextos reales. Se solicitó a una muestra de conveniencia de 12 programas de empleo con apoyo en EE.UU que aportasen información detallada sobre los costes, uso y personal del programa.

Se evaluó la fidelidad del programa mediante la Escala de Fidelidad del Empleo con Apoyo. Los datos sobre los costes se analizaron del mismo modo para ofrecer los costes directos y totales por cada paciente atendido, por paciente a tiempo completo y por especialista ocupacional. Se logró obtener información útil de siete de los doce programas contactados. Todos los programas se desarrollan en zonas urbanas excepto dos, los programas de Oregón y Vermont. Estos autores encontraron que los costes directos por paciente a tiempo completo fluctuaron entre los \$1.423 en Massachussets y los 6.793 en Indiana. Los costes directos por especialista ocupacional no mostraron tanta variación, oscilando entre los \$37.339 en Rhode Island y los \$49.603 en Massachussets, con una media de \$44.082. Asumiendo un número de casos típico de alrededor de 18 pacientes, se estimó que

el coste medio por paciente a tiempo completo era de \$2.449 por año, oscilando entre los \$2.074 y los \$2.756.

EFFECTOS DEL CONTEXTO (DESEMPLEO LOCAL)

Estudios controlados aleatorizados.

Cook et al 2006 exploraron, en 7 estados de EE.UU. (N=1273) los efectos de las tasas de empleo-desempleo local basado en la experiencia con empleo con apoyo sobre los resultados vocacionales. Fueron asignados aleatoriamente, 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. Ambos, la tasa de desempleo local y la condición de estudio, fueron predictores significativos del empleo competitivo y del trabajo de más de 40 horas por mes. Se encontró una interacción entre la tasa de desempleo y la condición de estudio en la cual los participantes en áreas con bajas tasas de desempleo que recibían la práctica SE tuvieron consistentemente mejores resultados que los otros. Sin embargo, en áreas con alto desempleo, basado en la evidencia SE, tuvieron resultados superiores que aquellos en la condición de control. Controlando los factores de confusión (demográficos, clínicos, historial laboral,

status del beneficiario de discapacidad y estudio en el lugar) a través de un análisis longitudinal multivariante, se mantienen las diferencias en los resultados obtenidos y las ventajas obtenidas se incrementaron durante los 24 meses de seguimiento. En ambos modelos, los varones con alto nivel educativo, obtienen mejores resultados en empleo, mientras que las mujeres con discapacidades tienen desventajas en el mercado laboral.

ESTILO DE BÚSQUEDA DE EMPLEO

Alverson et al., 2006 en Connecticut en un estudio cualitativo etnográfico a partir de una submuestra del estudio de Mueser et al 2004, analizaron los estilos de búsqueda activa versus pasiva y sus variables mediadoras en los participantes asignados a un grupo que reciban un programa de Apoyo al Empleo con un programa de Casas Club. En un periodo de 24 meses, comprobó que de los 25 sujetos, 9 consiguieron empleo competitivo y 16 no consiguieron empleo. De los 9 que consiguieron empleo, 8 lo hicieron a través de la búsqueda activa, 5 de estos por la primera estrategia (SE) y 3 por Rehabilitación Psicosocial. De los 16 participantes que no consiguieron empleo, 7 a pesar de la búsqueda activa no lo consiguieron, 4 de estos se beneficiaron del programa de Rehabilitación psicosocial y 3 del programa de apoyo al empleo. De la 10

personas que participaron con una búsqueda pasiva, solo 1 encontró empleo dentro del programa de Apoyo al empleo (SE), mientras que los 9 restantes no consiguieron empleo (4 participaban en SE y 5 en Rehabilitación Psicosocial). Al analizar estos resultados comprobó que la edad, el tiempo de evolución de la enfermedad, y las redes familiares y sociales eran variables que estaban asociadas a los estilos de búsqueda de empleo.

2.3.2.3.- COMPARACIÓN DEL IPS CON OTROS MODELOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL.

Se compara las diferentes estrategias de acercamiento al empleo competitivo, tomado como la principal IPS en relación al entrenamiento prevocacional o los cuidados estándar.

La revisión sistemática de Crowther et al., 2001 es el principal tipo de estudio donde se recogen las comparaciones referidas al Empleo con apoyo comparado con otras estrategias de entrenamiento prevocacional o de atención en la comunidad.

Entrenamiento prevocacional versus atención en la comunidad.

Crowther et al., 2001 al revisar los ensayos controlados aleatorizados publicados desde 1982 -1998, sobre rehabilitación vocacional, identificaron 18 ensayos de

razonable calidad, comparando las estrategia del IPS frente al entrenamiento prevocacional y los cuidados estándar en la comunidad. Encontraron en cinco ensayos (1204 pacientes) que no hubo evidencia de que el entrenamiento prevocacional fuera más efectivo para que los participantes encontrarán un empleo competitivo en comparación con los cuidados estándar en la comunidad.

Apoyo al empleo vs atención convencional en la comunidad.

Crowther et al., 2001 al revisar los ensayos controlados aleatorizados publicados desde 1982 -1998, sobre rehabilitación vocacional, identifico 18 ensayos de razonable calidad, comparando las estrategia del IPS frente a la atención convencional en la comunidad. Encontró un ensayo (256 pacientes) donde no había diferencias en los resultados primarios a los 12 meses ($n=256$ RR.o.o1: Ic 0,93 a 1.09, pero había una diferencia significativa a favor del empleo apoyado a los 24 meses ($n=256$; RR=0.88 IC 0.82 a=.96, NNT 9). En relación a los resultados secundarios los participantes de empleo con apoyo tenían significativamente más probabilidad de tener algún tipo de empleo a los 12 meses y también ganaban significativamente más dinero al mes.

Apoyo al empleo versus entrenamiento prevocacional.

Crowther et al., 2001 en la revisión que realiza desde 1966 a 1998 encontró 11 estudios (484 sujetos) controlados aleatorizados, de los cuales cinco de ellos (4

de ellos con intervención oculta y evaluadores independientes y altas tasas de seguimiento 75%), comparan el apoyo al empleo con en entrenamiento prevocacional. Comunicaron que era mas probable que los participantes en IPS fueran empleados competitivamente que aquellos que recibían entrenamiento prevocacional en 4,6,9,12,15 y 18 meses (por ejemplo, 34% vs 12% a los 12 meses, número necesario para tratar; 4,45; 95 IC 3.37 a 6.59). Este efecto, aunque más reducido se mantenía después de un análisis de sensibilidad (31% vs 12%, 5.3 3.6 a 10.4).

2.3.2.4.- MEDICION Y FIABILIDAD DEL MODELO IPS.

La escala de fidelidad IPS (Bond, Becker, Drake, y Vogler, 1997) de 15 ítems ha sido validada y se utiliza en todos los EE.UU y a nivel internacional (Bond, Drake & Becker, en preparación). Existen estudios que examinan la relación entre la fidelidad del IPS y los resultados en empleo. Nueve estudios evaluaron esta hipótesis (Becker, Smith, Tanzman, Drake, y Tremblay, 2001; Becker, Xie, McHugo, Halliday, y Martínez, 2006; Catty et al., 2008 Henry y Hashemi, 2009; Hepburn y Burns, 2007; McGrew y Griss, 2005; McGrew, 2007, 2008, Resnick, 2009), y en cinco de ellos se encontró correlaciones estadísticamente significativas entre la fidelidad de IPS y los resultados de empleo, y otros dos estudios han tenido resultados que se acercaban a la significación estadística.

En un estudio de 2006, donde se aplicaba el IPS, los participantes evaluaban la fidelidad a IPS. De 26 sitios que participan en esta red, el 65% había logrado una alta fidelidad, el 31% había logrado la fidelidad justa, y sólo un sitio fue clasificado como no proporcionar ninguna fidelidad a IPS (Becker et al., 2006). Los resultados demuestran que conseguir una alta fidelidad en la aplicación generalizada de IPS es posible cuando hay compromiso y liderazgo local del estado, adecuados recursos, supervisores capacitados y cualificados y personal capacitado. (Bond, 2009).

Cocks E, et al., 2009, evalúan la prestación de servicios de forma cuantitativa partiendo de los principios de la práctica basada en la evidencia. Los datos fueron recolectados a partir de múltiples fuentes. Además, se llevó a cabo una revisión de la literatura y se consultó con el personal que participaba en la aplicación del modelo de IPS en otros programas de empleo de Australia. El programa logró una puntuación de 59 de un máximo de 75 en la escala. El programa estaba operando básicamente en consonancia con los principios de la práctica basada en la evidencia y tuvo un margen considerable para un mayor desarrollo. Cuestiones derivadas de la evaluación, las zonas de aplicación, la literatura subyacente, y las implicaciones para la terapia ocupacional se destacan.

Dreher KC, et al, 2010 Describe el desarrollo y evaluación psicométrica de la IPS-Q. La escala contiene 30 ítems de múltiple respuesta diseñada para medir los

principios del IPS. La muestra total fue de 201 participantes. En el grupo de IPS, 123 y en el grupo control 78. La muestra final fue de 166, con 107 en el grupo IPS (21 supervisores, y 86 trabajadores vocacionales) y 59 en el no IPS. (21 supervisores y 38 trabajadores vocacionales). El objetivo era determinar si la escala IPS Q discriminaba entre los participantes de IPS y los programas que no eran IPS. Se encontraron resultados significativos para el tipo de programa (IPS vs no IPS; $F(1,160)=133,18$ $p<0.001$ y para la posición profesional (supervisor vs profesional vocacional $F(1,160)=13,33$ $p<0.001$). Los participantes del programa IPS tenían una media de 23,40($SD=4,68$) en la escala de IPS Q, mientras que los participantes del programa no IPS tenían una puntuación media de 14,80($SD=5,49$). Calificaciones por ocho expertos IPS apoyó su validez de contenido. Para examinar las propiedades psicométricas de la IPS-Q, 107 profesionales de alta fidelidad, los programas de IPS y 59 profesionales de los no-IPS programas de formación profesional se les administró el IPS-Q a través de una herramienta de encuestas basadas en la Web a medida muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,89) y un nivel de dificultad que corresponda a la típica de las pruebas de trabajo del conocimiento.

El IPS-Q no se correlacionó con las variables demográficas que se consideraban ajenas al conocimiento de la IPS y se correlacionó con una percepción de familiaridad de empleo con apoyo.

Sin embargo, contrariamente a nuestra hipótesis, la prueba no se correlacionó significativamente con el empleo de apoyo. Además los programas de IPS puntuaron significativamente más alto cuando los profesionales daban alta fidelidad.

El IPS-Q es una medida válida de conocimiento IPS y puede resultar útil para la evaluación, la investigación y la formación. Los profesionales asumen a veces que entienden un modelo de programa, cuando en realidad tienen un concepto erróneo.

En conclusión podríamos decir que 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.

Los resultados de los estudios publicados sobre el modelo IPS, 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.

Las diferencias significativas de resultados vocacionales entre la estrategia IPS en comparación con 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 (Mueser, 2004); 5) sintomatología; 6) a los estilos de búsqueda del empleo activo versus pasivo (Alverson et al., 2006); 7) la integración vs 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, 2005); 12) la forma de reclutar a los participantes en el estudio (Lehman, 2002; Latimer, 2006); 13) presencia de programas de apoyo de acuerdo a las necesidades globales de los usuarios (Mueser, 2004).

Sería deseable extender y poder generalizar estos hallazgos a países que tienen economías menos dinámicas, diferentes 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, 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. Burns et al, en 2007 encontraron que a diferencia de EEUU, en Europa si afectó en contexto socioeconómico a la efectividad del IPS. Informaron que donde el IPS tuvo más éxito fue en los dos lugares donde la tasa de desempleo local era más baja que la tasa nacional. Los trabajadores del IPS parecían más capaces de encontrar empleo para las personas con TMG en puestos de baja cualificación en los contextos donde la economía era floreciente.

En cuanto a los resultados vocacionales, la conclusión general a partir de estudios controlados es que los servicios de IPS por sí solos tienen poco impacto directo, positivo o negativo, sobre los resultados no vocacionales, incluyendo los síntomas psiquiátricos, calidad de vida, funcionamiento social y la autoestima. Una hipótesis más refinada, sin embargo, ha recibido cierto apoyo. En concreto, se ha formulado la hipótesis de que el impacto de IPS en resultados no vocacionales está mediado por mantener un trabajo competitivo.

Los análisis secundarios, de 4 IPS con ensayos controlados examinó el impacto longitudinal de un empleo competitivo en los resultados no vocacionales sin un

diseño longitudinal (Bond, Resnick et al;., 2001 et. al Burns, 2009; Kukla, 2009; Mueser et al., 1997). Estos estudios fueron diseños observacionales, pero cada uno trató de controlar las características iniciales para descartar las diferencias iniciales (es decir, los sesgos de selección). En general, estos estudios sugieren que un período significativo de un empleo competitivo se asocia con una mejora en el tiempo en control de los síntomas, calidad de vida, autoestima, y el funcionamiento social en comparación, al grupo que no trabajaba. En otras palabras, los "efectos secundarios" de un empleo competitivo son más positivos que negativos.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer y analizar los resultados vocacionales y no vocacionales en las personas con trastorno mental severo mediante el modelo IPS en la isla de Tenerife.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Comparar el impacto de los resultados vocacionales del IPS en Tenerife con los estudios controlados aleatorizados desarrollados en Europa y América.
- Comparar los resultados de empleabilidad en las personas con TMG con las tasas de empleo de la población general.
- Aplicar los criterios de fidelización del modelo IPS a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo de la isla de Tenerife.

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- Los resultados vocacionales del modelo IPS desarrollado en Tenerife serán similares a los encontrados en Europa y América.
- El modelo IPS será más efectivo en conseguir empleos ordinarios que las estrategias tradicionales.
- Los criterios de fidelización del modelo IPS pueden no guardar relación con los resultados vocacionales.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 MUESTRA

La población total de la isla de Tenerife abarca 906.854 habitantes. Nuestra muestra de estudio fue seleccionada de las diferentes regiones de la isla y está formada por personas con edades comprendidas entre los 18 y 60 años con Trastorno Mental Grave, principalmente con diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar.

El tamaño de la muestra vino determinado por el número total de sujetos que se derivaron desde los Equipos Comunitarios de salud Mental a los Equipos de empleo durante el periodo entre Enero de 2004 y Diciembre de 2010.

5.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los participantes fueron evaluados a su llegada a los Equipos de Empleo, siendo elegidos para entrar en el recurso si cumplían con los siguientes criterios de selección:

- Tener discapacidad por trastorno mental de larga duración
- No encontrarse en fase aguda de la enfermedad.
- Manifestar deseo de empleabilidad y motivación para su logro.
- Tener Calificación de minusvalía vigente o en tramitación.
- Compromiso de la persona, y en su caso de la familia, de colaborar en su proceso de integración en el empleo.

De un total de 685 personas derivadas de los Servicios de salud Mental, 476 cumplieron con los criterios de inclusión. Posteriormente, 138 personas decidieron no participar y 338 personas aceptaron participar en los equipos durante el proceso de empleabilidad.

De las 338 personas se selecciona el grupo de trabajo con Apoyo individualizado al empleo y el Grupo control.

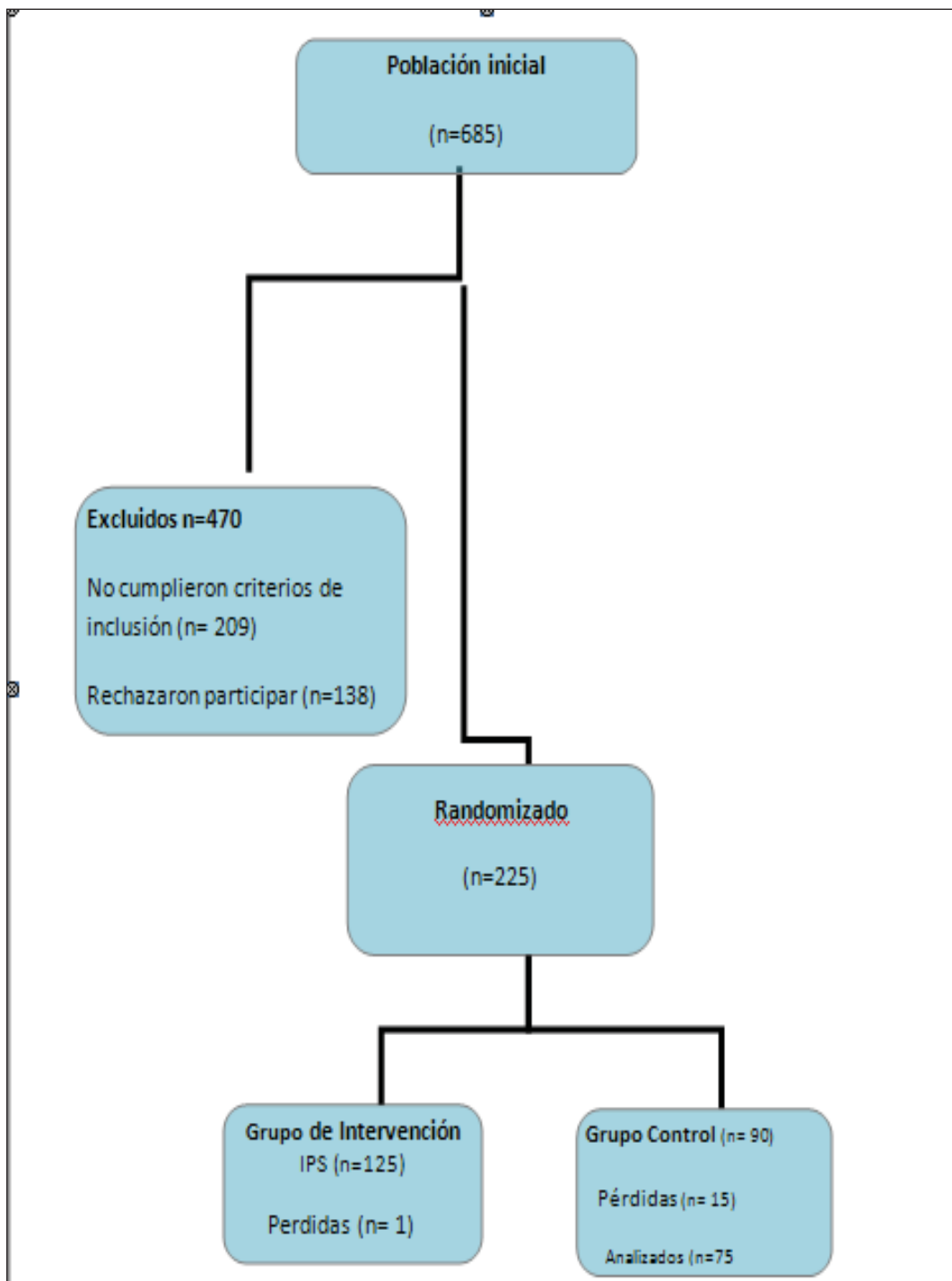
Grupo con Apoyo Individualizado al Empleo

De las 338 personas, se seleccionó de forma aleatoria a 124 personas para que entraran a realizar un estudio y seguimiento con apoyo individualizado al empleo (25 por equipo/zona excepto en una de las zonas que se escoge 24 por no disponer de más candidatos para el estudio) analizando todo su recorrido laboral desde que llegaron al recurso así como un seguimiento exhaustivo por parte del técnico de todo el proceso de búsqueda de empleo (antes, durante y después).

Grupo Control:

Por otro lado, se seleccionó una muestra de 75 personas de las 214 personas restantes, como grupo control, para analizar toda su información laboral durante los 7 años sin el apoyo individualizado al empleo, sino mediante otras agencias o servicios de empleo.

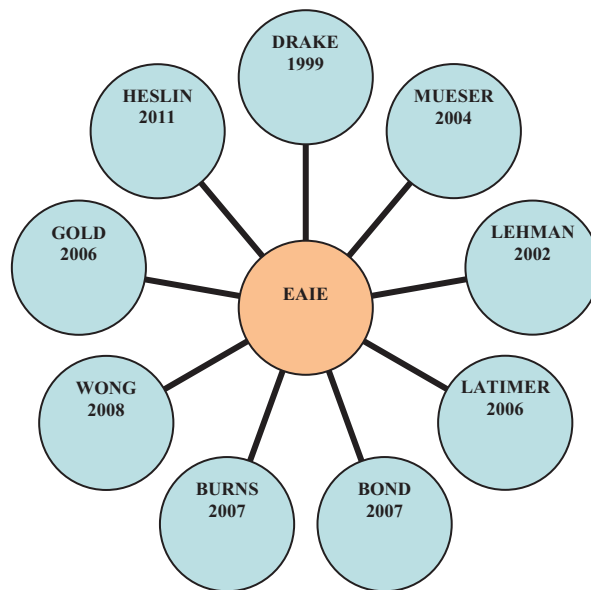
Figura 2. Diagrama con la composición de los grupos



Grupo de Comparación de los resultados de IPS de Tenerife con los resultados de otros países:

Para la comparación de los resultados de los del IPS de Tenerife con los de otros países, se seleccionaron un total de nueve estudios. Seis estudios estaban realizados en EEUU (cinco presentando los datos con medias y desviaciones típicas y uno con medianas y percentiles), dos estudios eran europeos (uno presentando los datos con medias y desviaciones típicas y otro con medianas) y un último, era asiático (presentando los datos en medias y desviaciones típicas).

Figura 3: Estudios IPS



Autoevaluación de los Equipos: Se realizó la autoevaluación con la información de los cinco equipos de apoyo Individualizado al empleo.

5.3.- VARIABLES

El estudio de estas variables se realiza de acuerdo a la literatura científica consultada para así facilitar las comparaciones posteriores con otros estudios.

A continuación se detallan las variables en función de los grupos objeto de estudio:

5.3.1.- Grupo de Apoyo Individualizado al empleo:

Variables vocacionales

1. **Tiempo para conseguir el primer empleo:** Se analizó el número de días que tarda una persona en conseguir un empleo desde que llega a los Equipos.
2. **Permanencia en los Equipos:** Se analizó los años que permanecen las personas en los EAIE.
3. **Número total/año de contratos.** Se analizó el número de contratos que tuvo cada persona.
4. **Meses totales trabajados.** Se analizó los meses trabajados totales por persona.
5. **Tipo de contratos:** se analizó en meses la duración del contrato.
6. **Motivo de no finalización de los contratos:** se analizaron los principales motivos por los que una persona no finalizaba el contrato establecido.
7. **Meses trabajados por año.** Se analizaron los meses trabajados al año por contrato y persona durante los años de estudio.

8. **Jornada laboral:** Se analizó la media de horas trabajadas en cualquier trabajo realizado desde 2004-2010.
9. **Salario/hora.** Se calculó cuanto salario recibía cada persona por una hora de trabajo.
10. **Cuantía de las pensiones:** se analizó la media en euros que cobran las personas por las pensiones públicas.

En cuanto a las **variables no vocacionales** se analizó una única variable en ambos grupos.

- 1.-**Número de ingresos hospitalarios.** Se analizó en el caso de ingresos por recaída en el hospital, los días que estuvo desde que entró hasta que le dieron el alta.

5.3.2.- Comparativa Grupo IPS- grupo Control:

En cuanto a las **variables vocacionales**, se han analizando el número de empleos totales, los meses totales trabajados, las horas medias trabajadas, el salario medio, las horas totales trabajadas, el salario/hora, las horas trabajadas por año, las semanas trabajadas por año y los meses trabajados anualmente.

1. **Número total de contratos.** Se analizó cuantos trabajos consiguieron por persona en cada grupo.
2. **Meses totales trabajados.** Se analizó los meses trabajados totales por persona.

3. **Horas medias trabajadas.** Se analizó la media de horas trabajadas en cualquier trabajo realizado desde 2004-2010.
4. **Salario medio.** Se realizó un promedio del salario que recibía mensualmente cada persona.
5. **Horas totales trabajadas.** Se analizó todas las horas trabajadas en cualquier empleo realizado durante los siete años.
6. **Salario/hora.** Se calculó cuanto salario recibía cada persona por una hora de trabajo.
7. **Semanas trabajadas por año.** Se analizó las semanas trabajadas anualmente por contrato y persona durante los años de estudio.
8. **Meses trabajados por año.** Se analizó los meses trabajados al año por contrato y persona durante los años de estudio.

En cuanto a las **variables no vocacionales**:

1. **Número de ingresos hospitalarios.** Se analizó en el caso de ingresos por recaída en el hospital, los días que estuvo desde que entró hasta que le dieron el alta.

5.3.3.- Comparativa grupo IPS con otros estudios:

Los datos analizados fueron los siguientes:

1.-Horas trabajadas. Se analizó las horas que trabajan de media anualmente. En el caso del estudio de Heslin 2011 las horas estaban semanalmente.

2.- Semanas trabajadas. Se analizó la media de semanas que trabajaban al año. Si el estudio era de 2 años o más, se convertía la información a un único año. Las desviaciones típicas también fueron transformadas a un año.

3.-Días hasta conseguir el primer empleo. Se analizó el tiempo que transcurrió entre los días que entró en el programa hasta que consiguió un empleo. En el caso del estudio de Gold 2006 en vez de días eran semanas hasta primer empleo.

4.-Salario por hora. Se pasó toda la información que disponíamos sobre los sueldos que percibían a salario/hora. En el caso de que en los estudios se presentaran datos anuales se dividió esta información por el número de meses y después por el número de horas trabajadas. Nuestros datos fueron convertidos de euros a dólares para poder hacer las comparaciones.

5.-Empleo más largo. Se calculó las semanas en el empleo más largo que hubieran tenido en un año para comparar con un estudio de doce meses de Latimer 2006 y el empleo más largo en dos años para comparar con otros estudios que daban el dato en dos años. (Gold 2006, Lehman 2002, Bond 2007 y

Mueser 2007) .En el caso de un año se seleccionó la duración del empleo más largo en el 2010 y para dos años, los del 2009-2010.

6.-Permanencia. Se calculó para los diferentes empleos que una persona tiene al año, cuantas semanas trabajó en cada uno de ellos y se hizo el promedio. Por ejemplo si una persona ha trabajado tres trabajos al año , la permanencia quedaría definida por el promedio de semanas de estos trabajos y no por la suma de las mismas.

5.3.4.- Variables de la autoevaluación de los Equipos de Empleo

Para realizar la autoevaluación de los Equipos se analizaron las siguientes variables

1. **Dotación de personal,** tamaño de casos, planificación y servicios generales
2. **Organización** Integración de la rehabilitación con el tratamiento, Unidad de Formación Profesional y Criterios de exclusión
3. **Servicios.** Trabajo de evaluación, búsqueda rápida de trabajo, búsqueda de trabajo individualizado, la diversidad de puestos, la permanencia de puestos, las transiciones de los puestos, seguimiento, servicios comunitarios y participación asertiva y divulgación).

5.4.- INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Para la recogida de información sobre las variables de empleo se utiliza una traducción al castellano de la escala Vocational Update Form, (Drake, R. E et al ,1996). La escala original fue adaptada a nuestro contexto sociocultural ya que se detectaron ítems que no eran pertinentes en nuestro medio. Es cumplimentada en entrevistas semi-estructuradas mantenidas con las personas seleccionadas y sus familiares y se recogen los siguientes aspectos: Datos Personales, expectativas laborales, conciencia de enfermedad, manejo y previsión de crisis, adherencia y actitud hacia el tratamiento, apoyo familiar, habilidades interpersonales, habilidades laborales, habilidades de la vida cotidiana y autonomía, responsabilidad y otros datos de interés.

Para la autoevaluación de los equipos se utilizó la Escala de Fidelidad del Empleo con Apoyo (Supported Employment Fidelity Scale) (Bond, Becker, Drake, y Vogler, 1997). Este instrumento es específico para valoración de la fidelización de los EAIE a sus principios operativos.

El instrumento de evaluación está compuesto por 15 ítems y se divide en dos partes.

En la primera parte se encuentra una entrevista con preguntas de implementación basadas en los mismos aspectos que la escala: Dotación de personal, Organización y Servicios. Dentro de la dotación del personal se

encontrarían tres variables (tamaño de casos, planificación y servicios generales), dentro de la organización se encontraría otros tres ingredientes (Integración de la rehabilitación con el tratamiento, Unidad de Formación Profesional y Criterios de exclusión) y en servicios nueve subtipos (Trabajo de evaluación, búsqueda rápida de trabajo, búsqueda de trabajo individualizado, la diversidad de puestos, la permanencia de puestos, las transiciones de los puestos, seguimiento, servicios comunitarios y participación asertiva y divulgación).

La segunda parte de la evaluación se basa en una escala que consta de tres partes, como se dijo anteriormente, con la misma división que en el caso de las preguntas de implementación (dotación personal, organización y servicios). La puntuación de la escala va desde uno a cinco. Una puntuación final alta significaría una mejor implementación del equipo.

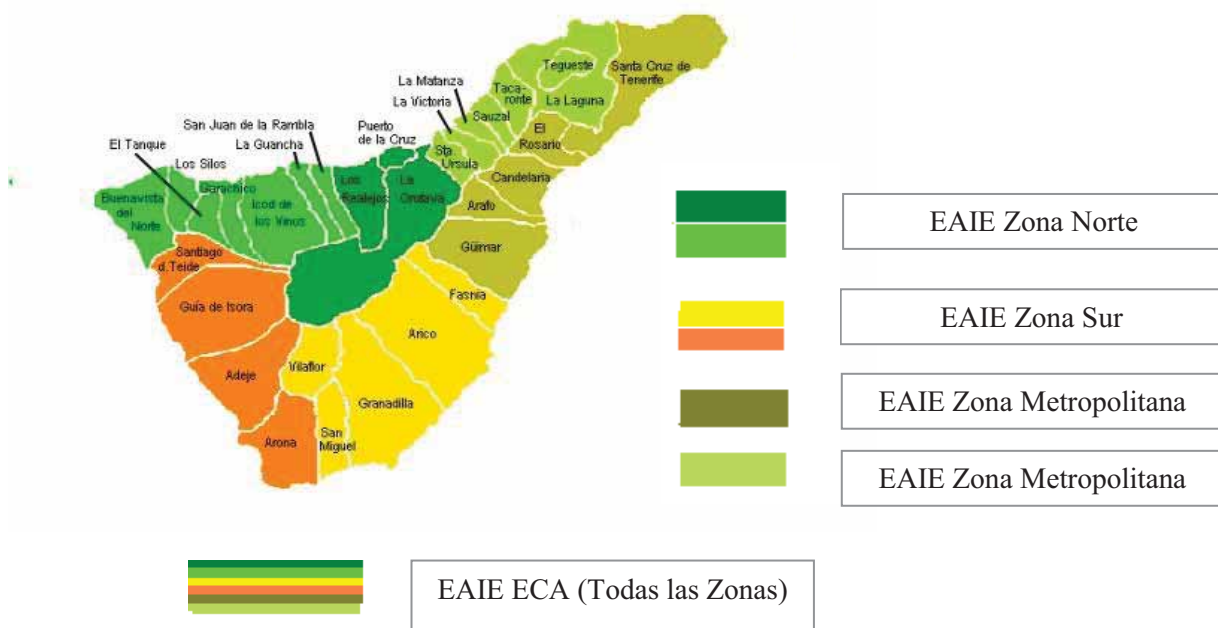
5.5.- PROCEDIMIENTO

Equipos de Apoyo Individualizado al empleo

El acceso a los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (E.A.I.E.) se inicia previa indicación del psiquiatra responsable del seguimiento terapéutico de la persona mediante el envío del Documento Integral de Derivación. (Doc1) (Ver anexo 9)

Los equipos están formados por Técnicos de Empleo, licenciados en Psicología con formación específica en salud mental y se distribuyeron por las distintas zonas geográficas de la isla. Las cinco zonas delimitadas en la isla de Tenerife (figura 4.) son las siguientes:

Figura 4. Áreas de actuación de los EIAE, USM y ECA



Según indica la literatura científica revisada, a efectos de la inserción laboral y un adecuado apoyo y seguimiento, la ratio no puede superar los veinticinco usuarios por técnico de empleo.

Con el objetivo de facilitar la estructura y el entendimiento del proceso de las personas derivadas, se establecen 4 categorías que definen los diferentes estados en los que se puede encontrar una vez han sido valoradas.

Tabla 7. Situación en la que se pueden encontrar las personas que son derivadas a los EAIE

Alta:	Persona apta para empleo que entra en el recurso.
No Inclusión	Persona no apta para empleo y derivada a otro recurso.
Baja	Persona que han entrado en el recurso y ya no está.
Espera a empleo	Persona incluida en el equipo que espera un empleo

Los técnicos de los EAIE realizan la valoración completa en 3 ó 4 sesiones (véase anexo 8), mediante entrevistas semi-estructuradas donde se valoran aspectos motivacionales, la experiencia laboral previa, formación, aspectos clínicos generales.

Concluidas las valoraciones, los resultados obtenidos pueden ser que la persona pase a formar parte de los equipos de empleo, o bien, por no reunir los criterios operativos de empleabilidad, es remitido a otros recursos del ámbito ocupacional y laboral mas adecuado para mejorar las dificultades para la empleabilidad.

Con aquellas personas que son incluidas en los Equipos, los técnicos comienzan la búsqueda rápida de empleo según las preferencias del usuario en empresas ordinarias. Conseguida la oferta de empleo, se hace un análisis del puesto de trabajo para, posteriormente, acompañar al candidato a la entrevista.

Una vez la persona se incorpora a empleo, el técnico realiza un acompañamiento inicial mas intenso y posteriormente un seguimiento continuado en el tiempo (telefónico/presencial) con el usuario, la familia y la

empresa, así como con los Equipos Comunitarios de Salud Mental correspondiente.

Paralelamente, se realiza un trabajo de Información y concienciación de las medidas alternativas a la contratación de personas con discapacidad, de las ventajas de contratar a una persona con discapacidad y de las capacidades de las mismas y de los servicios prestado por los equipos.

A continuación se detalla en profundidad las acciones que se desarrollan los Equipos:

- Realización de entrevistas de orientación y asesoramiento a los usuarios/as,
- Valoración de los usuarios que cumplen el perfil para el EAIE
- Registro de los datos obtenidos en la base de datos informatizada específica para el EAIE.
- Elaboración de informes de alta, baja y no inclusión en el recurso
- Reuniones mensuales con las los Equipos Comunitarios De Salud Mental
- Reuniones semanales de coordinación de los Equipos
- Información y asesoramiento sobre ofertas de empleo, adecuadas al perfil de los usuarios/as.

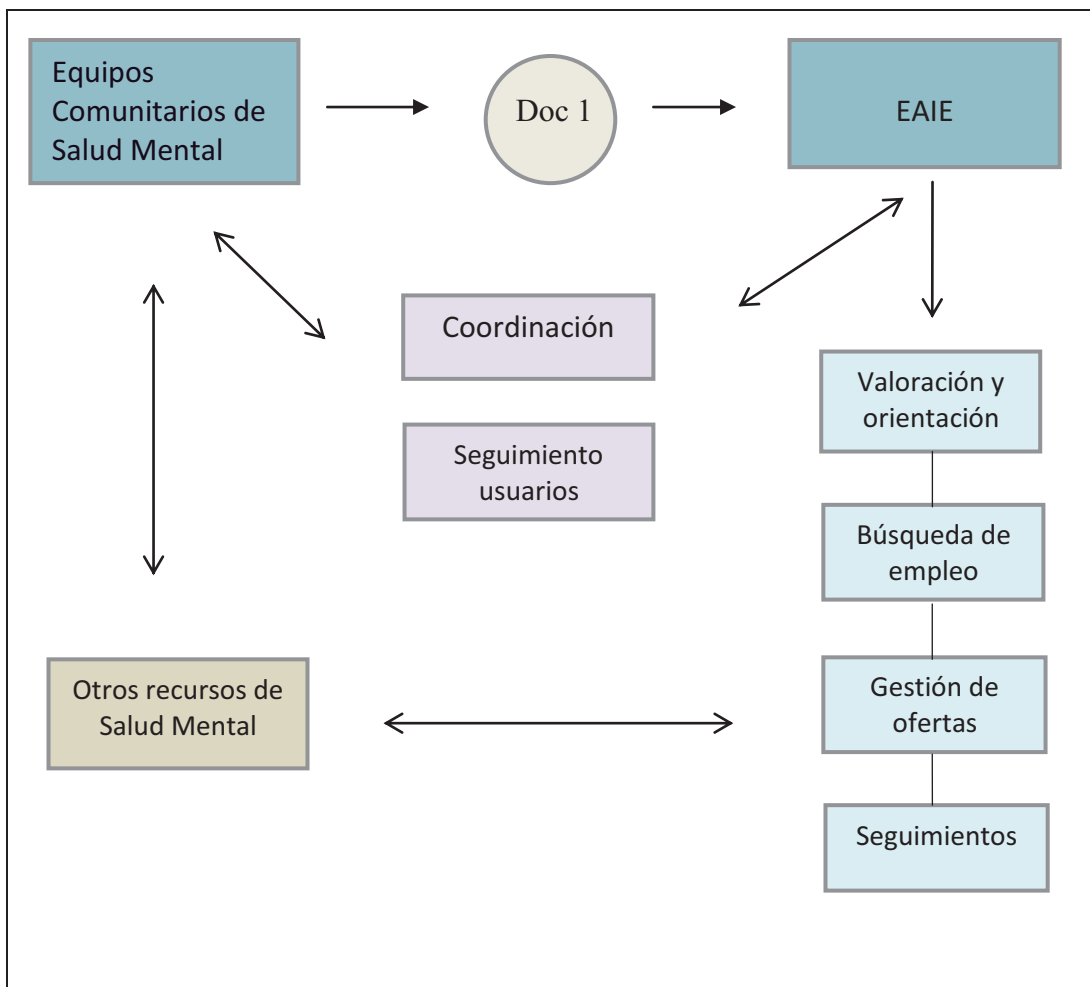
- Visitas a empresas para buscar ofertas de empleo según las preferencias de los usuarios y su perfil.
- Seguimiento con el usuario fuera de su puesto de trabajo
- Gestión de ofertas de empleo y continuación de todo el proceso de selección.

Este proceso abarca las siguientes tareas:

- Reuniones con empresarios/as y cumplimentación del soliper y la ficha de análisis del puesto.
- Búsqueda de candidatos de la base de datos informatizada y elaboración del listado de aquellos que cumplen el perfil del puesto solicitado.
- Adaptación de entrevistas de selección en función del perfil del trabajador solicitado por la empresa.
- Contacto telefónico, con todos/as los/as usuarios/as preseleccionados/as.
- Realización de entrevistas a aquellos/as usuarios/as que cumpliendo el perfil se muestran interesados/as en el puesto ofertado.

- Elaboración de informe de candidatos/as, para la empresa, e informes de selección.
- Concertar una entrevista entre la empresa y los /as candidatos/as seleccionados/as. Si es necesario acompañamiento a dicha entrevista.

Figura 5: Itinerario de Empleo. EAIE



Las escalas de fidelidad evalúan el nivel o grado de aplicación de una Práctica Basada en la Evidencia, es decir, nos informan de en qué medida nuestro procedimiento cumple los requisitos de aquella.

Con el objetivo de evaluar nuestro propio trabajo, se utilizó la escala Supported Employment Fidelity Scale (Bond, Becker, Drake, y Vogler, 1997). Esta escala ha sido validada y se utiliza en EE.UU y a nivel internacional (Bond, Drake & Becker, en preparación) para evaluar la adhesión al modelo de programa IPS.

Se hizo una traducción al castellano de la escala y de las preguntas de implementación.

La escala se administró en un momento de cambio en el equipo y fue administrada por una persona que no trabajaba en los equipos hasta entonces y que asumía la coordinación con esta primera tarea. Todas las preguntas fueron contestadas por todos los técnicos de empleo, algunas de las preguntas de implementación por algunos usuarios que fueron elegidos aleatoriamente, uno por cada zona (santa cruz, la laguna, sur y norte). Las preguntas tanto a los usuarios como a los empresarios estaban relacionadas con las preguntas de la escala. Se les preguntaba por el tiempo que llevaban en el empleo, el funcionamiento en la empresa, cuánto tiempo habían tardado en conseguir empleo, cada cuanto tiempo solía el técnico de empleo realizar seguimientos, etc. Además se utilizó información dada por profesionales de las empresas para completar la evaluación

5.6.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron analizados utilizando el programa SPSS 19.0. Se realizó una estadística descriptiva de las variables de estudio como de variables demográficas, proporcionando tablas de frecuencia y gráficos. La comparación del grupo tratado y el grupo control se realizó a través de estadística no paramétrica utilizando la U de Mann-Whitney, aportando en la estadística descriptiva los valores de la mediana (Me), así como el intervalo intercuartil (IGR), esto es, el percentil 25 y 75. Utilizamos estadística no paramétrica porque las variables de estudio tienen una distribución diferente de la distribución normal. (Campana de Gaus). Por ejemplo existen personas que en un año trabajan pocos meses, otro grupo de personas que trabaja un número medio de meses y otro grupo importante que trabaja prácticamente todo el año, presentando de esta forma distribuciones asimétricas.

Si bien las variables de estudio obligan a la utilización de estadística no paramétrica, también se ha incluido estadísticas paramétricas (medias y desviaciones típicas) para poder comparar nuestros resultados con los estudios consultados en la literatura. Utilizamos la T de Student con la corrección de número de comparaciones del método de Bonferroni. La comparación de las variables categóricas se realizó utilizando el test de la Chi-cuadrado.

Para todos los contrastes se indicó el p-valor, considerando que el test es significativo cuando es inferior a un nivel de significación, α de 5% (0,05). Esto

es que si p-valor es inferior a 0, 05 indicaremos que existen diferencias entre los grupos contrastados.

Para el análisis de los datos se construyeron tres ficheros diferentes a partir de la base de datos inicial.

Un fichero con la información **por contratos**. Aquí se detalla la siguiente información:

- Duración de los contratos
- Las personas que tiene contrato
- Días que duró el contrato
- Tipo de contrato.

Otro fichero con información **por persona**:

- Características socio demográficas.
- Nº de contratos de cada persona en el periodo de estudio.
- Permanencia en los Equipos.
- Nº de ingresos hospitalarios
- Días hasta el primer empleo.
- Cuantía de las pensiones.
- Total de meses y días trabajados.
- Empleo más largo.
- Salario medio por hora.

Un último fichero con la información **por persona y año:** que nos dará información de una persona concreta y un determinado año.

- Nº de contratos en el año.
- Días, semanas y meses trabajados al año.
- Horas trabajadas a la semana.
- Salario hora, mes y año.

Las medias se calculan de forma ponderada con la información de los contratos.

La construcción de las diferentes variables referidas a persona o persona-año, se realizó ponderando por las duraciones de los diferentes contratos que afectaban a dicha variable.

6. -RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados ordenados de la siguiente forma.

6.1.-Resultados vocacionales y no vocacionales del grupo de IPS.

6.2.-Comparativa de los resultados del grupo IPS con el grupo control.

6.3.-Comparativa de los resultados de grupo IPS con otros estudios.

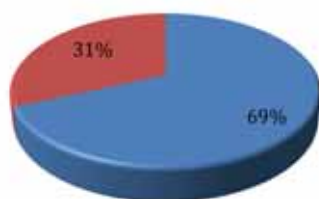
6.4.-Resultados de la autoevaluación de los Equipos.

6.1.- GRUPO DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO

6.1.1.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

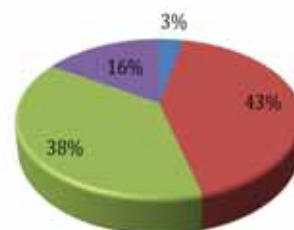
El perfil de usuario más frecuente es el de hombre soltero con edad comprendida entre 26 y 45 años.

Gráfica 1: Género



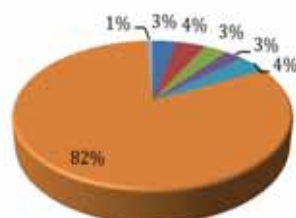
■ Hombre ■ Mujer

Gráfica 2: Edad



■ 18-25 ■ 26-35 ■ 36-45 ■ 46-55

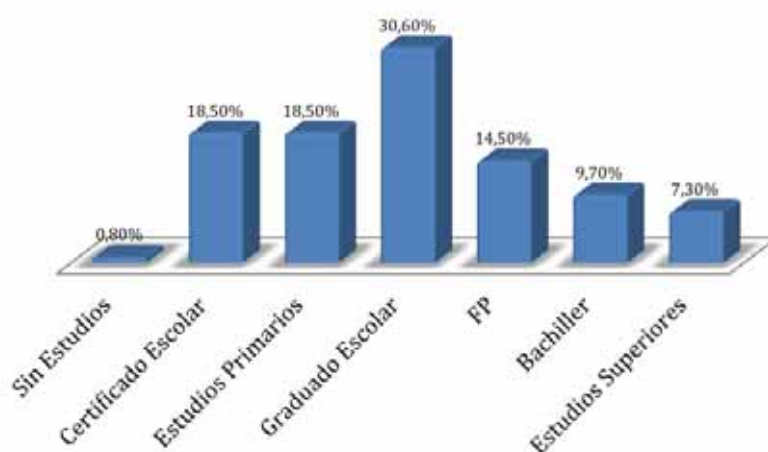
Gráfica 3: Estado Civil



■ Casado ■ Divorciado ■ Pareja con hijos
■ Pareja sin hijos ■ Separado ■ Soltero
■ viudo

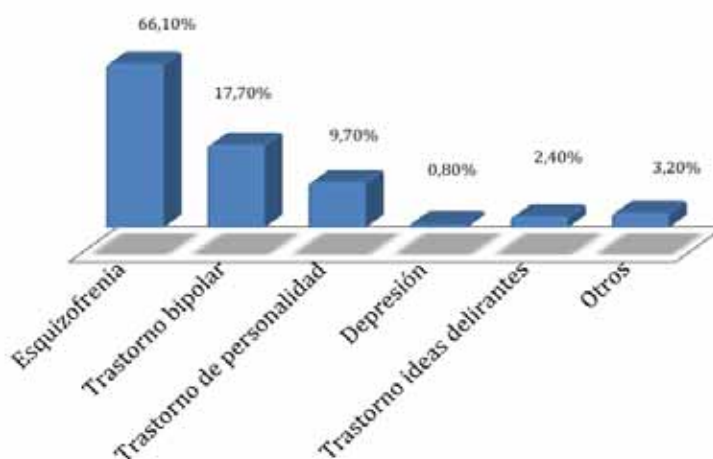
En cuanto al nivel de estudios observamos que la mayoría son personas que no han finalizado la Educación Secundaria. El 30,60 % poseen el graduado escolar y solo un 7,30 % tienen estudios superiores.

Gráfica 4: Nivel Formativo



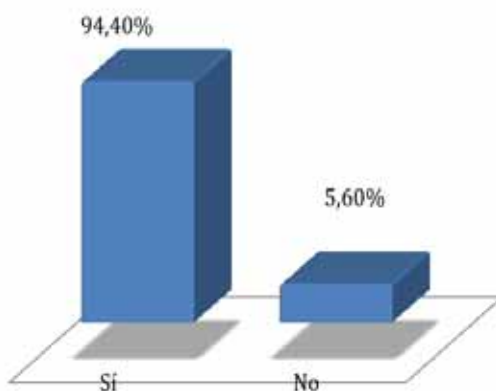
La mayoría de la muestra (66,1%) presenta un diagnóstico de Esquizofrenia. El 17,70% de Trastorno Bipolar, el 9,70 % de Trastornos de personalidad y un 2,4 % de Trastorno de ideas delirantes.

Gráfica 5: Diagnóstico



En cuanto a la experiencia laboral previa, observamos que el 94,40 % de la muestra cuenta con experiencia laboral previa a la entrada a los Equipos.

Gráfica 6: Experiencia laboral previa



6.1.2.- RESULTADOS VOCACIONALES

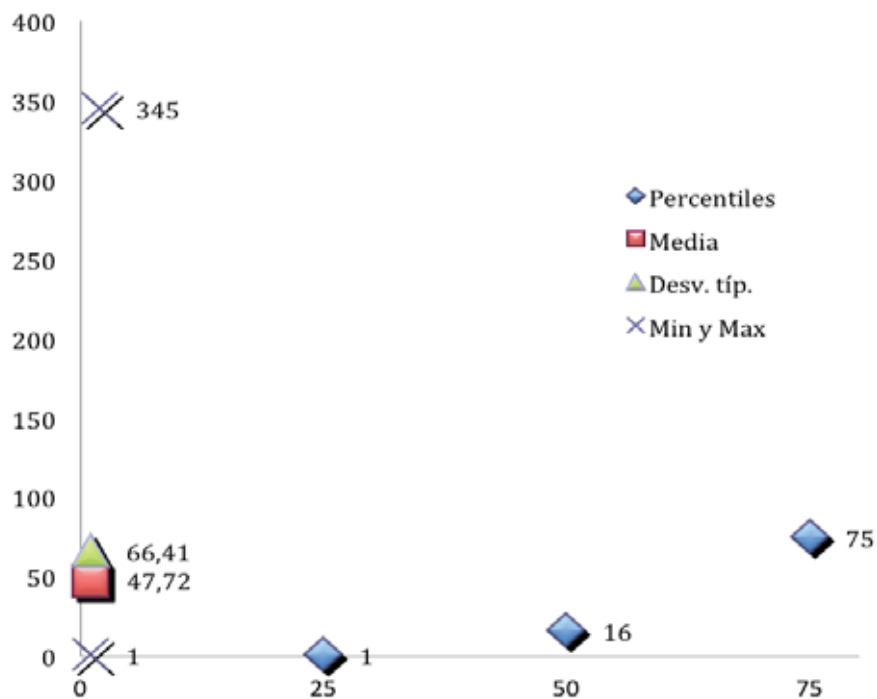
La información referente a los resultados vocacionales se presenta como totales en el período y como datos por persona y año dependiendo de la variable a analizar.

Días que tardan en conseguir el primer empleo.

El tiempo medio que tardan las personas en encontrar un empleo es de 47,72 días, si bien se ve altamente influenciado por el dato extremo de una persona que tardó 345 días, haciéndola no totalmente representativa de la tendencia central de los datos.

Analizando desde el punto de vista de estadística no paramétrica, observamos que el 25% de las personas consiguen un empleo de forma inmediata, el 50 % trabaja antes de los 16 días y únicamente un 25% de personas tarda más de 75 días.

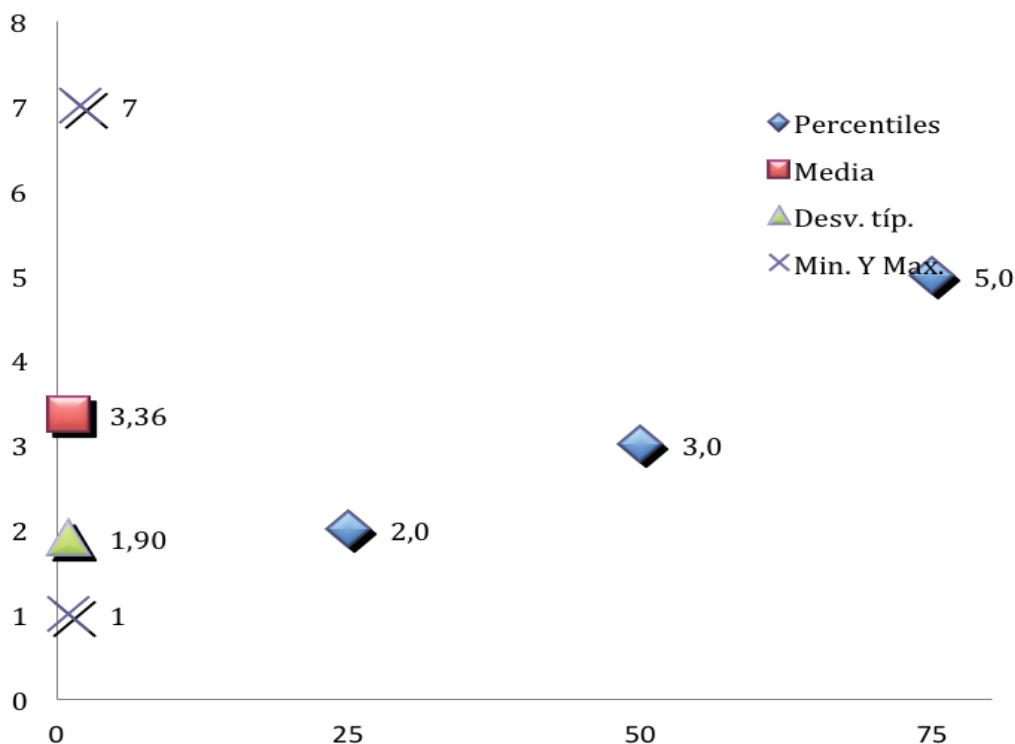
Gráfica 7: Días primer empleo



Permanencia en los EAIE

El tiempo medio de permanencia de las personas en los equipos es de 3,36 (1,901) años. El 25% estuvo menos de 2 años en el servicio, el 50% se mantuvo 3 años o más y un 25% de personas estuvo más de 5 años, siendo el tiempo mínimo de permanencia de un año y el máximo de siete.

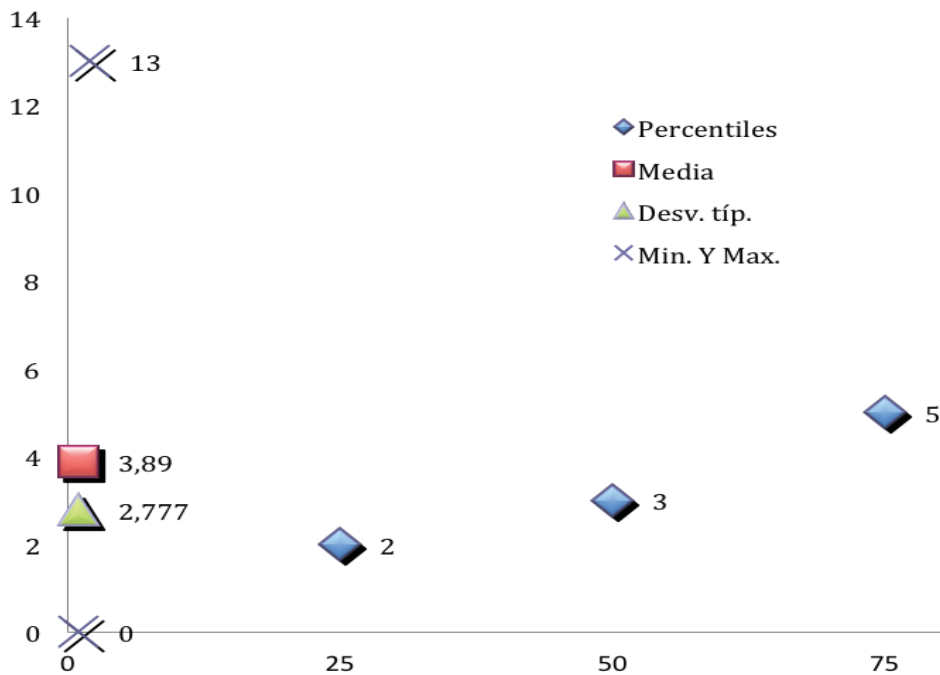
Gráfica 8: permanencia en los Equipos



Número de contratos totales por persona

Tal y como se refleja en el gráfico 9, el 25% de las personas tuvo dos o menos contratos durante el tiempo que estuvo en el servicio, el 50% tres ó más contratos, y el 25% de las personas tuvo cinco o más contratos. Siendo la media total de contratos por persona de 3,89 (2,77), con una única persona que no consiguió un contrato y el máximo de contratos por persona de 13.

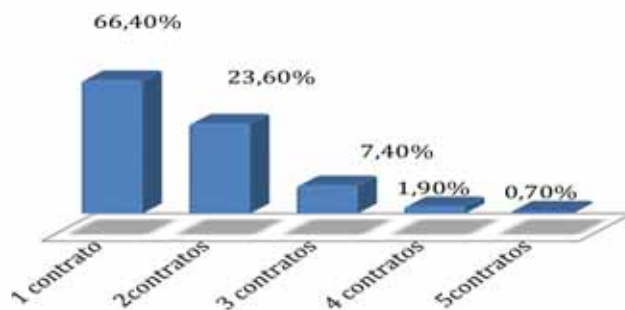
Gráfica 9: Contratos totales por persona



Número de contratos al año por persona

Analizando la información del número de contratos que tiene una persona al año, se observa que la mayoría, el 66,4%, tienen un contrato al año, el 23,5% tiene dos, el 7,40% tres contratos y no llega al 3% los que tienen más de tres.

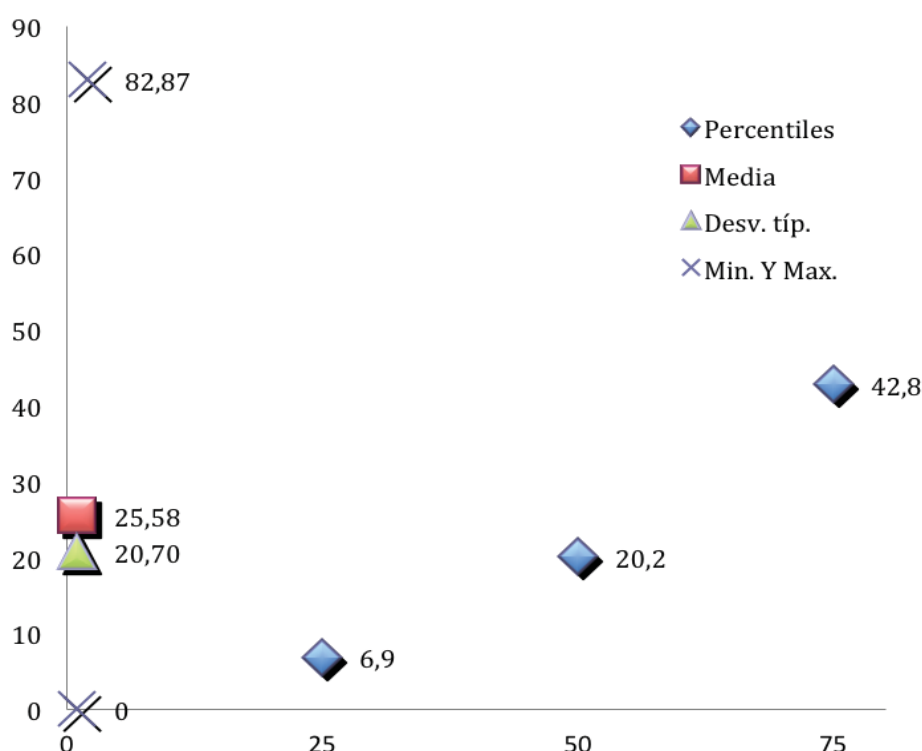
Gráfica 10: Contratos al año por persona



Duración de los contratos

La duración media de los contratos a lo largo de todo el periodo de estudio es de 25,58 (20,70) meses. El 25% de los contratos tuvieron una duración de menos de 7 meses, el 50% de más de 20 meses y un 25% fueron contratos de más de 43 meses.

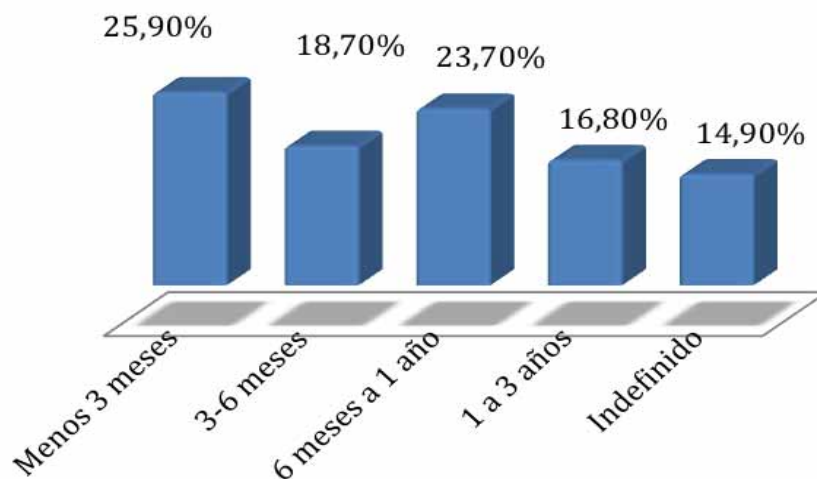
Gráfica 11: total de meses trabajados



Tipo de contratos

La mayoría de los contratos son contratos temporales, un 25,90% son contratos inferiores a 3 meses, un 42 % son contratos con una duración entre tres meses y un año, un 16,80% son contratos superiores a un año y casi un 15% fueron contratos indefinidos. (véase gráfico 12)

Gráfica 12: tipos de contratos



Motivos de no finalización de los contratos

Los principales motivos por lo que las personas no cumplen con los contratos son los siguientes: El 33% no supera el periodo de prueba, el 23% tenían expectativas no ajustadas y el 18% fueron despidos.

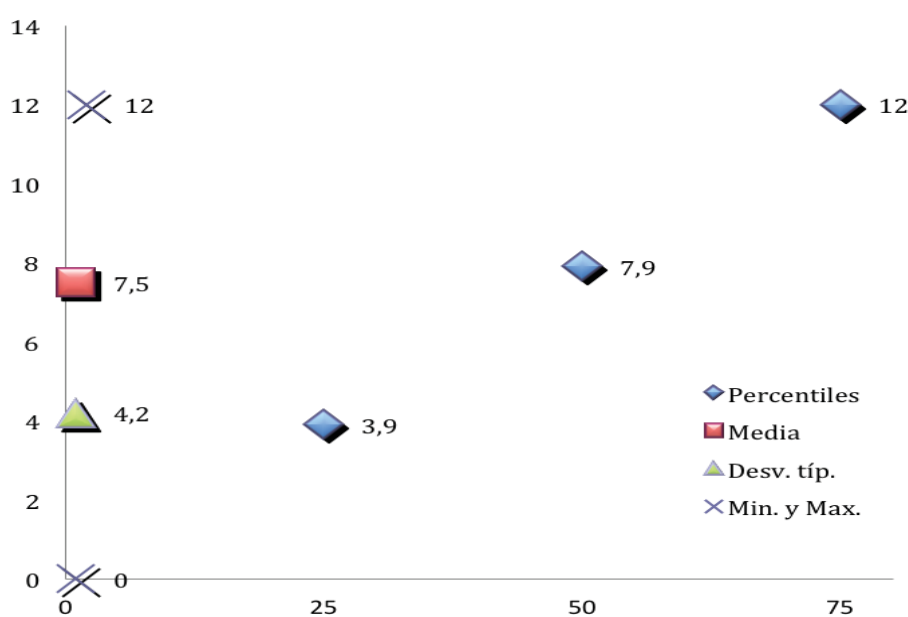
Gráfica 13: Motivos de no finalización de los contratos



Meses trabajados al año por personas

La media de meses que una persona trabaja al año es de 7,5 (4,2). El 25% de las personas trabaja menos de 4 meses al año, el 50% trabaja menos de 7,9 meses y un 25% trabaja 12 meses o más.

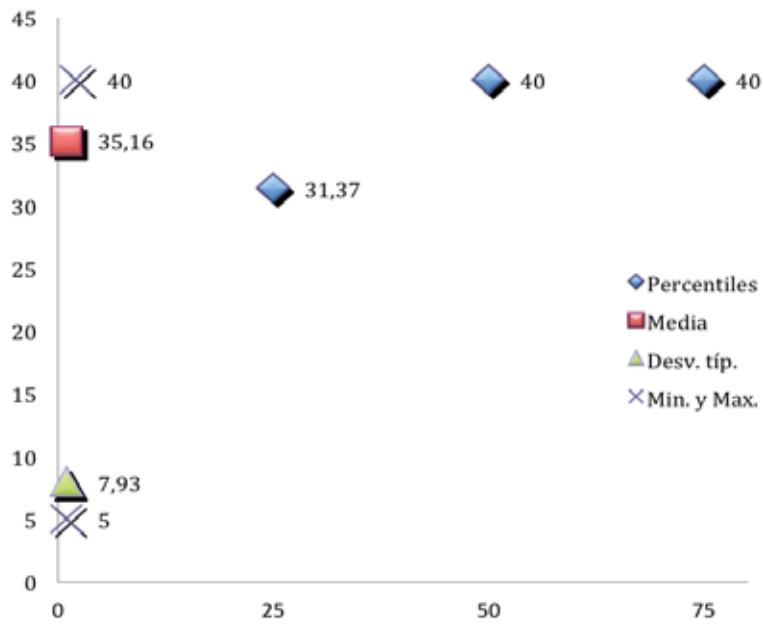
Gráfica 14: Meses trabajados al año



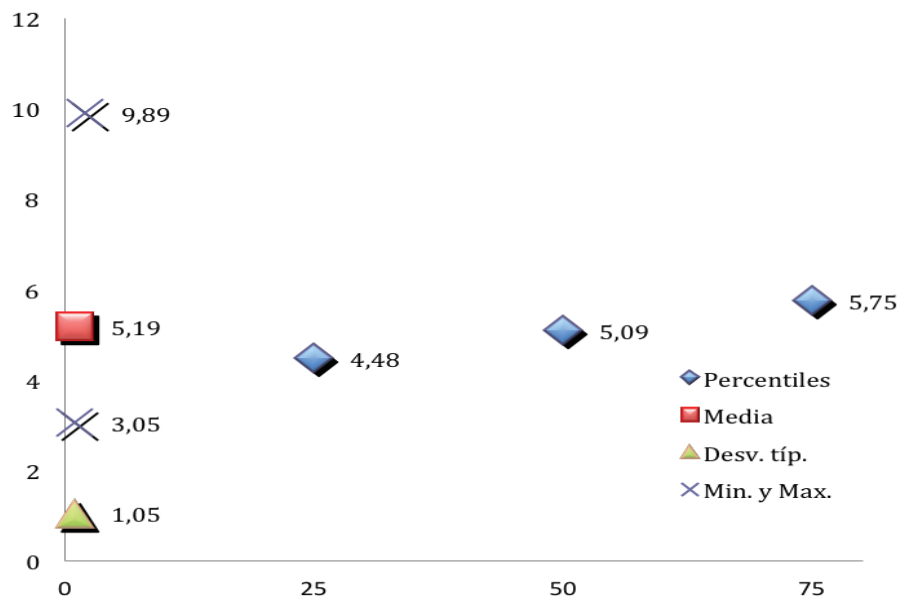
Jornada laboral y salario por hora

La jornada laboral de la mayoría de las personas fue a tiempo completo, 40 horas. El salario medio por hora fue de 5,29 € (1,53) siendo el salario mínimo de 3,05 € y el salario máximo cobrado por hora de 9,98€.

Gráfica 15: Jornada laboral



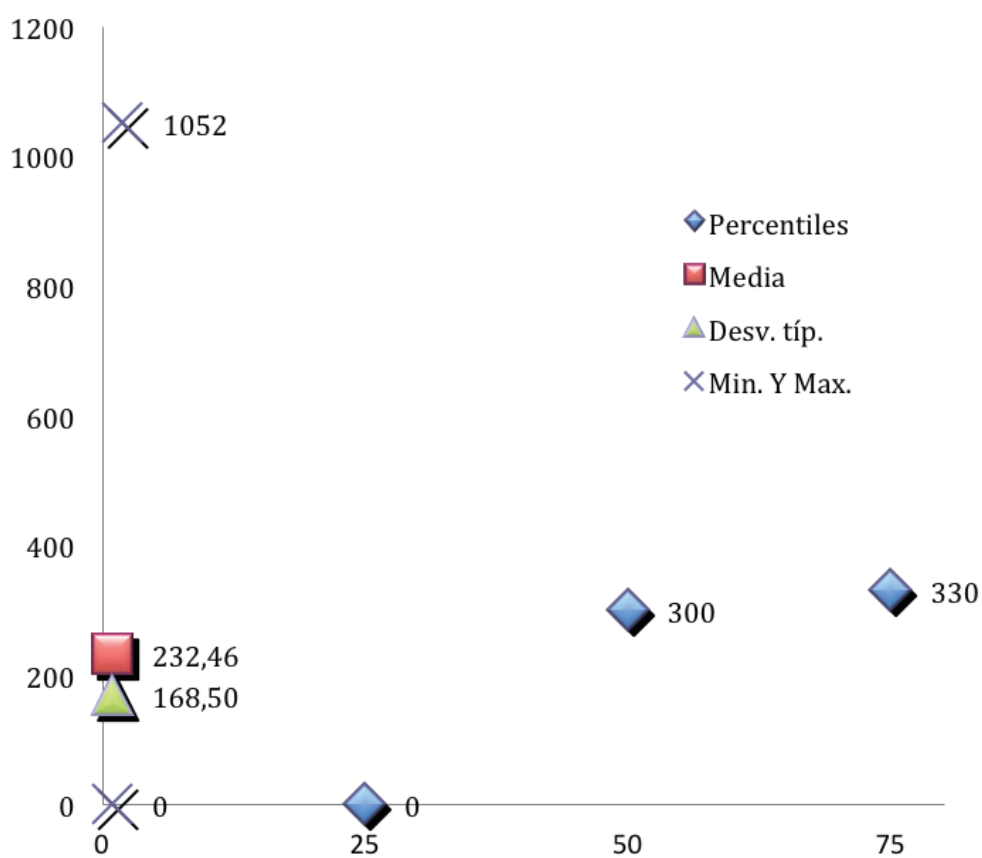
Gráfica 16: Salario por hora



Cuantía de las pensiones públicas

Las personas cobran por pensiones públicas una media de 332,46 €. El 50% cobra una pensión inferior a 300 € y un 25 % cobra pensiones de 330 € o superiores.

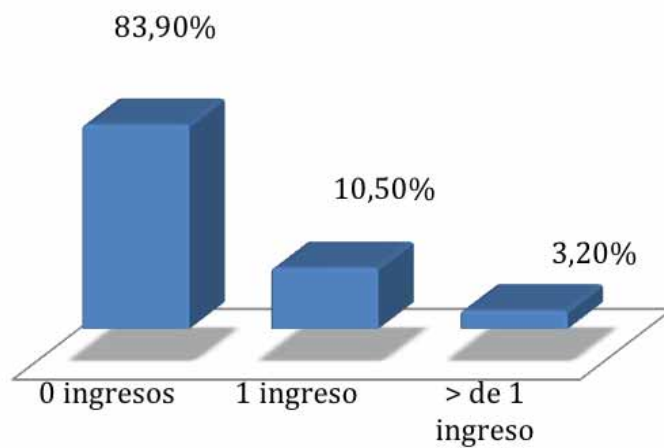
Gráfica 17: Cuantía de las pensiones



6.1.3.- RESULTADOS NO VOCACIONALES

La variable no vocacional estudiada fue el número de ingresos hospitalarios y observamos que la gran mayoría, 104 personas (83,9%,) no tuvieron ningún ingreso durante el tiempo que estuvieron en los Equipos de Empleo, 13 personas tuvieron 1 solo ingreso y 4 personas mas de uno.

Gráfica 18: Ingresos hospitalarios



6.2.- COMPARATIVA DEL GRUPO DE APOYO INDIVIDUALIZADO AL EMPLEO Y EL GRUPO CONTROL

6.2.1.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

El perfil tipo de usuario del grupo control es similar al grupo de Apoyo Individualizado al empleo. La mayoría, hombres solteros con edad comprendida entre 26 y 45 años, con diagnóstico de Esquizofrenia. La comparación de ambos grupos, control e IPS, en las variables de edad, género, estado civil, diagnóstico y educación, dieron todas no significativas, tal como refleja la tabla 1.

Tabla 8. Características comparativas de los participantes del estudio (grupo de apoyo individualizado vs control)

	IPS (n=124)	Control (n=75)	Estadístico	P Valor
Edad			$X^2(3)=2,501$	0,475
18-25	3,2	8,0		
26-35	42,8	37,3		
36-45	37,9	37,3		
>46	16,1	17,4		
Género			$X^2(1)=0,013$	1,000
Masculino	68,5	69,3		
Femenino	31,5	30,7		
Estado Civil			$X^2(3)=3,934$	0,269
Soltero	80,6	81,3		
Casado	4,8	2,7		
Divorciado/Separado/Viudo	8,8	4,0		
Con pareja	5,6	12,0		
Diagnóstico			$X^2(5)=7,096$	0,214
Esquizofrenia	66,1	57,3		
Trastorno bipolar	17,7	20,0		
Trastorno personalidad	9,7	9,3		
Depresión	0,8	0,0		
Trastorno ideas delirantes	2,4	1,3		
Otros	3,2	12,0		
Educación			$X^2(3)=5,287$	0,508
Sin estudios	0,8	17,6		
Estudios primarios	18,5	13,5		
Certificado escolar	18,5	12,2		
Graduado escolar	30,6	13,5		
Formación profesional	14,5	36,5		
Bachiller	9,7	6,8		
Universidad	7,3	0,0		

6.2.2.- RESULTADOS VOCACIONALES.

(Ver anexos 10 y 11)

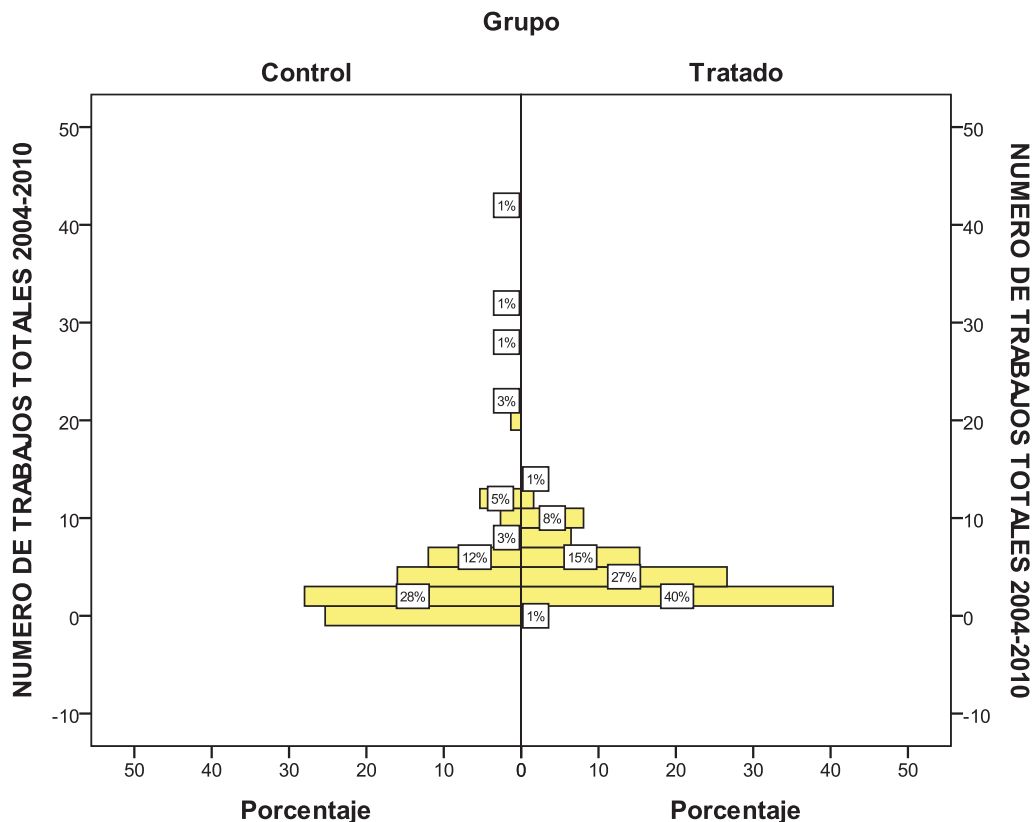
Número de contratos totales por persona

La mediana de la variable número de contratos totales por persona es superior en el grupo IPS que en el control ($p = 0,041$; $Me=3$; IGR, 2-5 vs $Me=2$; IGR, 0-6).

En el grupo IPS, todas las personas, salvo una, trabajaron en algún momento del periodo, mientras que en el grupo control hay 19 personas (25,3%), que no trabajaron en ningún momento.

Si nos fijamos en la media, sin embargo, es superior en el grupo control (4,85) que en el grupo IPS (3,89). Esto es explicable debido a la falta de simetría de dicha distribución principalmente en el grupo control, donde existen algunas pocas personas que presentan un número de contratos muy elevados con respecto a la gran mayoría, incluso con más de 30 contratos en el periodo de estudio.

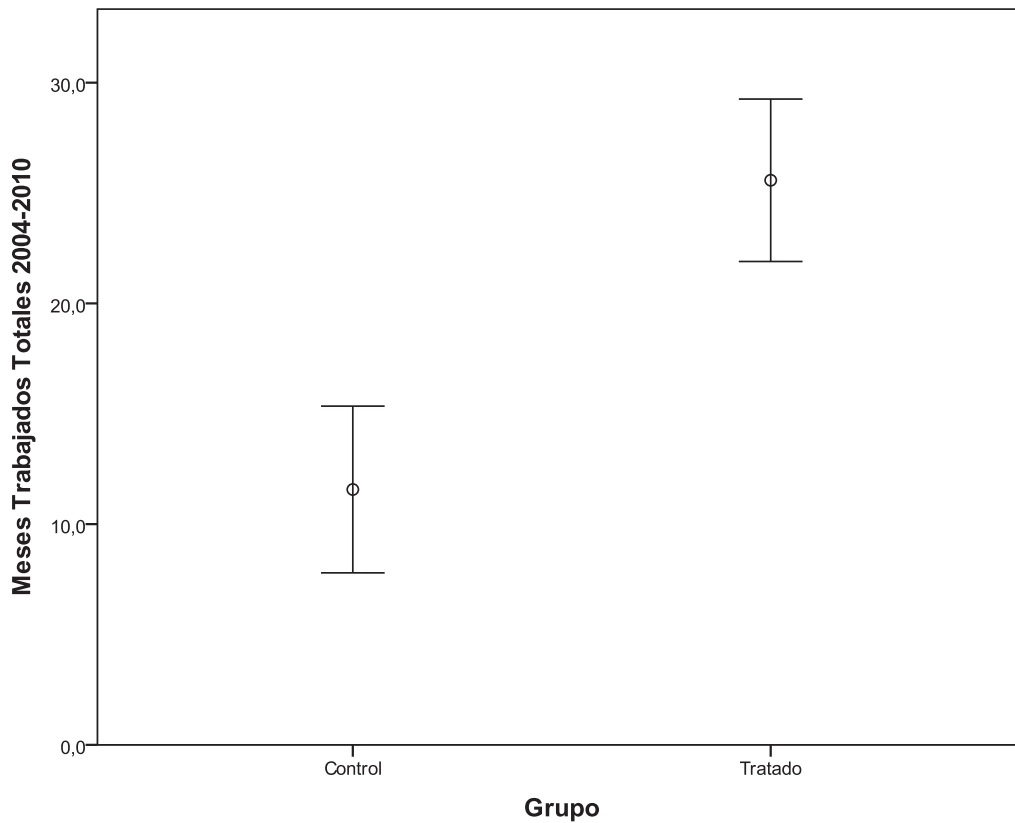
Gráfica 19: Contratos totales



Meses trabajados totales y meses trabajados al año.

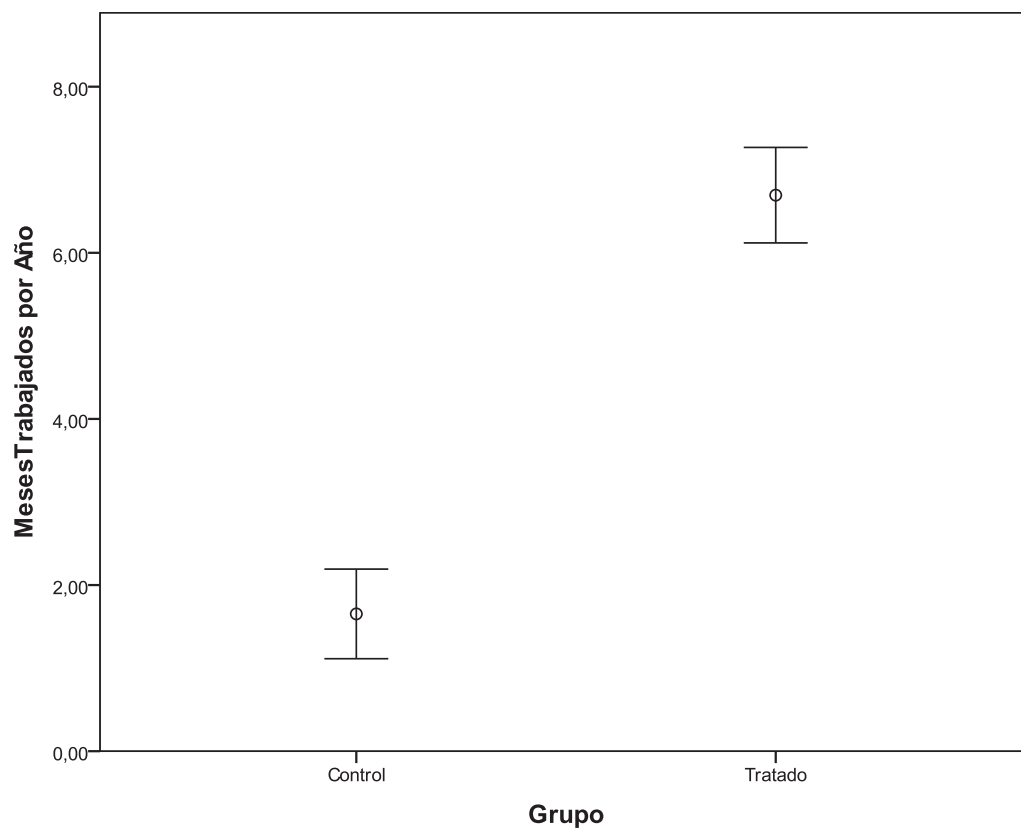
Los meses trabajados totales fueron significativamente superiores en el grupo IPS que en el grupo control ($p < 0,001$; $Me=20,15$; IGR 6,857-42,807 vs $Me=5,50$; IGR 0-18). El 50% de las personas del grupo IPS trabajaron 20 meses o más frente a los casis seis meses en el grupo control. Y si observamos la media, también fue superior en el grupo IPS con un valor de 25,57 (s.d. = 20,70) frente a 11,57 (s.d. = 16,30) en el grupo control.

Gráfica 20 : Meses totales trabajados



Al analizar los meses trabajados anualmente, la diferencias se hacen más notables, observamos que el en grupo IPS el 50% de las personas trabajan al menos 8 meses al año frente al mes en el grupo control. (Me=7,9 IGR 3,9-12) (Me= 0,785 IGR 0-2,57)(p=0,000 ES=0,920)

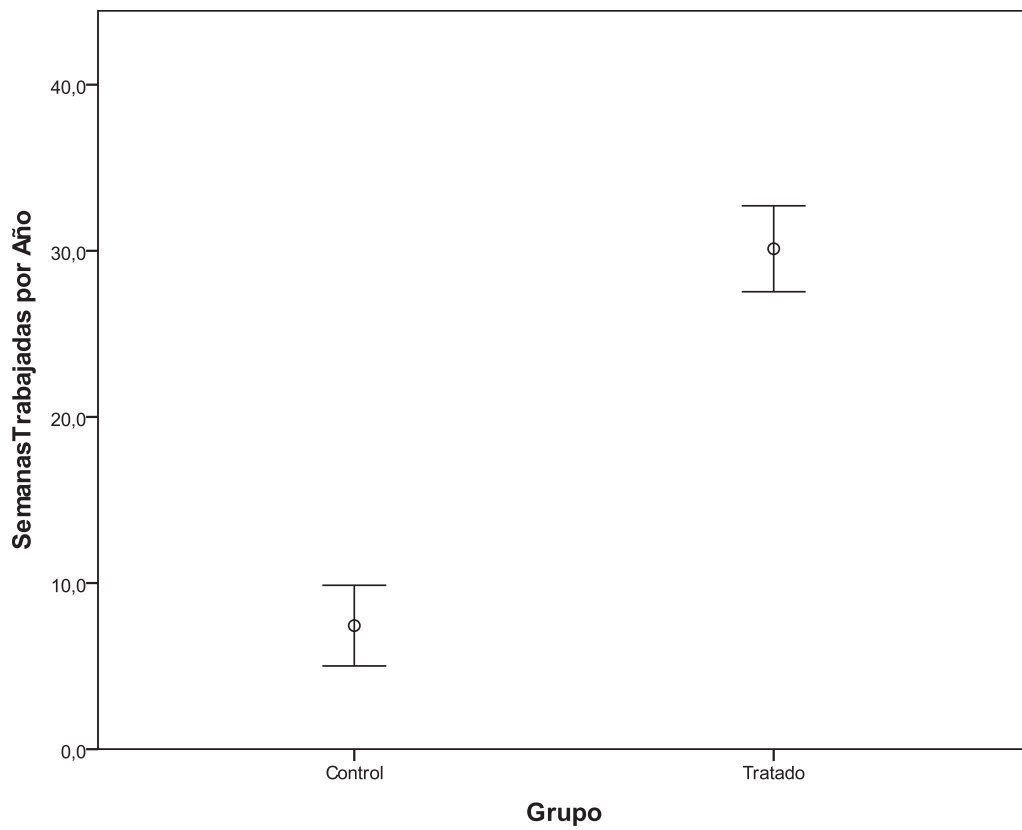
Gráfica 21: Meses al año trabajadas



Semanas trabajadas año.

La mediana de semanas trabajadas anualmente también son significativamente superiores en IPS, $p < 0,001$, con 34,29 (IGR, 17,14-52,14) versus a 3,53 (IGR, 0-11,57) para el grupo control.

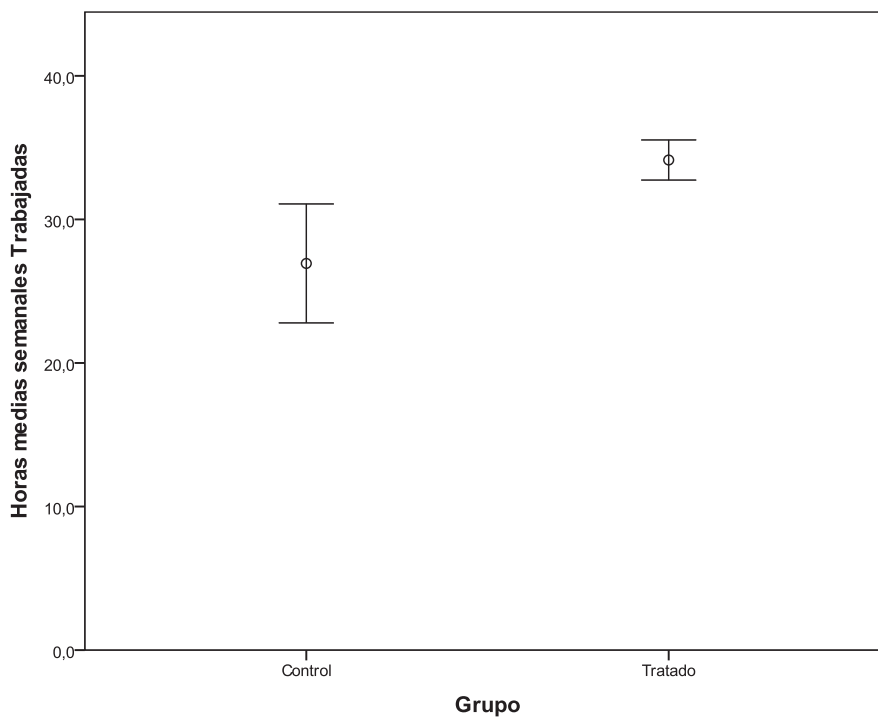
Gráfica 22: Semanas trabajadas año



Horas medias y horas por año trabajadas.

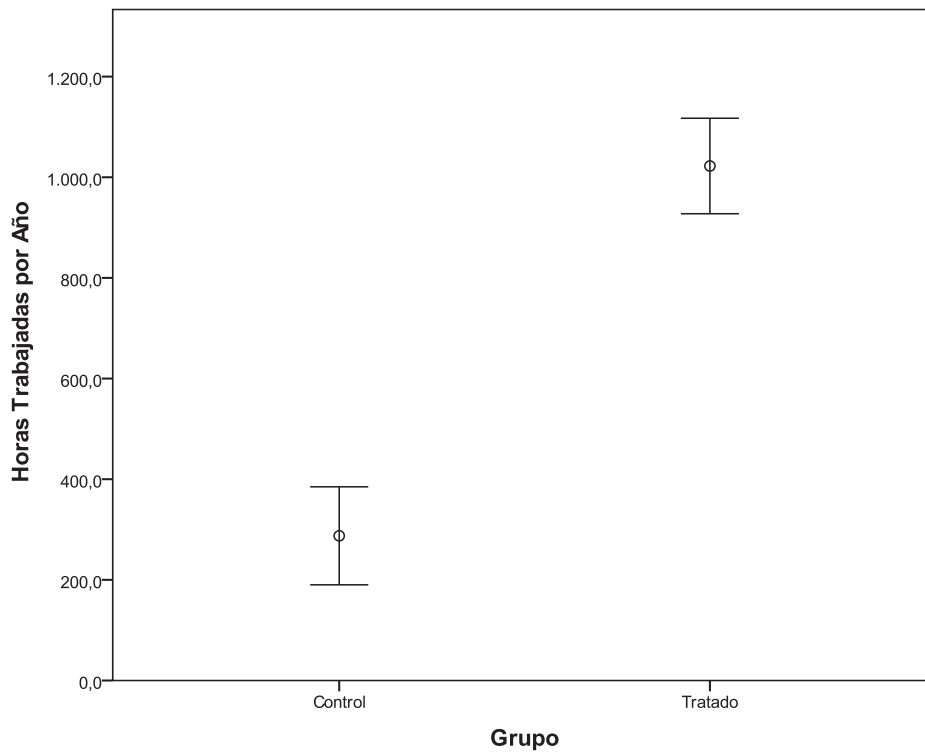
En las horas medias trabajadas a la semana, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ($p=0,949$ ES = 0,87). El grupo IPS y el grupo control obtuvieron resultados similares, las personas trabajaban 40 horas a la semana en ambos grupos. (Me=40,00; IGR 30-40 vs Me=39,30; IGR 0-40).

Gráfica 23: Horas a la semana



Si se encuentran diferencias significativas en las horas por año trabajadas, $p < 0,001$, alcanzando la mediana en el grupo IPS un valor de 1142,86 (IGR, 514,29-1825,00) y en el grupo control de 128.57 (IGR, 0-462.85).

Gráfica 24: Horas trabajadas al año

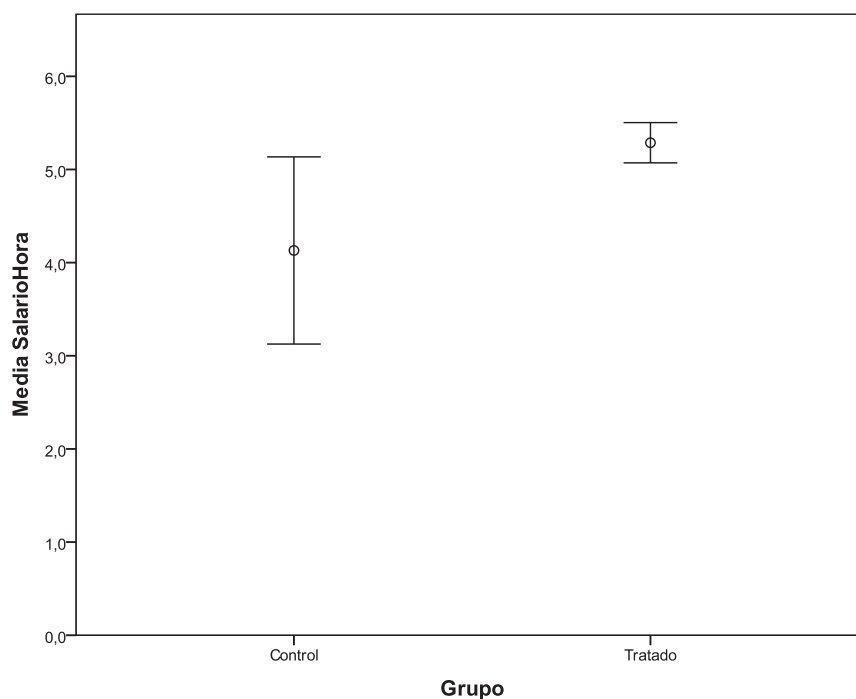


Salario medio y salario/Hora.

La mediana del salario medio al mes en el grupo IPS es de 800,00 € (IGR, 650-940) versus al del grupo control de 752,72 (IGR, 0-890), llegando a ser débilmente significativos, siendo más alto en el grupo IPS ($p=0,049$, $ES=0,56$).

Entre el salario por hora de ambos grupos, las diferencias no son muy notables aunque siguen siendo significativas a favor del grupo IPS ($p < 0,001$, $ES= 0,68$). La mediana de salario por hora en el grupo IPS es igual a 5,11 (IGR, 4,29-5,69) versus el grupo control de 4,40 (IGR, 0-5,09).

Gráfica 25: Salario hora



6.2.3.- RESULTADOS NO VOCAIONALES

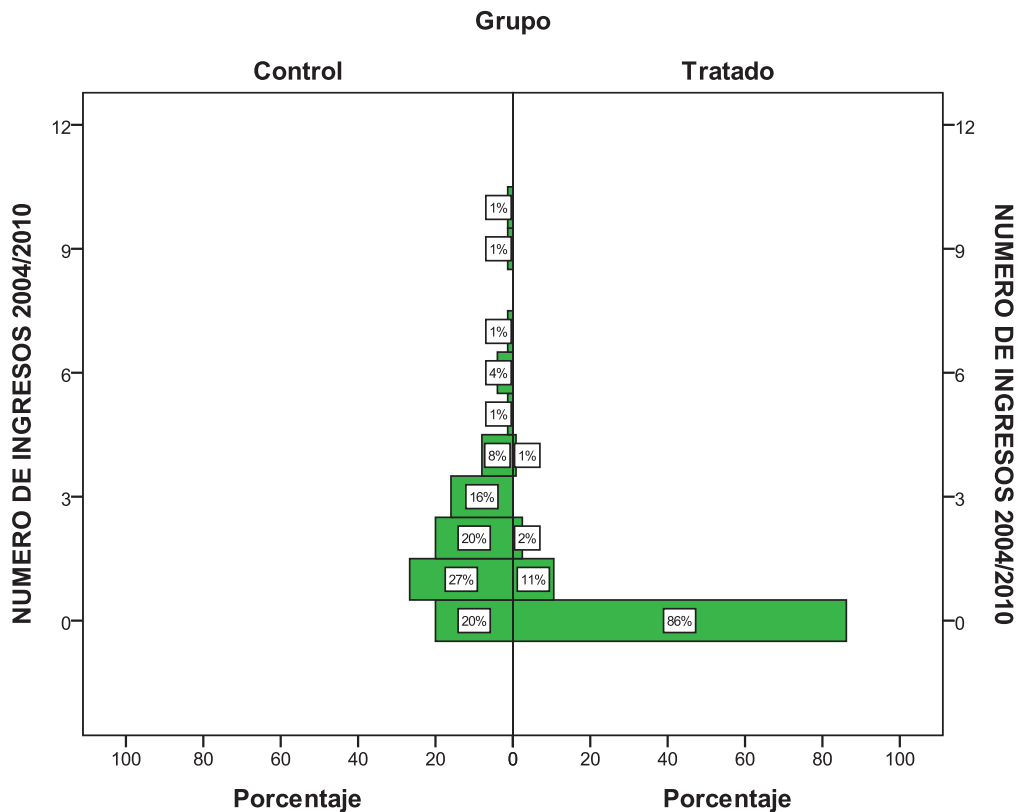
Número de ingresos hospitalarios.

El número de ingresos hospitalarios fue menor en el grupo IPS que en el de control (p-valor < 0,001). En el grupo de apoyo individualizado al empleo se obtuvo una mediana de 0 ingresos (IGR, 0-0) versus al grupo control de 2 (IGR, 1-3).

El 86,2 % del grupo IPS no tuvo ningún ingreso en el periodo de estudio por lo que la mediana, el percentil 25 y 75 dan igual a 0.

La media del grupo IPS fue de 0,19 ingresos con una desviación de 0,55 y la media del grupo control fue de 2,12 con una desviación de 2,05. Esto quiere decir que en el grupo IPS sólo un 14% de las personas tuvo ingresos frente al grupo control donde más del 75% de las personas tuvo al menos un ingreso.

Gráfica 26: ingresos hospitalarios



6.3.- Comparativa del Grupo de Apoyo Individualizado al empleo con otros estudios

RESULTADOS

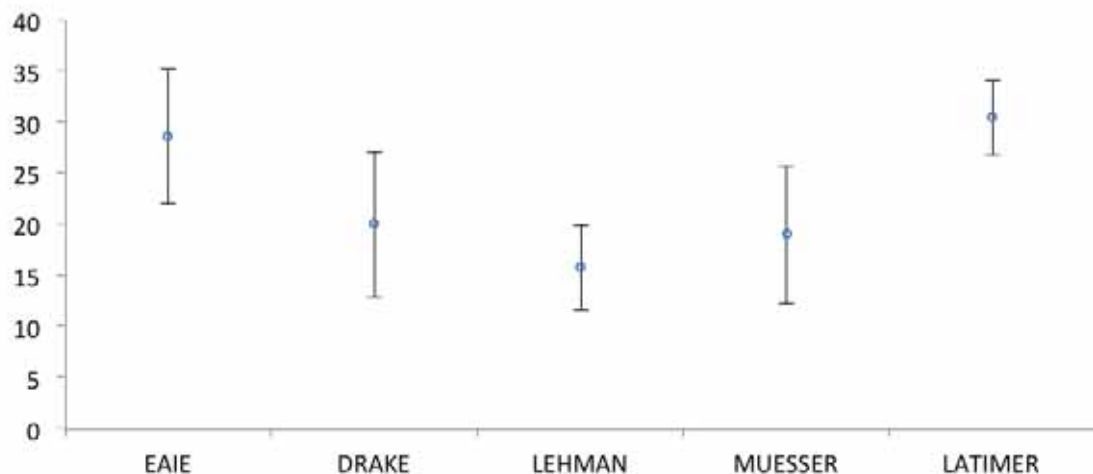
(Ver anexos 12,13, 14 y 15)

Permanencia

Los datos relativos a la permanencia de las personas en los EAIE estarían en una media de 28,6 (37,0) semanas.

Los resultados en esta variable son inferiores en los estudios americanos analizados 20,0 (29,3) y 15,8 (18,0) y en el estudio asiático 19,0 (22,8). Sin embargo, el estudio europeo de Burns 2007 obtiene mejores resultados en permanencia en el empleo, con 30,5 (22,8) semanas.

Gráfica 27: Permanencia en el servicio



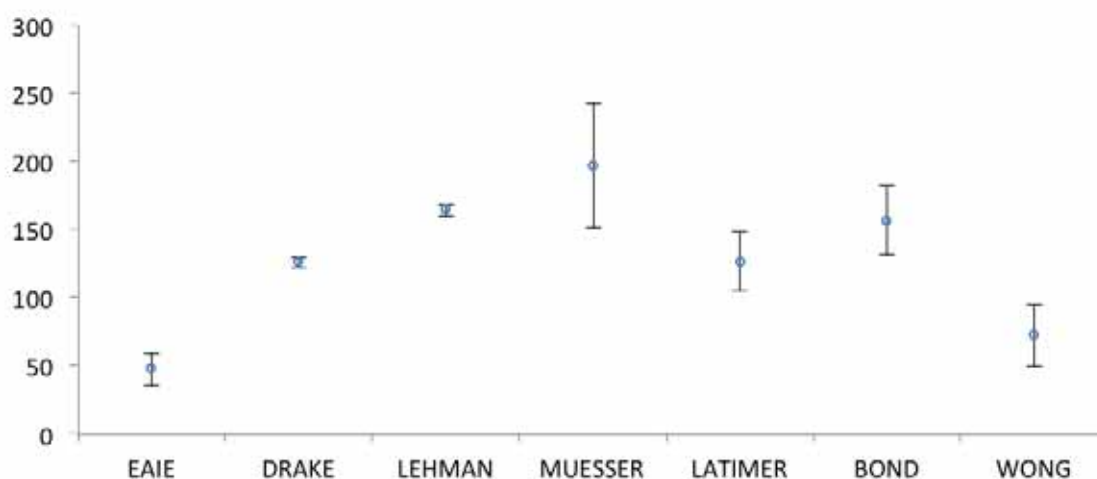
Días para encontrar el primer empleo.

La media de días en conseguir un empleo después de entrar en el programa es de 47,72 (66,41) y en estadística no paramétrica tenemos una mediana de 16 (IGR 1- 75). Lo que significa que al menos un 25 % de las personas encuentran empleo de forma inmediata y que el 50% de ellos tarda tan solo 16 días.

Al comparar los resultados, observamos que en los otros estudios se necesitan muchos más días para encontrar un empleo.

En los estudios americanos las medias no bajan de 100 días : 125,6 (16,6); 164,4 (22,8); 196,6 (188,6); 126,3 (95,6); 156,4 (122,3), para el estudio asiático, sin embargo, los resultados se asemejan más a nuestros resultados, 72 (77) días. En el estudio de Burns 2007 no se presentan datos de esta variable. En el estudio de Heslin 2011, la media de días para encontrar un empleo supera a todos los estudios analizados, 708 (87,1) días y en el caso de Gold 2006 los datos son expresados en semanas obteniendo una mediana de 46 (31-70), que si la comparamos con la del grupo IPS de 2,14 (0,1-10,7), también sigue estando muy por encima de los resultados del IPS.

Gráfica 28: Días para el primer empleo



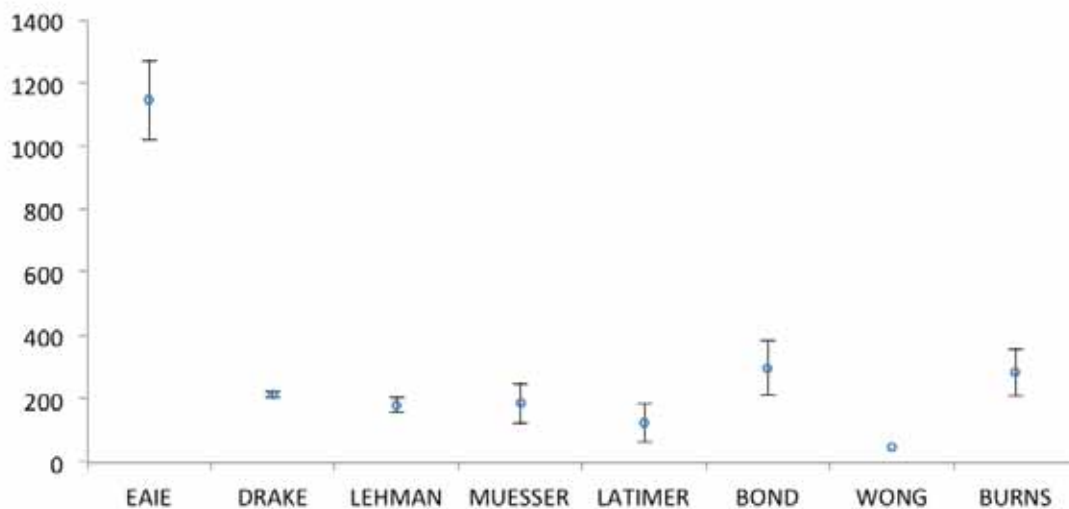
Horas totales trabajadas.

Al analizar las horas totales trabajadas al año, observamos en los resultados del Grupo IPS, una media de 1148,23 horas al año (701,16) y una mediana de 1142,86 (514,29 - 1825,00).

Al comparar nuestros datos con el resto de estudios analizados, observamos que los datos son muy inferiores en los estudios americanos presentados con medias y desviaciones típicas (214.7 (44.1), 181.8 (132.7), 186.3 (257.8), 126.4 (266.8), 298.1 (418)), así como en los presentados con mediana y percentiles (360 (146-844)).

En el caso de los estudios europeos aparece una media de 285,9 horas (471,2) y una mediana de 15 horas semanales trabajadas comparado con nuestra mediana semanal de 40. Los datos de horas trabajadas del estudio asiático, Wong 2008, no aparecen reflejados.

Gráfica 29: Horas totales trabajadas



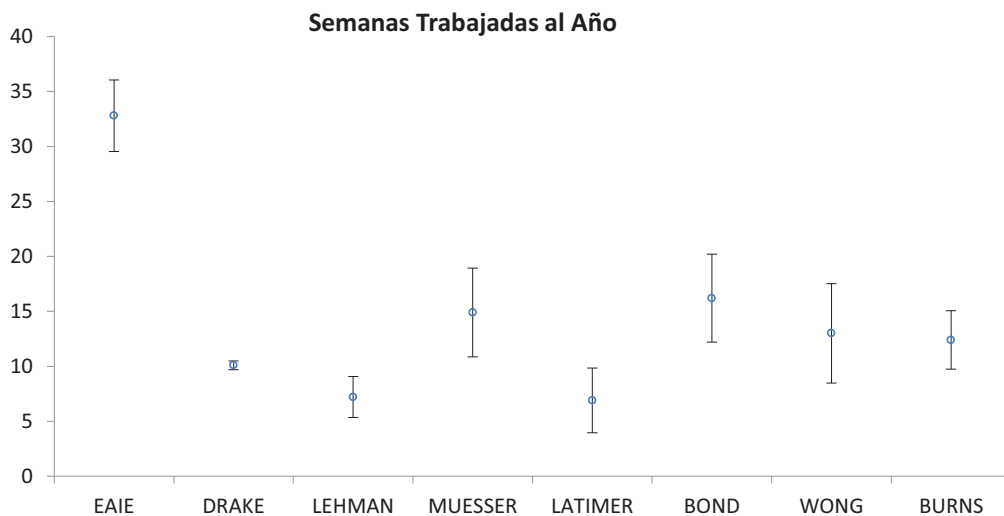
Semanas totales trabajadas al año

La media de semanas trabajadas fue de 32,79 (18,139) con una mediana de 34,29 (17,14-52,14).

Los datos de los estudios americanos presentados con medias y desviaciones típicas reflejan valores inferiores 10,1 (1,7); 7,2 (9,9); 14,9 (16,6); 6,9 (12,7); 16,2 (19.8), al igual que el estudio asiático 13,0 (15,3) y el estudio europeo de Burns 12,4 (16,6).

Con respecto a los estudios con estadística no paramétrica nuestros resultados también fueron superiores tanto a los de Gold Me= 22,5 (12-44,5) como a los de Heslin (Me =22).

Gráfica 30: Semanas trabajadas al año



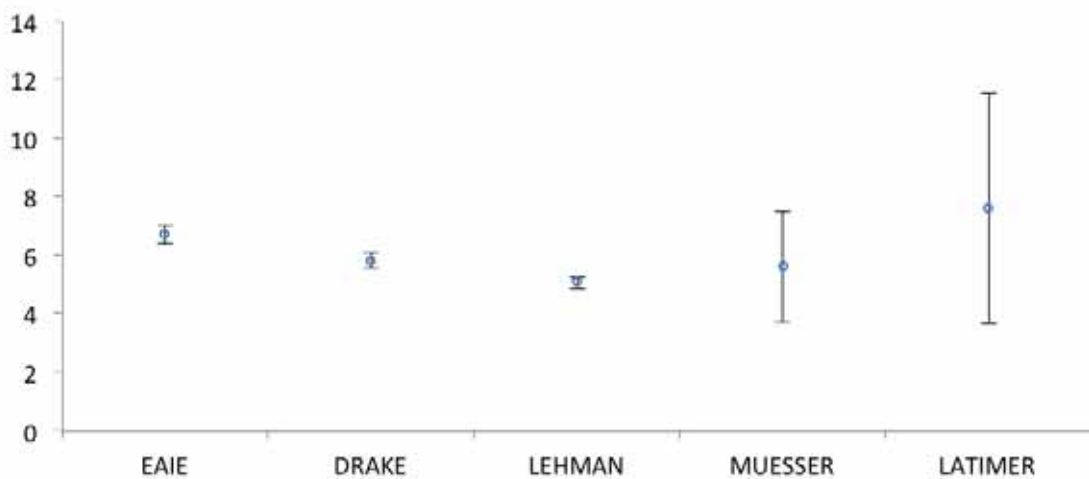
Salario por hora

El salario medio al mes expresado en euros es de 788,00 € (214,0). Pero puesto que el salario al mes es difícil compararlo, pues depende de las horas que trabajes, se calculó, para cada persona el salario en función de las horas a la semana que trabaja y así el salario a la hora.

El salario medio por hora de las personas de EAIE es de de 5,29 €/ hora con una mediana de 5,11 (IGR 4,53-5,75) y puesto que todos los estudios lo expresaban en dólares se optó por pasar los resultados de Euros a dólares.

Nuestros datos en dólares/hora 6,7 (1,8) son similares a los estudios americanos 5,8 (1,2); 5,07 (1,1); 5,6 (7,8); 7,6 (17,1). En el estudio europeo de Heslin 2011 el salario es significativamente superior con una media de 9.4 \$ y en el caso del estudio de Gold 2006 con una mediana de 5,50 (5,13-5,60). Los datos del estudio asiático están expresados en salario por día, 12,8 \$, y al no reflejar las horas trabajadas no pudimos realizar comparación.

Gráfica 10: Salario por hora en dólares



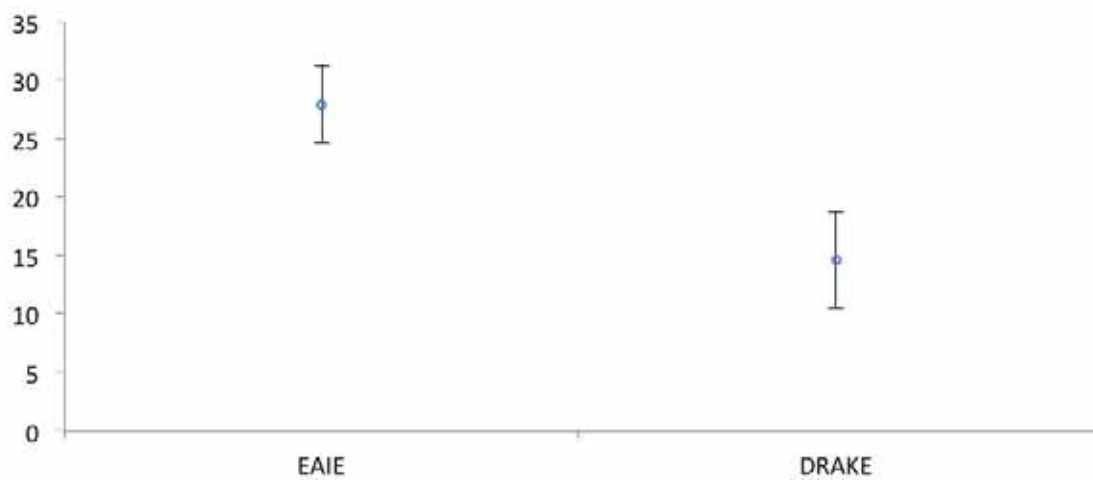
Empleo más largo.

Como la mayoría de estudios presentaban los resultados de 12 meses o de 24 meses, optamos por realizar los cálculos para un solo año y lo mismo para dos años. Los años que consideramos fue el 2010 para sólo un año y el 2009 y 2010 para el de dos años. A partir de esos años se contabilizó la duración del empleo más largo en dicho periodo por persona calculando finalmente su media o mediana.

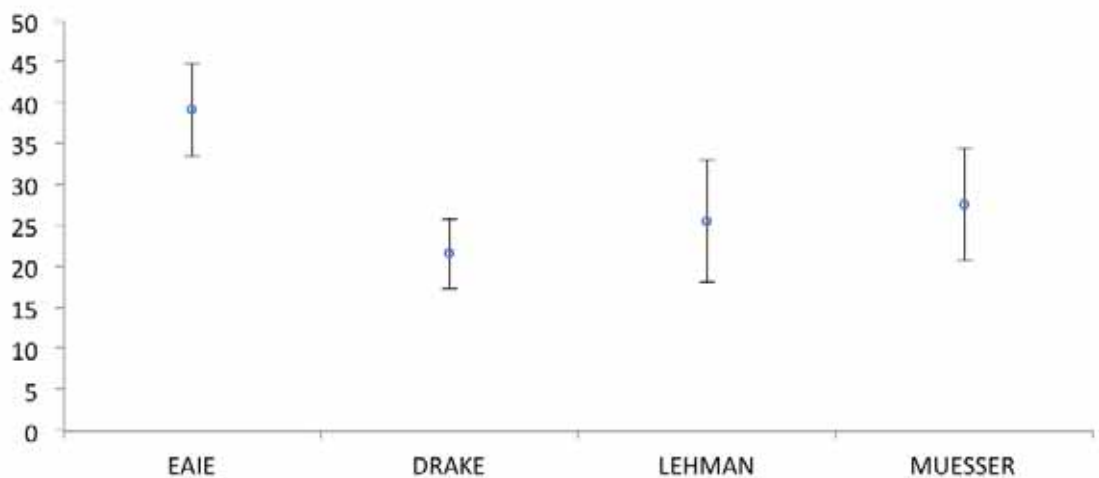
Las semanas del empleo más largo obtenidos del año 2010 fue 27,9 (18,6) y para dos años (2009-2010) de 39,2 (31,5) con una mediana de 30 (12,86-52,14).

Al compararlo con el estudio de un año de Latimer 2006 nos encontraríamos por encima de sus resultados, 14,6 (17,9) semanas, y al comparar con los estudios de dos años nos encontraríamos en todos los casos significativamente por encima (21,6 (22,7); 25,5 (31,0); 27,5 (33,1)) incluido el estudio no paramétrico de Gold 2006 con una mediana de 20 (10-31) semanas.

Gráfica 32: Trabajo más largo en 1 año



Gráfica 33: trabajo más largo en 2 años



6.4.- RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS EAIE.

La puntuación máxima por cada variable era de 5 puntos. Como se puede observar en la tabla 9 de los tres subgrupos, la única variable que estaría por debajo de la media sería la de dotación personal (2.67), en organización se encontraría por encima y en servicios en la media.

Tabla 9: Puntuación escala de fidelidad, diciembre 2009

	Dotación personal	Organización	Servicios
Tamaño de los casos	5		
Planificación/Organización diaria	2		
Servicios generales	1		
Salud Mental		3	
Supervisión			
Criterios de exclusión		5	
Evaluación			
Búsqueda rápida empleo		3	4
Empleo individualizado			5
Diversidad de puestos			3
Permanencia			3
Transiciones			2
Seguimiento			5
Servicios comunitarios			1
Divulgación			2
			3
Total	8	11	28
		PUNTUACIÓN	47
		TOTL	

Fuente: Equipo de Apoyo individualizado al empleo
Dirección PIRP Tenerife 2009

Tabla 10. Media, desviación típica y mediana de los resultados

	Personal	Organización	Servicios
Media	2,67	3,67	3,11
SD	2,1	1,2	1,4
Mediana	2	3	3

DOTACIÓN PERSONAL

Tamaño de los casos

El tamaño de los casos está dentro de la carga prudente para poder desempeñar bien las funciones y ofrecer un buen servicio. Todas las zonas tienen una carga de 25 usuarios.

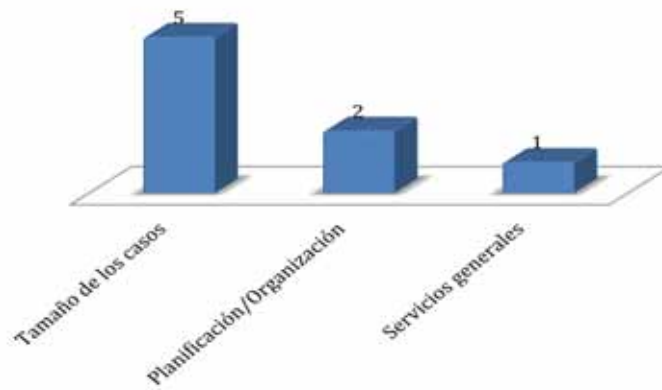
Planificación/Organización diaria:

No hay una estructura fija de organización del día y varía dependiendo de la zona. Se nombra como funciones del técnico de empleo las funciones administrativas, las reuniones, los seguimientos, la búsqueda de empresas para nuevos puestos de trabajos y las valoraciones.

Servicios generales:

El equipo incluye la contratación, la colocación y evaluación de puestos de trabajo, y un seguimiento del usuario que a veces se da en la propia empresa.

Gráfica 34: Dotación Personal



ORGANIZACIÓN

Salud mental

Las reuniones con las unidades de salud mental son programadas y se realizan mensualmente excepto el caso de santa cruz, que no se reúne todos los meses con todos los psiquiatras. A la hora de tomar decisiones sobre algún usuario, en todos los equipos, los técnicos consideran normalmente que son consensuadas por todos y que participan en la toma de decisiones.

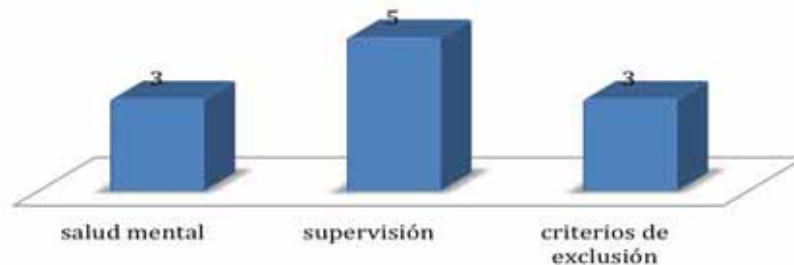
Supervisión

Los técnicos raramente se han reunido para formar un grupo de supervisión de casos. Prestan sus servicios a las demás en épocas largas de vacaciones o cuando ha habido bajas.

Criterios de exclusión

Los criterios de admisión y exclusión están claros y definidos.

Gráfica 35: Organización



SERVICIOS

Evaluación

La evaluación que hacen se basa en las entrevistas previas pero no tienen ningún procedimiento de evaluación protocolizado, no se realizan pruebas y no se mide el ajuste pre-laboral con ningún instrumento. Usan en cambio los criterios siguientes: estabilidad psicopatológica, deseo manifiesto de empleabilidad, motivación e intereses laborales y compromiso para el seguimiento.

Búsqueda rápida de empleo

La búsqueda de empleo se suele realizar de forma rápida, entre uno y tres meses pero en ocasiones sin relación con las motivaciones o intereses del usuario. Los trabajos suelen ser temporales y la mayoría de los empleos están en el sector servicios.

Empleo individualizado basado en las preferencias

Las ofertas de empleo en ocasiones son buscadas en un perfil concreto pero la realidad es que muchas veces suelen obtener ofertas que no tienen un perfil específico. No se comparten con el resto de técnicos las ofertas ni se debate el perfil más adecuado para esa oferta. Hay una gran competitividad dentro del propio equipo en este sentido.

Diversidad de puestos

No hay mucha diversidad de puestos, en la mayoría de los casos se ofrece el mismo tipo de trabajo y sobre todo en el sector servicios.

Permanencia

Los puestos de trabajos indefinidos son escasos, en la mayoría de los casos los trabajos ofrecidos son temporales aunque en algunos casos con posibilidad de renovación.

Transiciones

Cuando un trabajo finaliza, el técnico de empleo busca otro empleo rápidamente por lo que las transiciones suelen ser de poco tiempo.

Seguimiento

El seguimiento que se realiza en todas las zonas es normalmente con una frecuencia mensual que puede variar según el caso. Se intenta utilizar los descansos del trabajo para quedar con las personas o las salidas y entradas al puesto de trabajo. En muchas ocasiones los seguimientos son dentro de la propia empresa.

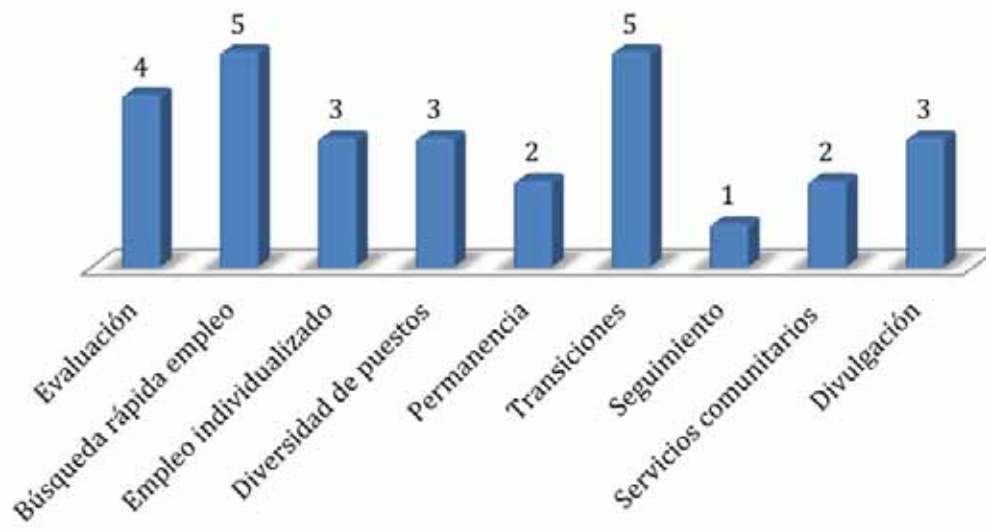
Servicios comunitarios

Los técnicos de empleo coinciden en que utilizan la mayor parte del tiempo en la calle.

Divulgación

Si la persona no se compromete o abandona el servicio del equipo, los técnicos de empleo intentan derivarlos a formación o a otros recursos.

Gráfica 36: Servicios



7.- DISCUSIÓN

Como ya hemos venido comentando durante este trabajo, un componente básico de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves es el destinado a favorecer su empleo, asociándose, como área de intervención específica, a los distintos sentidos con los que en dicho contexto utilizamos el término rehabilitación.

El momento que estamos viviendo se encuentra marcado por la inestabilidad laboral y la falta de empleo, un fenómeno que afecta no solo a la España sino que representa un paradigma mundial.

Si nos atenemos a los problemas que afectan al grupo de personas con discapacidad, que están en edad activa, vemos que el desempleo en personas con trastornos mentales es muy elevado.

Según un estudio reciente publicado en diciembre de 2011 por el Instituto Nacional de estadística (INE), la Comunidad Autónoma de Canarias es la región con mayor tasa de inactividad entre las personas con certificados de discapacidad, con un 72,4 %.

Sin embargo, el problema del desempleo de las personas con discapacidad es muy anterior a la crisis actual y son excepciones los casos en que estas personas por sí solas han logrado acceder al mundo de la producción, pero además la

situación actual del mercado laboral hace más difícil la integración de estas personas en empresas.

La estrategia IPS ha sido adoptada tanto a nivel internacional, en países como EEUU (Lehman 2002, Bond 2007, Mueser 2004) Canadá (Latimer 2006), el Reino Unido (Boyce 2008, Rinaldi 2004) los Países Bajos (Van Erp, N. H.2007), Australia (Waghorn, G.2007)), Japón (Nakahara, S 2007), Hong Kong (. Wong KK, 2008) y en 6 ciudades europeas (Burns T,2007) así como en España obteniéndose resultados positivos.

Según los estudios incluidos en esta revisión, los resultados tanto de las revisiones sistemáticas anteriores como de los ensayos aleatorizados y los estudios comparativos coinciden en cuanto a que el modelo IPS resulta significativamente más efectivo que los programas tradicionales.

En lo que se refiere a nuestro estudio, apreciamos que la media (3,89) de empleos conseguidos, es superior en el grupo control (4,85) pero, sin embargo, la mediana (2) es superior en el grupo EAIE (3). Estos datos se pueden explicar debido a que hay un número de personas en el grupo control que tienden a conseguir empleos diferentes sin llegar a finalizarlos, por lo que la media de número de puestos conseguidos aumenta. Sin embargo, en el grupo de apoyo individualizado al empleo, la tendencia es que las personas terminen un empleo antes de empezar en otro y el 50% consigue mas trabajo que el grupo control.

Un aspecto relevante que destacan algunos de los estudios revisados es la importancia de **la búsqueda rápida de empleo**. Se presenta como uno de los ingredientes críticos del éxito de la estrategia de empleo con apoyo IPS.

Becker et al., 1998, obtiene que 22% de personas conseguía empleo en el segundo mes, en el estudio de Drake et al 1999 tardaban 125 días primer empleo, el 22% a las 19 semanas, en el de Gold et al., 2006; 15%-20% mensual.

Por otro lado, Mueser et al., 2004 al analizar, con los resultados de sus estudios en Connecticut , el porqué la estrategia PSR obtenía tasas de empleo competitivo sustancialmente por debajo que la estrategia de IPS sugiere que el énfasis de PSR en desarrollar habilidades de trabajo y empleo transicional no era tan efectivo en ayudar a los participantes a obtener empleos competitivos, como la búsqueda rápida de empleo individualizado en los acercamientos de apoyo de IPS. Sus resultados son consistentes con otras investigaciones indicando que el retraso de la búsqueda de empleo competitivo en participantes con TMG reduce la probabilidad de los participantes a obtener trabajo competitivo.(Bond et al 1995). Solamente una minoría de participantes, según la evidencia disponible, que participaron en empleo transicional progresaron a trabajos competitivos (Bond et al 2001).

En el estudio de Heslin 2011, la media de días para encontrar un empleo supera a todos los estudios analizados, 708 (87.1) días.

En el caso de Gold 2006 los datos son expresados en semanas obteniendo una mediana de 46 semanas para conseguir el primer empleo (31-70).

Si comparamos nuestros datos, con los diferentes estudios y teniendo en cuenta los diferentes contextos económicos, los resultados de los EAIE son mucho más alentadores ya que el 25 % de las personas consiguen un empleo de forma inmediata, el 50 % trabaja antes de los 16 días y solo un 25% de personas tarda más de 75 días.

Observamos, por tanto, que los equipos, suelen ser rápidos en encontrar un empleo para las personas con trastorno mental grave, obteniendo una media de un mes y medio para encontrar un primer empleo después de entrar en el programa. Esto es también debido a que el equipo dispone de cinco técnicos de empleo en cinco áreas de la isla, buscando diariamente empleo en empresas y concienciándolas de la importancia de trabajar para las personas con trastorno mental grave. Además los equipos están integrados dentro de una empresa pública concienciada en la integración de las personas con discapacidad en general y con el apoyo del servicio canario público de empleo que sanciona a las empresas con más de 50 trabajadores que no tengan un mínimo de contratación de un 2% de la plantilla con discapacidad. Esto ayuda que los empresarios se decidan a contratar además de saber que cuentan con un técnico de referencia

durante todo el proceso, que hará un seguimiento y que pueden contar con él para solucionar cualquier problema que pudiera surgir.

Por otro lado, **la permanencia en el programa de empleo IPS** suele ser alta en la mayoría de los estudios revisados, al igual que ocurre en los EAIE. Sin embargo, esto no solo puede ser debido a la efectividad relativa de este tipo de acercamiento, en la obtención de un empleo competitivo, sino también puede estar asociado a otros componentes. El trabajo de Mueser et al., 2001, 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 venir dados por tener, al menos parcialmente, 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 sobre 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 también es posible retener en un programa a los participantes en servicios que no son efectivos en mejorar los resultados de

empleo ofreciendo otros incentivos como por ejemplo comida y servicios de socialización.

La retención en servicios vocacionales puede ser condición necesaria pero no suficiente para mejorar empleo en personas con trastorno mental severo. EL IPS fue efectivo en retener a los participantes en el servicio y mejorar los 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 haber tenido limitaciones como falta de integración con servicios de salud mental y equipos comunitarios asertivos, componentes centrales en el modelo del IPS (Drake, et al., 2003). Ahora bien, los participantes en el programa del PSR informaron de incrementos satisfactorios de relaciones sociales comparando con participantes en servicios estándar o IPS, que no cambiaron. Por lo que la participación en actividades sociales, que eran fácilmente accesibles al programa del PSR, podría haber ayudado a retener a sus participantes.

En este sentido, los resultados también sugieren una limitación del IPS que no se dirige completamente a las necesidades sociales de los participantes.

Según la literatura revisada, otras variables vocacionales importantes en el análisis de la eficacia del modelo IPS, son número de semanas trabajadas, el número de horas trabajadas y los salarios ganados, Para estos parámetros, los resultados van en la misma dirección, a favor del modelo IPS, aunque en algunos

estudios solo aparecen estas diferencias cuando hablamos de empleo competitivo y no de cualquier trabajo remunerado (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 en el grupo de IPS que oscila entre 7 y 15 semanas por cada año de seguimiento.

En nuestro caso, observamos que los **meses y semanas trabajadas** es significativamente superior en el grupo de apoyo individualizado al empleo. Las personas del grupo de intervención trabajaron más tiempo. Si tomamos como ejemplo las diferencias en los meses trabajados en un año, las personas del grupo de apoyo individualizado al empleo en un año, trabajan un poco más de la mitad del año como promedio mientras que en el grupo control no llega a un mes de trabajo.

Ahora bien, el comportamiento del mundo laboral, es similar para el resto de la población en el tipo de contrato, inclinándose por contrataciones temporales. Con los años y con la crisis económica, algunos empresarios han optado por reducir las contrataciones fijas y optar por contrataciones de tipo temporal que

pueden ser prorrogables y así tener un tiempo para conocer al trabajador y observar si puede mantenerlo en la empresa. Las contrataciones temporales hacen que las personas pierdan estabilidad en el empleo pero que ganen en experiencias en distintos tipos de trabajos, por lo que pueden optar a mejoras de empleo, mientras que las personas que están estables y fijas, prefieren quedarse en esas mismas condiciones y no arriesgarse a cambiar a un puesto de trabajo que aunque pueda ser con mejores condiciones (horarias, salariales) es temporal.

Por otro lado, y aunque los contratos en su mayoría eran temporales no fueron contratos excesivamente cortos en el tiempo (un 25% contratos inferiores a 3 meses, un 42 % contratos entre tres meses y un año, un 17% superiores a un año). Además, en el Grupo de IPS, existe un grupo de personas (15%) que consigue tener estabilidad en el empleo por medio de contratos indefinidos y manteniendo el puesto de trabajo, mientras que en el grupo control no aparece ningún caso con contratación de forma indefinida.

La duración o la permanencia en el empleo puede estar relacionado 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 et al., 2004), las habilidades interpersonales (Mueser et al 2005), el funcionamiento cognitivo (Bell, 2000, McGurk, et al, 2005;2007) o los

apoyos en el lugar de trabajo (Bank et al., 2001) o la promoción de incentivos para continuar trabajando y desarrollar su carrera profesional (Gold et al, 2006) o la continuidad de los apoyos sin límites (Becker et at., 2007), incluso Latimer et al., 2006 comprobó, paradójicamente, como la variedad de ricas alternativas disponibles al empleo competitivo como empleo transicional y el protegido aparece 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.

En general sabemos que características de los participantes como diagnóstico, edad, género y etnicidad no son predictores del éxito vocacional (Becker y Drake et al., 1998; Bond et al., 2001) En cambio, factores como la historia laboral en los últimos cinco años (Drake et al., 1999), la motivación para el trabajo y la percepción de autoeficacia (Regenold et al., 1999; Rogers et al., 1997) si parecen ser predictores mas potentes para encontrar empleo competitivo

El estudio del INE señala asimismo que a mayor formación, más actividad entre el colectivo de discapacidad, ya que en el 2011 un 59,7 por ciento de las personas con discapacidad que tenían estudios superiores estaban activos, 23,5 puntos más que la media. Este incremento, según el estudio, hace disminuir las diferencias con la población general en más de 11 puntos. En nuestro colectivo, solo un 7.3 % tienen estudios universitarios, la mayoría (67.6 %) posee estudios primarios o graduado/certificado escolar.

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 también en la hipótesis científica de si las preferencias personales pueden incrementar la duración del empleo, y la relación de estos con la satisfacción en el trabajo mejorando la motivación para permanecer en el empleo.

Algunas opiniones tradicionales están basadas en la asunción 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.

En relación con las horas trabajadas, Bond et al., 2001 constató que la mayoría de los participantes con un empleo competitivo trabajaban a tiempo parcial y muchos tenían una serie de trabajos de corta duración. Este patrón de empleo parcial podría concordar con los niveles de tolerancia del estrés de esta población y con estrategias de los participantes para evitar las medidas disuasorias del sistema de pensiones por discapacidad, ya que éste reduce las

pensiones de quienes obtienen unos ingresos superiores a ciertos límites preestablecidos (Warner et al, 1995; Walls et al., 1990).

Sin embargo, en nuestro estudio, encontramos que la mayoría de las personas trabajaron en jornadas completa y que no existen diferencias en ambos grupos en cuanto a las horas medias trabajadas. Estos resultados se pueden explicar debido a que la tendencia general en nuestra comunidad son las contrataciones a tiempo completo (40 horas semanales) y muy pocas contrataciones se realizan a jornada parcial o por horas.

Además habría que destacar que a pesar de que se puede compatibilizar la pensión con las contrataciones por horas o tiempo parcial, ellos expresan en su mayoría el deseo de trabajar a jornada completa como en la población general.

Al analizar las horas trabajadas observamos en nuestros datos una media de 1148,23 horas al año (701,16) y una mediana de 1142,86 (514,29-1825,00). Al comparar nuestros datos con el resto de estudios analizados (véase anexos 13, 14, 15 y 16) observamos que los datos son inferiores en los estudios americanos presentados con desviaciones típicas (214.7 (44.1), 181.8 (132.7), 186.3 (257.8), 126.4 (266.8), 298.1 (418)), y en los presentados con mediana y percentiles (360 (146-844)). En el caso de los estudios europeos aparece una media de 285.9 (471.2) y una mediana de 15 horas semanales trabajadas comparado con nuestra mediana semanal de 40.

En lo concerniente **al salario** medio en nuestro estudio, los resultados son similares con estudios como los de Cook (2005), Drake (1999), Gold (2006) Latimer (2006) y Mueser (2004), donde los participantes del grupo experimental obtenían, ganancias mensuales significativamente más altas que el grupo control. En nuestro estudio, aunque las diferencias no son muy significativas, si existen diferencias en ambos grupos, mostrando salarios mas elevados en el grupo de apoyo individualizado al empleo. Aunque el valor de la mediana para el salario no es muy alta en el grupo EAIE (800 €), coincide con el salario para la población general en el mismo puesto y por las mismas horas de trabajo.

El salario para una jornada completa de 40 horas semanales en nuestro estudio suele estar entre los 800-900 euros. Analizados los datos y transformándolos a dólares obtenemos que en nuestra isla el salario/hora no es muy alto. Comparado con el resto de estudios (véase anexos 13, 15 y 16), nos encontraríamos que obtienen un mejor salario en el estudio de Latimer 2005 y Heslin 2011. En el caso del estudio de Latimer 2005 las diferencias son significativas (véase anexo 13). Esto se puede explicar debido a que el producto interior bruto es más alto en esta población.

El estudio que más se puede asemejar en este aspecto a nuestra economía es el europeo de Heslin 2011 que es significativamente mayor al nuestro. En el caso de Burns 2007 los datos de salario también se podrían asemejar a nuestra economía pero este estudio no presenta datos de salario.

También hay que tener en cuenta el tipo de puesto de trabajo, ya que la mayoría las personas, trabajan en el sector servicios como personal no cualificado, por lo que los salarios no son muy altos, pero no lo son para la población en general. Es decir, que no existen diferencias de salarios entre las personas con TMG y la población general que trabajan en puestos similares.

Según el estudio del INE la mayor estabilidad en los contratos para el colectivo de personas con discapacidad se dio en la población masculina (80,8% de indefinidos en 2010) y en edades superiores a 24 años (77,2%). Además, más de tres cuartas partes de los ocupados con discapacidad desempeñan su actividad en el sector Servicios.

En cuanto a las tasas de personas **que no encuentran trabajo** con el IPS, Moll et al 2003 al examinar todos los estudios de IPS evaluados a uno o dos años, observan que entre $\frac{1}{4}$ y $\frac{1}{2}$ de participantes no encuentran trabajo, revelando una tasa media entre 60% al 80% de los participantes en IPS no encontraron trabajo en los estudios revisados. En nuestro estudio, sin embargo todas las personas, excepto una, en algún momento del estudio consiguieron al menos un empleo.

Por tanto, como resumen en lo que respecta a las variables vocacionales, puede decirse que queda confirmada la superioridad del modelo IPS frente a los programas tradicionales basados en el entrenamiento prevocacional. Sin embargo, es necesario reconocer que aun así los resultados obtenidos son manifiestamente mejorables, en lo que se refiere al número de personas que consiguen empleo, pero también y sobre todo en cuanto a la capacidad para retener dichos empleos.

Por otro lado y teniendo en cuenta las variables **no vocacionales** observamos que 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 o la calidad de vida. Así, parece que, aunque no estén claros los efectos directos sobre la sintomatología positiva (ni mejorías ni descompensaciones) y negativa (parece haber en ocasiones ligeras mejorías), sí que se constatan repercusiones positivas en áreas como el funcionamiento social, el grado de satisfacción, la autonomía personal, la autoestima y, en definitiva, la calidad de vida.

Drake et al., 1999 informó que no hubo diferencias relevantes en los resultados no vocacionales de ninguno de los grupos ni entre estos y su interacción

temporal. Sin embargo, ambos grupos mejoraron en el tiempo en lo que se refiere al funcionamiento global, a la calidad de vida y a la autoestima.

Las comparaciones posteriores revelaron que las mejoras ocurrieron a los seis primeros meses del estudio y estas permanecieron estables. De acuerdo con las diferencias en la línea base, los participantes del IPS tuvieron más días de hospitalizaciones psiquiátricas durante el estudio y esta diferencia de grupo desapareció cuando el valor de la línea base se fijó como covarianza en vez de como parte del vector de resultado. Ambos grupos, redujo el uso del hospital tras comenzar sus programas vocacionales pero este descenso no fue significativo.

En nuestro estudio, el número de ingresos en el grupo de apoyo individualizado al empleo está significativamente por debajo del grupo control. En el grupo de apoyo individualizado al empleo se obtuvo una mediana de 0 ingresos (IGR, 0-0) versus al grupo control de 2 (IGR, 1-3). El 86.2 % del grupo EAIE no tuvo ningún ingreso en el periodo de estudio por lo que la mediana, y el percentil 25 y 75 dan igual a 0. La media del grupo EAIE fue de 0.19 ingresos con una desviación de 0.55 y la media del grupo control fue de 2.12 con una desviación de 2.05.

Estos resultados se podrían explicar porque el hecho de que los técnicos de empleo del EAIE estén coordinadas y vinculadas con los servicios comunitarios de salud mental, mediante reuniones periódicas con los equipos de tratamiento, facilita el seguimiento clínico y la intervención ante los primeros síntomas de una

posible recaída, evitando posibles ingresos y facilitando que la persona puede continuar en su puesto de trabajo de forma normalizada.

Muchas personas creen que el trabajo es demasiado estresante. Además, muchos suponen que algunos usuarios son muy frágiles, creyendo que el trabajo alterará su equilibrio y que el empleo puede conducir a una recaída, que contraindique el regreso a un programa vocacional (Bond et, al 2012)

La mayoría de los pacientes, sin embargo, expresan repetidamente sus deseos de trabajar (McQuilken , 2003, Mueser 2001, Rogers 1991) y subrayan el papel importante del empleo en su proceso de recuperación (Rodríguez P 2011, Bailey J 1998, Clevenger N 2008, Rogers, J 1995, Steele K.,2001)

El disponer de equipos de apoyo individualizado al empleo no solo potencia la evidencia de que sin ellos la mayoría estaría en paro sino que además es un servicio que influye positivamente en sus vidas y en la recuperación de la enfermedad. El equipo de Apoyo Individualizado al Empleo ofrece apoyo a la recuperación de las personas con trastorno mental grave mediante una aproximación bien definida que ayuda a encontrar y conservar un empleo ordinario, abriendo nuevas posibilidades de intervenciones psicosociales contrastadas, y favoreciendo la igualdad de oportunidades

Nuestra casuística nos indica, frente a la opinión tradicional, que el empleo, al menos, no descompensa psicopatológicamente a las personas que abiertamente expresan sus deseos de lograr un empleo (Rodríguez F, 2007)

En suma, las personas del grupo de apoyo individualizado al empleo tienen menos ingresos hospitalarios, trabajan más tiempo, ganan más dinero y mantienen más el empleo que los del grupo control siendo las horas trabajadas iguales en ambos grupos.

En referencia a los hallazgos encontrados en la autoevaluación que se realiza a los Equipos y a pesar de que tienen una historia corta se observa que poseen muchos puntos fuertes a destacar pero también aspectos que tienen que mejorar para un mejor funcionamiento y una óptima implementación de los equipos.

Un artículo de Gary R. Bond relata la existencia de indicadores de calidad de un equipo de empleo como son el tamaño de los casos, el trabajo en equipo con especialistas de empleo, ofrecer diversas opciones de trabajo, ofreciendo ventajas como el asesoramiento, múltiples oportunidades de trabajo y un seguimiento sin tiempo límite (Bond, G., Campbella, K..2002).

Evaluado los EAIE la puntuación total de la escala fue 47 puntos, esto significa que está en por debajo de lo esperable para una óptima implementación (la puntuación máxima es 75 puntos). Esta puntuación tan baja es debido a que como consecuencia de que la escala original de evaluación a empleo de Drake, R.

E, 1996, no se ajustaba a nuestro contexto sociocultural, se elaboró un cuestionario de evaluación adaptado a nuestra realidad pero sin poder darle un valor psicométrico por lo que cuando se evalúa la fidelidad, al no tener instrumentos de evaluación validados, resta puntuación a la escala de fidelidad. Entre otros puntos débiles a destacar estarían aspectos como que la permanencia de los puestos de trabajo, depende en gran parte del mercado laboral aunque teniendo en cuenta las preferencias de trabajo hay más oportunidades de permanencia y de superación del periodo de prueba y , por último, hay debilidad en la organización de los servicios comunitarios, no hay planificación ni organización del trabajo en oficina y en la calle.

Siguiendo estos criterios, por el contrario, los equipos cuentan con puntos fuertes que están incluidos dentro de los criterios de calidad como el tamaño de los casos, el trabajo en equipo, el asesoramiento y las múltiples oportunidades de trabajo. Parece que en esta línea, los puntos comentados anteriormente son positivos y hay que seguir trabajando en ellos porque son puntos destacables y nos están indicando que se sigue una línea de trabajo que responde a unos criterios de calidad según la literatura científica.

Los ingredientes relativos a los seguimientos, la organización del trabajo y el ofrecer diversas opciones de trabajo son los puntos más débiles del trabajo de los EAIE, haciendo estos, que descienda las puntuaciones en la valoración global de la escala. Reforzar esto podría ser parte de las recomendaciones de este informe,

con el objetivo de mejorar estas debilidades y convertirlos en puntos fuertes, potenciando los criterios de calidad del equipo.

Así pues a pesar del alto grado de eficacia de los Equipos, sería adecuado trabajar en la línea de optimizar la carga de trabajo, hacer más efectivos los seguimientos favoreciendo el contacto individualizado de trabajadores y empresarios, trabajar en el diseño de estrategias más efectivas para captación de puestos de trabajo y e informatización de la información disponible, así como, la maduración de las intervenciones complementarias que habría que ir añadiendo a la estrategia en el empleo.

En definitiva, actualmente en ciudades como Tenerife, que está pasando en la actualidad por una grave crisis económica, se hace evidente que el disponer de este recurso, hace que, aunque el empleo decaiga en la población general, el impacto en el EAIE no sea tan brusco y la caída del empleo en esta población no descienda tan súbitamente como pudiera pasar sin ningún tipo de recurso que lo amortigüe. Esta apuesta se hace necesaria para la adecuada integración de estas personas en la sociedad y por tanto, se hace necesario seguir el estudio y la investigación de nuevas metodologías que recojan los conocimientos acumulados en cuanto a la integración laboral de personas con Trastorno Mental Severo.

Como ya hemos venido diciendo, la estrategia de IPS se ha adoptado a nivel internacional, con proyectos exitosos en Canadá., (Latimer et al 2006), el Reino Unido (Boyce et al;., 2008 Rinaldi et al)., 2008), los Países Bajos (van Erp et, al., 2007); Australia (Waghorn et al., 2007), Japón (Nakahara y Nakatani, 2007), y Hong Kong (Wong et al., 2008). En 6 lugares europeos, el estudio reciente también sugiere la transportabilidad de IPS para diferentes naciones, con diferentes leyes laborales, políticas de discapacidad, y condiciones socio-culturales (Burns et al. 2007). Esto no quiere decir, sin embargo, que el IPS tiene el mismo éxito en todos los países. En los países donde la las tasas de desempleo son altas, las leyes de discapacidad laborales desfavorables y el sistema económico menos receptivo a los empleos, el IPS es más difícil de implementar. Existe una fuerte evidencia de que el modelo IPS es significativamente más eficaz que los programas basados en el entrenamiento prevocacional (entrenar y luego colocar) o en la formación profesional, en la consecución de empleo competitivo-con tasas de empleabilidad en torno al 60%- por parte de las personas con trastorno mental grave.

Nuestra experiencia en la isla de Tenerife es buen testimonio de esta evidencia científica. La estrategia IPS para el logro del empleo produce resultados competitivos mejor para las personas con discapacidad de programas alternativos de formación profesional, independientemente de los antecedentes demográficos, clínicos, y las características del empleo. Sin embargo, aun queda

un porcentaje de individuos, que no son capaces de acceder a este tipo de empleo.

Los factores que podrían influir en estos hallazgos, no sólo pueden estar referidos a al procedimiento IPS originario que, probablemente necesita incorporar otras estrategias para aumentar su eficacia, sino también está en relaciones con los factores demográficos y clínicos. (Nivel basal sintomático y de funcionamiento social) de la población de referencia, los estilos de búsqueda de empleo activo versus pasivo, la integración versus la separación de los servicios de salud mental y los servicios vocacionales, la dificultad de implementación de los programas, la rapidez en la búsqueda de empleo, la tasa local de desempleo, 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 de entrenamiento prevocacional, sobre el número de horas y semanas trabajadas competitivamente, así como 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. Para aumentar la permanencia en el trabajo o disminuir los abandonos, y para aumentar la eficacia de los equipos, estaría trabajar de forma complementaria-

sin olvidar los principios del IPS- **con las variables cognitivas** para aumentar las posibilidades de empleo.

Se ha estudiado que la aplicación de programas cognitivos como el COGPACK aumenta las posibilidades de empleo de las personas con trastorno mental grave. Los datos obtenidos con pacientes indican que se obtienen avances significativos en el aprendizaje y una correlación positiva entre la realización de las pruebas y resultados de éxito en el empleo. Los estudios hasta ahora sugieren que los esfuerzos por mejorar las funciones cognitivas pueden ayudar a los sujetos a mejorar sus resultados en el empleo. Sería beneficioso por tanto, intervenir para trabajar el deterioro cognitivo en las cuatro áreas importantes: memoria, velocidad psicomotora, atención y resolución de problemas. Se hace por tanto, evidente seguir estudiando la influencia de las variables cognitivas en los resultados de empleo de las personas con trastorno mental graves.

En este sentido, como objetivos para un futuro estaría incorporar programas de mejoras del funcionamiento cognitivo, de las habilidades interpersonales en el trabajo, o mejorar la carrera profesional, con el fin de reforzar la vinculación con los servicios de salud mental

Funcionamiento cognitivo

La mejora del funcionamiento cognitivo es un área de interés en el campo de las neurociencias y de la psiquiatría en el contexto de la psicopatología. Sabemos que existen afectaciones específicas en la esquizofrenia en las funciones de rapidez de procesamiento de la información, atención, memoria, y funciones ejecutivas (Green 1996 Gold et al., 1993). Se cree que estas afectaciones cognitivas subyacen en gran parte del papel funcional observada en la esquizofrenia. Las alteraciones del funcionamiento cognitivo interfieren con la adquisición de habilidades en los programas de rehabilitación y tienen repercusión en el funcionamiento global de la persona.

Las técnicas psicológicas tienen, hoy con mucho auge en el campo de las psicosis, como las entrevistas motivacionales para dirigir síntomas negativos (Corrigan, 2006), la terapia neurocognitiva o cognitiva (Hogarty et al., 2004 Bell, et al 2001;Wykes,et al., 2003 Gold 1993) o el entrenamiento de habilidades sociales (Mueser et al 2005) o las estrategias compensatorias adaptativas para evitar la afectación cognitiva (Velligan et al., 2006; 2002).

El principio básico de la rehabilitación cognitiva es que la reserva neuroplástica del cerebro puede ser enriquecida por experiencias proporcionadas mediante entrenamiento. En esta línea, Wexler y Bell (2005) ha desarrollado el programa Neurocognitive Enhancement Therapy se centra en la rehabilitación cognitiva en el contexto de la rehabilitación laboral. Este programa emplea programas de

ordenador dirigidos a las funciones de atención, memorias y ejecutivas. El entrenamiento empieza con ejercicios sencillos, y prosigue con otros más complejos. Cuando el individuo domina una tarea a un nivel especificado previamente, se cambian los parámetros de la tarea para permitir el dominio del material progresivamente más difícil. Además de los ejercicios informatizados, los participantes asisten a un grupo semanal de procesamiento social donde reciben retroalimentación sobre el rendimiento en el trabajo y se discuten sugerencias para mejorar. También ha sido desarrollada por Wykes (2003) la Cognitive Remediation Therapy que se centra en enseñar a los pacientes a desarrollar su propio grupo individualizado de estrategias para la resolución de problemas. El programa de entrenamiento aplicado individualmente se dirige a las deficiencias de los procesos ejecutivos, incluyendo la flexibilidad cognitiva, la memoria de trabajo y la planificación. Este programa emplea ejercicios de lápiz y papel para el entrenamiento, y destaca la enseñanza a través del aprendizaje de los procedimientos, el montaje de estructuras y el aprendizaje sin errores..

Apoyado en los avances descritos se vienen desarrollando programas de entrenamiento en rehabilitación cognitiva dirigidos a mejorar funcionamiento cognitivo valorando sus efectos sobre los programas de rehabilitación vocacional, (Bell et al. 2005;2004,2001;1997;1996:1993).

En esta línea McGurk y Muesser (2003), realizaron una serie de investigaciones basadas en estudiar la gama de estrategias utilizadas por los técnicos de empleo,

para ayudar a los usuarios frente a los efectos de deterioro cognitivo y la eficacia percibida de estas estrategias. Trataron de identificar las estrategias de afrontamiento potencialmente útiles para mejorar los efectos de éstas en los resultados de trabajo. En este estudio se solicita a los técnicos de empleo que identifiquen las estrategias que utilizan para ayudar a los usuarios, que presentan dificultades en las siguientes áreas: atención, velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas. Se encontró que las estrategias que se utilizan para trabajar en las diferentes áreas son:

Modelado, para trabajar la atención, velocidad psicomotora y memoria

Desarrollo de rutinas, para mejorar la velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas.

Reforzamiento positivo, para trabajar la atención y velocidad psicomotora

Prácticas repetidas y progresivas, para mejorar la velocidad psicomotora y memoria

Desglosar tareas paso a paso, para trabajar la atención, velocidad psicomotora, memoria y resolución de problemas

Concluyen que, por un lado, que las estrategias para hacer frente a los déficits de atención, fueron valoradas como más efectivas que las estrategias para mejorar la velocidad psicomotora, memoria y/o resolución de problemas. Por otro, que los técnicos de empleo son más capaces de ayudar a mejorar las dificultades de

las áreas cognitivas básicas (como la atención) que otras funciones cognitivas más complejas, como la resolución de problemas o la memoria. Asimismo comprobaron que los técnicos de empleo que usan un mayor número de estrategias son los que tienen mayores porcentajes de usuarios empleables y un mayor porcentaje de usuarios trabajando. Por lo que se deduce que el factor que mejor predice el porcentaje de empleo es el número de estrategias utilizadas por los técnicos.

Asimismo McGurk et al., 2006 analiza las relaciones entre el funcionamiento cognitivo y los síntomas observados tras los 2 primeros años del programa, y el empleo y los programas de apoyo en los 2 años siguientes (3-4 años siguientes de ser incluido en el programa) con el fin de valorar si a largo plazo la participación en el programa de empleo con apoyo reduce el impacto del funcionamiento cognitivo en el trabajo. Se realizó un seguimiento de 30 pacientes inscritos recientes y consecutivos en el programa de apoyo (IPS) que dieron su consentimiento informado, y recibían atención psiquiátrica por los servicios psiquiátricos de cuatro organismos estatales de Long Island (New York) que incluía la administración farmacológica, el tratamiento de día, el manejo de casos y la terapia de grupo. De hecho, el funcionamiento cognitivo resultó tener mayor valor predictivo durante los 2 últimos años del estudio que durante sus predecesores y pudo observarse un patrón similar, pero menos acusado, en la predicción de los programas de apoyo, mientras que los síntomas fueron

indicadores muy poco eficientes en ambos periodos. Además, durante el seguimiento del tercer y cuarto año, se comprobó la existencia de una correlación entre el aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas y la complejidad de las actividades profesionales que sugería que los especialistas en empleo eran capaces de mejorar su habilidad para asignar los pacientes a los trabajos en función de sus habilidades cognitivas. Es más, la evolución de las relaciones específicas entre el funcionamiento cognitivo, los programas y los resultados laborales a lo largo del estudio pusieron de manifiesto una interacción dinámica a largo plazo entre estos factores. El funcionamiento cognitivo como predictor de resultados en el empleo competitivo aumentó con el paso del tiempo en los programas de empleo con apoyo.

En esta línea, McGurk et al. 2005 y 2007 nos presenta los resultados alentadores de una evaluación aleatorizada, con periodos de seguimiento diferentes (1 año y 2-3 años respectivamente) sobre los efectos de programas de entrenamiento cognitivo para apoyo al empleo: “el Programa de Habilidades de Pensamiento en el Trabajo”. Según estos investigadores se ha visto efectivo la utilización del programa informático COGPACK, programa que se ha utilizado principalmente en la rehabilitación de personas con trastorno mental grave. El software incluye programas de ejercicios de prueba, cada uno con diversas variaciones en velocidad psicomotora, la reacción, vigilancia, memoria, concentración, práctica, lingüística, relacionados con habilidades intelectuales,

conocimientos, etc. Generalmente se realiza en dos o tres sesiones por semana, que duran aproximadamente entre 45-60 minutos. El técnico de empleo programa una reunión para revisar los intereses, evaluar sus capacidades cognitivas y observar los posibles apoyos que necesite. También se reúne con el usuario para planificar la búsqueda de empleo, con sus preferencias.

En este programa entrenamiento cognitivo es provisto para especialistas cognitivos que trabajan en colaboración con especialistas de apoyo al empleo para proveer remediación cognitiva y desarrollar estrategias compensatorias para discapacidades cognitivas que interfiere con el funcionamiento en el trabajo. Lo relevante de este hallazgo es que en muestras pequeñas de forma significativas los programas de entrenamiento cognitivo, sobre las habilidades de pensamiento para el trabajo para pacientes con fracasos de empleo , que fueron reclutados para apoyo al empleo, al ser evaluados a los dos o tres años, tenían mas posibilidades de trabajar, mantenían mas empleos y trabajaban más horas y ganaban mas salarios. Se concluye que, el entrenamiento cognitivo combinado con apoyo individualizado aumenta la permanencia en el trabajo, aumenta salario, reduce hospitalizaciones y que el empleo es un factor importante para la recuperación de las enfermedades mentales graves.

No obstante no está aclarada si mejoras de funcionamiento cognitivo o de los síntomas u otros factores contribuyen a la mejoría de los resultados vocacionales, así como también se requiere, determinar que componentes del

entrenamiento cognitivo tienen mayor peso en los resultados vocacionales. 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 et al 2007 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 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 del programa como la experiencia del aprendizaje positivo durante la preparación cognitiva podrían haber mejorado la autoestima, autoconfianza y motivación contribuyendo a mejor resultado de SE. Y otro factor podría ser la estrategia de aprendizaje para tratar las dificultades cognitivas persistentes mejorar experiencias de trabajo exitosa y resultados de trabajo.

La hipótesis que McGurk et al 2005 nos ofrece sobre la mejoría de la depresión está basada en que es posible que el entrenamiento cognitivo en si reduzca la depresión debido al refuerzo inherente en completar exitosamente ejercicios de

ordenador cada vez mas difíciles. Otros varios estudios han mostrado que la participación en el entrenamiento cognitivo esta asociada con mejora significativa en la depresión, malestar subjetivo y autoestima. Sin embargo otros estudios no han informado de estos efectos. Es también una hipótesis plausible considerar que aprender las estrategias para hacer frente a las dificultades cognitivas podría contribuir a más experiencia de éxito de empleo, lo que mejora la autoestima, depresión y preocupaciones autísticas y a su vez el rendimiento de trabajo, para comenzar de nuevo este circulo vicioso. . Sea como fuese, los hallazgos de McGurk ofrecen apoyo para la factibilidad de implementar las habilidades de pensamiento para el programa de trabajo en el contexto de apoyo al empleo y su efecto beneficioso en el funcionamiento cognitivo y en empleo competitivo en personas con enfermedades mentales graves que han fracasado en sus trabajos anteriores (despido de un trabajo mantenido durante menos de tres meses o abandono de un trabajo sin otro trabajo para sustituirlo después de menos de tres meses de empleo) y presentaban niveles educativos bajos.

A pesar de las limitaciones metodológicas del estudio observacional de McGurk et al., 2007, con una muestra pequeña y exclusiva de pacientes con esquizofrenia y su desconocimiento de la naturaleza del tipo de apoyo al empleo suministrado en su estudio, su investigación nos sugiere la relevancia del funcionamiento cognitivo como indicador de los resultados en el empleo competitivo, el cual,

aumentó con el paso del tiempo en los participantes en programas de empleo con apoyo. Teniendo en cuenta la estabilidad del funcionamiento cognitivo y su importancia a largo plazo como correlato del funcionamiento psicosocial, los déficit cognitivos pueden ser un objetivo importante para el tratamiento de la esquizofrenia (Gold, 2004).

Por lo tanto, los esfuerzos para mejorar el funcionamiento cognitivo de los pacientes que participan en un programa de empleo con apoyo para ayudarles a sobrellevar mejor sus alteraciones cognitivas puede mejorar sus resultados vocacionales. Es más, teniendo en cuenta la relación a largo plazo entre las alteraciones cognitivas y la necesidad de más servicios intensivos de empleo con apoyo, la mejora del funcionamiento cognitivo también tiene un potencial para reducir la intensidad de los servicios necesarios para ayudar a los pacientes a conseguir y conservar un empleo y, por tanto, para reducir los costes de estos servicios.

Relaciones Interpersonales

Aunque la variedad de factores (McGurk et al., 2004)) como discapacidad cognitiva, y síntomas, han sido identificados como factores que contribuyen a una breve duración de empleo y una terminación de empleo sin éxito (siendo despedidos o dejando por voluntad propia el contrato de trabajo sin ningún empleo prospectivo de mejor o cambio), las dificultades sociales han sido un tema común (Becker et al., 1998, Mueller 1988). Por ejemplo, participantes en programas de apoyo al empleo pueden tener dificultades en sus relaciones sociales en el ámbito laboral, como llevarse bien con sus compañeros del trabajo, cambios o interacción con el público, en respuestas de feeb-back y al criticismo de los supervisores (Mueser et al., 2003). Ha sido hipotetizado como entrenamiento de habilidades sociales puede ayudar a los participantes a desarrollar habilidades críticas para el manejo de situaciones sociales en el trabajo, favoreciendo entonces la duración de empelo y proveyendo experiencia de trabajo mas satisfactoria (Tsang, 2001). Para dirigir esta necesidad, Wallace et al (1999) desarrollaron programas de entrenamiento de habilidades standarizados dirigidos a mejorar el funcionamiento social en el lugar de trabajo. Su programa de fundamentos en el lugar de trabajo enseña información básica sobre el trabajo, resolviendo problemas en el lugar de trabajo en un formato de aprendizaje estructural (Lieberman 1989). La enseñanza esta basada en el manual del entrenador y una cinta de video que demuestra como resolver los problemas

en el lugar de trabajo. Cada participante tenía un libro de trabajo. Mueser et al., 2005 en estudio de 35 personas empleadas en los últimos tres meses con Trastorno Mental Severo que recibían servicios de apoyo al empleo en un agencia estándar se les asignó de forma aleatoria a dos grupos de intervención, uno que recibía un programa de entrenamiento de habilidades para hacer trabajar con más “éxito y satisfacción” y el otro no. La hipótesis del estudio no pudo ser confirmada, los participantes en el programa de entrenamiento de habilidades no tenían mejoría en resultados de trabajo, aunque estos tenían más conocimiento de los problemas en el lugar de trabajo pero también tenían mayor nivel educativo, no teniendo ninguna repercusión en mejorar sus salarios o más horas trabajadas en relación con los que no lo recibían dicho entrenamiento. En general, los participantes en este estudio, tenían altos niveles de educación y mejoría de resultados de empleo que la mayoría de los participantes en los estudios previos en apoyo al empleo, haciendo difícil para detectar posibles efectos de entrenamiento de intervención sobre el trabajo. Al ser muestras pequeñas, no se logró estudiar la satisfacción en el empleo que era uno de los objetivos del estudio, así como tampoco los síntomas y calidad de vida.

En la práctica estos resultados nos hacen considerar que estos programas de entrenamiento de habilidades interpersonales en el lugar de trabajo (Mueser et al., 2005) deben reservarse para participantes que tienen recientes experiencias y dificultades relacionadas con el trabajo, como despidos o finalización antes del

tiempo laboral comprometido. Y en el futuro profundizar en esta línea de investigación beneficiosa, al parecer, para un subgrupo de participante.

Carrera profesional

Otra área con necesidad de ser investigada es como los participantes podrían tener más apoyo para lograr y mejorar sus metas profesionales y obtener empleos de mayor cualificación profesional. Una clave para ayudar a los participantes para desarrollar estas carreras profesionales podría ser el aplicar los principios de apoyo al empleo para superar en los participantes su nivel educativo. Aunque principios de apoyo educativo han sido desarrollados, las evaluaciones rigurosas de programas educativos de apoyo no han sido publicadas.

Así mismo cabría reconsiderar que los programas de apoyo al empleo IPS tiendan a tener una visión mas comprensiva de los participantes en cuanto a sus necesidades e incorporar en sus estrategias la resolución de las necesidades sociales, que es uno de los aspectos que produjo mayor retención en el estudio de Mueser et al, 2004 en la estrategia de entrenamiento prevocacional.

A la vista de las tendencia actuales de los resultados expuestos y dada la sencillez en la operatividad de las técnicas señaladas en su incorporación a los contextos reales de intervención para la integración comunitaria, nos parece recomendable, incorporar estas estrategias en los procesos de integración

laboral en empleos competitivos, y desarrollar nuevos estudios metodológicamente más robustos con muestras mayores, con una medición más refinada de la valoración de los componentes cognitivos o del entrenamiento de habilidades interpersonales en el trabajo, y del peso que juega cada uno de sus componentes en la mejoría del rendimiento, lo que requiere profundizar en la relación entre funcionamiento cognitivo específico relacionado con el trabajo y el funcionamiento global, con diseños de investigación capaces de apreciar el tamaño del efecto de cambios en los resultados no vocacionales, y control de posibles sesgos como la delimitación la influencia de los consultores o monitores en las sesiones de aprendizaje, así como periodos de seguimiento mayores para valorar los efectos en las funciones mentales-.

Otras áreas de interés

En estas áreas no conocemos artículos publicados con un intento de su valoración científica. Lo que comunicamos a continuación es fruto de nuestra propia experiencia.

A.- Intervención con familias en el proceso de rehabilitación laboral.

En la actualidad, los objetivos de la rehabilitación no se limitan a alcanzar un mejor funcionamiento social, sino que existen cada vez más evidencias de que gran parte de las personas que sufren enfermedades mentales crónicas pueden desempeñar puestos de trabajo de distintos niveles de cualificación con un

adecuado rendimiento, sin que ello se traduzca en un agravamiento de su patología. Para ello debemos contar con las familias cuya función en el proceso será de apoyo, supervisión y fomento de la motivación en el trabajo.

Nuestra experiencia nos indica que uno de los factores con más influencia en la inserción laboral de la persona con trastorno mental grave es el apoyo de sus familias en el mantenimiento del puesto. Hemos visto que aquellas personas cuyas familias preferían que realizara actividades ocupacionales y cobrara una pensión se mantenían menos en el puesto de trabajo que aquellas que vivían en un ambiente potenciador de la actividad laboral y la resolución de problemas. Sin embargo, no podemos esperar que todas las familias cuenten con la información necesaria y las estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones problemáticas que se planteen. Nuestra función como profesionales de la rehabilitación es valorar en que grado las creencias y actitudes de las familias pueden estar interfiriendo en el apoyo a la inserción laboral, y cuales son los orígenes de las mismas para realizar una intervención adecuada.

Desde el inicio de la enfermedad se han cristalizado en los estilos de relación familiar pautas de funcionamiento dedicadas exclusivamente al cuidado del miembro enfermo. Los importantes problemas de convivencia que han ido viviéndose han suscitado, crítica, hostilidad, frustración, sensación de ineficacia y un importante sentimiento de culpabilidad que ha sido compensado con una sobreplicación excesiva y una renuncia constante a favor del miembro

enfermo. La familia por un lado, desea que normalice su vida pero, percibe que no puede valerse por sí mismo y perpetúa impidiendo de este modo que aquél desarrolle sus estrategias de afrontamiento y se haga más independiente. Como consecuencia aparecen en el usuario actitudes de inmadurez y falta de responsabilidad, baja tolerancia a la frustración, miedos, etc., que cursan en paralelo con una importante necesidad de trabajar y de ser independiente.

Una inserción laboral exitosa requiere que se flexibilicen estos patrones de funcionamiento que han estado operando durante muchos años de manera rígida. Sin embargo, las familias no siempre cuentan con los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso y ante la falta de estrategias se refugian en las soluciones que han venido poniendo en práctica hasta el momento y que forman parte del problema. Si concebimos la familia como un conjunto de elementos interrelacionados, cualquier cambio en su situación, repercutirá en la de los demás. Esta influencia es mutua y circular, de manera que resulta difícil discriminar que elementos inician la cadena. Con fines explicativos nos situaremos en distintos puntos del proceso de inserción y expondremos la repercusión que puede tener en el funcionamiento de la familia.

El cambio de un rol pasivo o meramente ocupacional a uno activo/laboral genera incertidumbre y, por tanto, la exacerbación de distintos miedos. Que suelen conducir a conductas protectoras de evitación y de resistencia al cambio. El planteamiento de un proceso de inserción laboral, en líneas generales, supone

la adopción de las siguientes pautas: a) Inducir una actitud de responsabilización de la propia vida, reduciendo paulatinamente la tendencia a cubrir todas sus necesidades, b) Flexibilizar los mecanismos de toma de decisiones en el funcionamiento familiar e implicar activamente a cada miembro en los procesos de negociación. d) Inducir una actitud activa de entrenamiento de los problemas y no una actitud pasiva de evitación. e) Favorecer la implicación de la familia en procesos dirigidos a su propio desarrollo, de manera que el funcionamiento del familiar con un TMG deje de ser el foco de atención.

B.- Habilidades sociales, Asertividad y Solución de problemas vinculados al mundo laboral

B.1. Habilidades Sociales de Ajuste laboral

Entrenar, recuperar o promover el desarrollo del conjunto de HHSS y de asertividad que permitan al usuario manejarse en las situaciones sociales e interacciones con jefes y compañeros en el ámbito laboral. Entrenar y promover habilidades como las siguientes:

Interacción con compañeros, capacidad para iniciar y mantener conversaciones, capacidad para solicitar u ofrecer ayuda, capacidad para expresar críticas o valoraciones, manejo de las situaciones estresantes, administración y manejo del tiempo de ocio.

B.2. Asertividad

Una de las variables importantes que predicen el éxito laboral son las relaciones personales con compañeros y jefes y las de fiabilidad o confianza (seguimientos de instrucciones, puntualidad y realización de tareas).

Objetivo general: Dotar a las personas de las habilidades de relación necesarias para desenvolverse de un modo eficaz en un medio social y laboral normalizado.

Objetivos específicos:

Mejorar aspectos básicos de la comunicación

- Conductas no verbales: contacto visual, postura corporal, expresión facial y gestos
- Conductas paraverbales: volumen, tono afectivo, latencia de respuestas y señales de escucha
- Contenido verbal: contenido del discurso y la duración de la intervención.
- Mejorar la capacidad para iniciar y mantener una conversación en ambientes laborales
- Desarrollar un comportamiento asertivo en el entorno laboral: pedir ayuda/información, decir no, defender la propia opinión, hacer y recibir críticas, negociar acuerdos, hacer y recibir comentarios positivos

- Dotar de estrategias de afrontamiento y manejo de ansiedad en situaciones sociales y laborales.
- Mejorar la capacidad de tomar decisiones en situaciones conflictivas del entorno laboral

B.3. Entrenamiento en Solución de Problemas

- Orientación hacia el problema.
- Definición y formulación del problema.
- Generación de alternativas.
- Toma de decisiones y puestas en práctica de la solución y verificación
- ¿Cómo reconocer el punto de vista de los demás?
 - Observo a la otra persona (lo que dice, su tono de voz, sus gestos,..)
 - Escucho lo que la otra persona dice (intento comprender lo que dice)
 - Imagino lo que la otra persona puede sentir (enfado, tristeza, ansiedad,..)
 - Pienso en las maneras de demostrar interés por lo que la otra persona siente (hablarle, tocarle el hombro, mirarle,..)

- Decido la mejor forma de demostrarle comprensión.

Desarrollar estas intervenciones breves vinculadas al mundo laboral se nos antoja de enorme interés.

8.- CONCLUSIONES.

1. Los equipos de apoyo individualizado al empleo, en comparación con el grupo de control, facilitan el acceso al empleo ordinario incrementando el porcentaje de empleabilidad (99,9% vs. 74%) en las personas con trastornos mentales graves, con la colaboración de la red de salud mental comunitaria pública.
2. Los Equipos de apoyo al empleo, resultan más efectivos que los servicios tradicionales a la hora de promover el tiempo en empleo, siendo muy superior el número de semanas que las personas trabajan al año (Me=34,29 (IGR 17,14- 52,14) que en el grupo control (Me= 3,53 (IGR 0-11,57)).
3. A pesar que en el grupo control existe un número de personas elevado que consiguen empleo (74%), estos empleos tienen una duración corta comparados con los contratos del grupo IPS. El 50% de las personas del grupo IPS trabajaron 20 meses o más durante el periodo de estudio frente a 5 meses en el grupo control, ($p < 0,001$; Me= 20,15 (IGR=6,85-42,90) vs. (Me=5,50 (IGR=0-18).

4. Al analizar cuantos meses trabajan anualmente, hemos comprobamos que las diferencias entre el grupo de IPS y el grupo control son significativas: el 50% de las personas en IPS trabajan al menos 8 meses al año frente a un mes al año en el grupo control. ($P=0,000$ $Me= 7,9$ (IGR= 3,9-12) va ($Me= 0.78$ (IGR= 0-2,52)).
5. Los Equipos de apoyo al empleo, además promueven que las personas trabajen más horas en total, ($Me= 1142,86$ (IGR 514,29- 1825,00) vs 128,57 (IGR 0-462,85). $p < 0,001$), y tengan menos ingresos hospitalarios ($p < 0,001$ $Me=0$ (IGR 0-0) vs $Me=2$ (IGR 1-3)).
6. Nuestros resultados vocacionales, comparados con los resultados de otros países, fueron superiores en cuanto a las semanas trabajadas al año, ($\bar{X}= 32,79$ (8,139) $p < 0,001$), a las horas totales trabajadas, ($\bar{X}= 1148,23$ (701,16) $p < 0,001$) y a los días que tardan en conseguir el primer empleo ($\bar{X}= 47,72$ (66,41). $p < 0,001$) El salario percibido por hora ($\bar{X}= 6,7$ \$(1,8)) sin embargo, es similar o inferior que en el resto de los estudios.
7. La estrategia del IPS por tanto, también es efectiva en mercados limitados desde el 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. En estas sociedades la implementación del modelo IPS se hace más necesaria.

8. A pesar de que el cuestionario evaluación de empleo, por la adaptación realizada a nuestro contexto, pudo restar en las puntuaciones totales de la autoevaluación, los resultados de los EAIE son positivos y reflejan como puntos más fuertes el tamaño de los casos, el trabajo en equipo, el asesoramiento y las múltiples oportunidades de trabajo.
9. Es necesario analizar 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.
10. 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.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alverson H, Carpenter F , Drake R.E. An ethnographic study of job seeking among people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2006; 30;1:15-22.
- Anasagasti I. El mito del “deterioro” en la psicosis frente a la apuesta por la reconstrucción del “sujeto”. En Gómez Esteban R. Rivas Padilla E. *La práctica analítica en las instituciones de la salud mental. La psicosis y el malestar en la época actual. VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN. AEN. Estudios/34. 2005.65-74.*
- Andersen R, Oades L, Caputi. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37, 586-594.
- Andersen R., Caputi P., Oades, L. Stage of recovery instrument development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003; 40, 972-980.
- Anthony WA. Psychological Rehabilitation. A concept in need of a method. *American Psychologist*. 2003; 32:658-662.
- Anthony WA, Blanch A. Supported employment for persons who are psychiatrically disabled: an historical and conceptual perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1987; 11:5-23.
- Anthony WA, Cohen M, Farkas M. *Psychiatric rehabilitation*. Boston. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston University. 1990.

- Anthony WA. Recovery from mental health illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation J.* 1993; 16(4): 11-23.
- Arango Cálad, C.A. Los vínculos afectivos y la estructura social, una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. *Investigation y desarrollo.* 2003; vol 11, nº 1:70-103.
- Bailey J. I'm just an ordinary person. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 1998 ; 22(1), 8-10.
- Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, et al. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998;22: 24-9.
- Banks BS, Grossi Ch.T, Mank D. Workplace Support Job Performance, and integration outcomes for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation.* 2001 ;24;(4);389-396.
- Barker PJ. Uncommon sense-The tidal model of mental health recovery. *New Therapist.* 2004; 33:14-19.
- Beard JH, Propst RN, Malamud TJ. The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal.* 1982 ; 5(1), 47-53.
- Becker DR., Drake, RE. *A Working Life: The Individual Placement and Support (IPS) Program.* Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center. 1993
- Becker DR., Drake RE., Farabaugh, A, et al. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services.* .1996; 47, 1223-1226.
- Becker DR., Bond GR., McCarthy D., et al. Converting day treatment canters to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services.* 2001; 52, 351-357.

- Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford Press. 2003
- Bell MD, Mildstein RM., Lysaker PH. Pay as an incentive in work participation by patients with severe mental illness. Hospital and Community Psychiatry. 1993;. 44, 684-686.
- Bell MD, Bryson G. Work rehabilitation in Schizophrenia: Does cognitive impairment limit improvement?. Schizophrenia Bulletin, 2001;27, (2), 269-279.
- Bell MD, Bryson G, Greig T, et al. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy. Arch Gen Psychiatric 2001.; 58:763–768.
- Bell MD, Fiszdon J, Bryson G. et al. Effects of neurocognitive enhancement therapy in schizophrenia: normalization of memory performance. Cognitive Neuropsychiatry 2004;9(3):199-211
- Bell MD, Bryson GJ, Greig TC, et al. Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: productivity outcomes at 6- and 12-month follow-ups. J Rehab Res Dev. 2005 ; 42:829-838.
- Bellack A.S. Modelos científicos y de usuarios sobre la recuperación en la esquizofrenia: coincidencias, contrastes e implicaciones, Schizophrenia Bulletin. 2007; ed Esp;2(3): 117-128.
- Bertolote JM. Las experiencias de rehabilitación laboral a nivel mundial. En la rehabilitación laboral en personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II). Eds. Proyecto RISEM. Ayto Santa Lucía. Fondo social Europeo. Dirección General de Servicios Sociales. Gran Canaria. 1996;22-26.
- Blankertz L, Robinson S. Adding a vocational focus to mental Health rehabilitation. Psychiatric Services. 1996; 47, 1216-1222.
- Bleuler E. Demencia Precoz en el Grupo de las Esquizofrenias. Ediciones Horme. 1950; 259-278.

- Boardman J; Grove B. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 182:467-468.
- Bond GR., Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabilitation Psychology*.1986; 31, 143-155.
- Bond GR. Vocational rehabilitation. In R. P. Liberman (Ed.), *Handbook of psychiatric rehabilitation*. 1992; 244-275. New York: Macmillan.
- Bond GR., Miller LD., Dietzen LL. Final report on SSA Supported Employment Project for SSI/SSDI Beneficiaries with Serious Mental Illness Social Security Administration Grant.1992; No. 12-D-70299-5-01.
- Bond GR. Applying Psychiatric Rehabilitation principles to employment: recent findings. En (24), *Ancil, R y ots*;1994: 49-65.
- Bond GR., Dietzen L. L., McGrew J. H, et al. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology* .1995;40: 91–111
- Bond GR., Drake R.E., Becker D.R. The role of social functioning in vocational rehabilitation. In K. T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.). *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*. 1998; (pp. 372-390).
- Bond GR. Principles of the individual placement and support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1998; 22(1), 11-23
- Bond GR, Drake RE, Becker DR, Mueser KT. Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of Disability Policy Studies*. 1999; 10[1], 18-52.
- Bond GR. Los programas de empleo con apoyo. Seminario de Integración laboral de personas con trastorno mental severo. UIMP. FAISEM. Junta de Andalucía. Sevilla. 23 al 27 de octubre. 2000

- Bond GR, Resnick SG, Drake RE, et al. Does competitive employment improve non vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69, 489-501.
- Bond GR, Vogler KM, Resnick SG, Evans LJ, Drake RE, Becker DR. Dimensions of supported employment: Factor structure of the IPS fidelity scale. *Journal of Mental Health*. 2001; 10[4], 383-393.
- Bond, GR, Becker DR. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice». *Psychiatric Services*. .2001; 52 (3): 313-322.
- Bond GR, Drake R.E, Mueser K.T, et al. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients *Disease Management and Health Outcomes* 2001; 9:141-1159.
- Bond GR. Becker D.R. Drake R.E, et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*. 2001; 52(3):313-321.
- Bond GR. Supported employment: Evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2004; vol. 27, pp. 347-359.
- Bond GR, Salyers MP, Dincin J ,et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75, 968-982.
- Bond GR., Drake RE., & Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008; 31, 280-290.
- Bond GR, Drake RE , Becker, DR. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012; 11:32-39
- Boyce M , Secker J, Floyd M, et al. Factors influencing the delivery of evidence-based supported employment in England. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008; 31, 360-366.

- Braitman A, Counts P, Davenport R, et al. Comparison of barriers to employment for unemployed and employed clients in a case management program: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1995; 19(1), 3-18.
- Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;370: 1146-52.
- Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: Results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin*. 2009; 35, 949-958.
- Bush PW, Drake R E, Xie H, et al. The long-term impact of employment on mental health service use and costs. *Psychiatric Services* 2009; 60, 1024-1031.
- Carulla, L.S. Aspectos conceptuales y de clasificación de la rehabilitación laboral. En *La rehabilitación laboral en personas con enfermedades mentales crónicas en la comunidad (II)*. Eds. Proyecto RISEM. Ayuntamiento Santa Lucía. Fondo Social Europeo. Dirección General de Servicios Sociales. Gran Canaria. 1995; 27-32.
- Chandler D, Meiser J, Hu T, et al. A capitated model for a cross-section of severely mentally ill clients: Employment outcomes. *Community Mental Health Journal*. 1997; 33, 501-516.
- Chandler D, Levin S, Barry P. The menu approach to employment services: Philosophy and five-year outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1999; 23[1], 24-33.
- Cimera RE. The costs of providing supported employment services to individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008; 32, 110-116.

- Ciompi L. Catamnnesis long-term study on the course of life and adding of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. 1980; 6:606-18.
- Clark RE, Bush PW, Becker DR, et al. A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Administration and Policy in Mental Health*. 1996; 24, 63-77.
- Clevenger N. In favor of science. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2008; 31, 277-279.
- Cook JA, Razzano, L. Natural vocational supports for persons with mental illness: Thresholds supported competitive employment program. *New Directions for Mental Health Services*. 1992; 56, 23-41.
- Cook JA, Pickett, SA . Recent trends in vocational rehabilitation for people with psychiatric disability. *American Rehabilitation*. 1994; 20(4), 2-12.
- Cook JA, Razzano L. Discriminant function analysis of competitive employment outcomes in a transitional employment program for persons with severe mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*. 1995;. 5, 127-140.
- Cook J, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with Schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2000 26,1: 87-103.
- Cook JA, Leff HS, Blyler CR, et al. Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. 2005
- Cook JA , Lehman AF, Drake RE, et al. Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 162(10), 1948-1956.
- Cook J. A. Employment barriers for persons with psychiatric disabilities: Update of a report for the President's Commission. *Psychiatric Services*. 2006; 57, 1391-1405.

- Cook JA, Mulkern V, Grey DD, 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.
- Crane-Ross, D., Roth, D., & Lauber, B. G. Consumers' and case managers' perceptions of mental health and community support service needs. *Community Mental Health Journal*. 2000 ; 36, 161-178
- 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 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.
- Davidson L, Harding, C, Spaniol, L. Eds. *Recovery From Severe Mental Illness. Research Evidencia and Implication for Practice. Vol 1.* Boston Mass: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sarget College of Health And rehabilitation Sciencies, Boston University. 2005
- Davidson L., Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal Of Mental Health*. 2007;16, 459-470.
- Dellario DJ. The relationship between mental health, vocational rehabilitation interagency functioning, and outcome of psychiatrically disable persons. *Rehabilitation Counseling Bulletin*.1985; 28, 167-170.
- Dilk MN., Bond GR. Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 64, 1337-1346.
- Dion G., Dellario D., Farkas M. The relationship of maintenance neuroleptic dosage levels to vocational functioning in severely disabled clients: Implications

- for rehabilitation practitioners. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1982; 6(2), 29-35.
- Draine J., Salzer MS., Culhane DP., et al. Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* 2002; 53, 565-573.
 - Drake RE., Becker D.R., Biesanz J.C., et al. Rehabilitation day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal* 1994; 30, 519-532.
 - Drake R.E., Becker D.R, Biesanz J.C, et al. Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness: A replication study. *Psychiatric Services*. 1996 ;2:1125-1127
 - Drake RE, Becker DR. The individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services*,1996; 47:473-75.
 - Drake, R. E., Fox, T. S., Leather, P. K., Becker, D. R., Musumeci, J. S., Ingram, W. F., & McHugo, G. J. Regional variation in competitive employment for persons with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 25, 493-504.
 - Drake, R.E., McHugo, G.J., Bebout, R.R., Becker, D.R., Harris, M., Bond, G.R., Quimby, E.(1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*;56: 627-633.
 - Drake, R. E., & Essock, S. M. The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: The 95% problem. *Schizophrenia Bulletin*,2009; 35, 677-678.
 - Ehrenreich, B. *Nickel and Dimed*. New York: Henry Holt.2001
 - *Estrategia de Salud Mental de Sistema Nacional de Salud*. 2006.

- Fabian, E. S. Work and the quality of life. *Psychosocial Rehabilitation Journal*,1989 ; 12(4), 39-49.
- Fabian, E. S. Supported employment and the quality of life: Does a job make a difference? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 1992;36(2), 84-97.
- Farkas, M. Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En Aldaz, J.A. Vázquez, C. Esquizofrenia. Fundamentos psicológicos y psiquiátricos en la rehabilitación. Madrid. Siglo XXI de España Ediciones. 1996.
- García Badaraco, J.E. La comunidad terapéutica Psicoanalítica de estructura multifamiliar. Madrid. Tecnipublicaciones.1990
- García Montes, J. Pérez Álvarez, M. Reinvidicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*,2003; 3;(1): 107-122.
- Gervy, R., & Kowal, H. A description of a model for placing youth and young adults with psychiatric disabilities in competitive employment. Paper presented at the International Association of Psychosocial Rehabilitation Services Conference. Albuquerque, NM.1994
- Gold J, Harvey P. Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1993;16:295–313.
- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A.B., Carnemolla, M.A., Williams, O.H. & Keleher, J. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2006; 32(2), 378–395.
- Goldberg, S. C., Schooler, N. R., Hogarty, G. E., & Roper, M. Prediction of relapse in schizophrenic outpatients treated by drug and sociotherapy. *Archives of General Psychiatry*,1997; 34, 171-184.

- Goldberg TE, Torrey EF, Gold JM, et al. Genetic risk of neuropsychological impairment in schizophrenia: a study of monozygotic twins discordant and concordant for the disorder. *Schizophrenia Res.* 1995;17:77–84.
- Gowdy, EL; Carlson, LS y Rapp, C A. Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,2003; 26,3:232-239.
- Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* 1996;153:321–330.
- Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.*2006;67(suppl 9):3–8.
- Grissom RJ. Statistical analysis of ordinal categorical status after therapies. *J consult Clin Psych* 1994;62:281-284.
- Grove, B. La integración laboral de personas con trastorno mental severo en el Reino Unido. En Lara y Lopez, Op. Cit,2003; 137-149.
- Grove, B., Secker, J., & Seebohm, P. New thinking about mental health and employment. Abingdon, UK: Radcliffe Publishing.2005
- Growick, B. S. Effects of a work-adjustment program on emotionally handicapped individuals. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*,1976; 7, 119-123.
- Glynn, S.H. Cihen, A.M. Dixon, L.D. Niv N. Impacto potencial del movimiento de la recuperación en las intervenciones familiares en la esquizofrenia: oportunidades y obstáculos. . *Schizophrenia Bulletin*, (Ed. Esp.)2003 ;2(3): 143-148.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-596.

- Harrison, G. Hopper, K. Craig, T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. *Br J Psychiatry*, 2001; 178;506-517.
- Harrow, M. Grossman, L.S. Jobe, T.H. Herberner, E. Los pacientes con esquizofrenia: ¿alguna vez presentan períodos de recuperación? Un estudio de seguimiento de 15 años. *Schizophrenia Bulletin*, (ed Esp) 2006;1(2): 92-103.
- Hatfield, A. B., Huxley, P. & Mohamad, H. Accommodation and employment: a survey into the circumstances and expressed needs of users of mental services in a northern town. *British Journal of Social Work*, 1992; 22, 61-73.
- Hayes, R. L., & Halford, W. K. Time use of unemployed and employed single male schizophrenic subjects. *Schizophrenia Bulletin*, 1996; 22, 659-669.
- 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. *Mental Health Services Research* 2004; 6: 227-37
- Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
- Hogan, ME. New Freedom Commission report: The President's New Freedom Commission. Recommendations to Transform Mental Health Care in America. *Psychiatr Ser.*, 2003;54:1467-1474.
- Hoult, J. Reynolds I, Charbonneau-Powis M, et al. Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. 1983
- Hoult, J. Reynolds I, Charbonneau-Powis M, et al. Hospital Psiquiátrico versus el tratamiento de la comunidad: Los resultados de un ensayo aleatorio. *Aust NZJ Psychiatry*, 1983; 17:160-167,
- Hsiao, J. K. Recovery After an Initial Schizophrenic Episode (RAISE) NAMHC Concept Clearance. 2008.

- Jaeger, J., Creech, B., Glick, B., Berns, S., Douglas, E., & Kane, J. Community-based vocational rehabilitation: effectiveness and cost impact of a proposed program model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2006; 40, 452-461.
- Jerrell JM, Hu TW. Rentabilidad de la intensidad clínica y gestión de caos en comparación con un sistema de atención existentes. *Inquiry* 26:224-234, 1989. Encuesta 26:224-234.
- Kelly, DI. Copnley, RR. Carpenter, WT. First-episode schizophrenia: a focus on pharmacological treatment and safety considerations. *Drug*, 2005; 65:1131-1138.
- Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *British Journal of Psychiatry*, 2008; 193, 114-120.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Omori, I. M., et al. Supported employment for adults with severe mental illness (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* (www.thecochranelibrary.com), 1. Art. No.: CD008297. DOI: 10.1002/14651858.CD008297 (Published online 17 March 2010).
- Klerman, G. L. Better but not well: Social and ethical issues in the deinstitutionalization of the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 1977; 3, 617-631.
- Krupa, T., McLean, H., Eastabrook, S., Bonham, A., & Baksh, L. Daily time use as a measure of community adjustment for clients of assertive community treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 2003; 57, 558-565.
- Kukla, M. E. The relationship between employment status and nonvocational outcomes for persons with severe mental illness enrolled in vocational programs: A longitudinal study. Unpublished dissertation, Indiana University-Purdue University Indianapolis, Indianapolis. 2009.

- Latimer, E., Bush, P., Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. How much does supported employment for the severely mentally ill cost? An exploratory survey of high-fidelity programs. *Psychiatric Services*, 2004; 55, 401-406.
- Latimer, E.A., Lecomte, T., Becker, D.R., Drake, R.E., et al. Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment: Results of a Canadian randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 189,65-73.
- Lehman, A. F. Vocational Rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 214: 645-656.
- Lehman, A.F.; Goldberg, R. et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 2002; 59, 2: 165-172.
- Ley 13/1982, de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- Liberman, R.P. En vivo Amplified skills training: Promoting generalization of independent. *Living skills for clients with schizophrenia. Psychiatry*,2002; 2;10-12,20-32.
- Lin, N .Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean, W. ENTEL (comps.), *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.1996
- Lindenmayer JP, McGurk SR, Mueser KT, et al. Cognitive remediation in persistently mentally ill inpatients: a randomized controlled trial. *Psychiatry Serv.* 2008;59:241–247.
- López, M. y Laviana, M. Los servicios de salud mental como apoyo a la integración laboral: condiciones funcionales y organizativas. En García y ots, *Op. Cit.:* 1998; 253-260.
- López M, Laviana M, Alvarez F, González S, Fernández M, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con Trastorno Mental Severo. *Algunas*

propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista AEN, 2004, 89:31-65.

- López M, Laviana M, Fernández L, López A, et al A . La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista AEN, 2008; 28, 101:43-83.
- Lorenzo, M^a D. Continuidad de cuidados. Cronicidad. En Rubio J.L. (1997): Equipos e instituciones de salud mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios 21;143-148.
- Major, B. S., Hinton, M. F., Flint, A., Chalmers-Brown, A., McLoughlin, K., & Johnson, S. Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2009;44, online first.
- Marks IM, Connolly J, Muijen M, et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. Br J Psychiatry, 1994, 165:179-194.
- Marrone, J., & Golowka, E. If work makes people with mental illness sick, what do unemployment, poverty, and social isolation cause? Psychiatric Rehabilitation Journal, 1999; 23, 187-193.
- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, 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.
- . Marwaha, S. & Johnson, S. Schizophrenia and employment: a review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2004; 39, 337-349.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.): Harper & Row.
- McDonald-Wilson, KL; Rogers, S. An investigation of reasonable workplace accommodations for people with psychiatric disabilities: quantitative findings from a multi-site study». Community Mental Health Journal 2008; 38,1: 35-50.

- McDonald-Wilson, K. L., Rogers, E. S., Ellison, M. L., & Lyass, A. A study of the Social Security Work Incentives and their relation to perceived barriers to work among persons with psychiatric disability. *Rehabilitation Psychology*, 2003; 48, 301-309.
- McFarlane WR, Stastny P, Deakins S, Dushay R, Lukens E, Link B. Family psychoeducation, assertive community treatment and vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: employment outcomes in controlled and comparative studies. In: *Proceedings of the NASMHPD Research Institute Fourth Annual Conference on State Mental Health Agency Services Research and Program Evaluation*. Alexandria, Va: National Association of Mental Health Program Directors Research Institute, 1994; 113-123.
- McGurk S.R, Mueser K.T. Cognitive functioning and employment in severe mental illness. *Nervous and Mental Disease*, 2003; 191:789-798.
- McGurk S.R, Mueser K.T. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophrenia Research* 2004; 70:147-17
- McGurk S.R., Mueser K.T., 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[4], 898-909.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Feldman, K., Wolfe, R., Pascaris, A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164[3], 437-441.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., & Becker, D.R. The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1998; 22, 55-61.
- McQuilken, M., Zahniser, J. H., Novak, J., Starks, R. D., Olmos, A., & Bond, G. R. The Work Project Survey: Consumer perspectives on work. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2003; 18, 59-68.

- Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand. Mental Health Commission: Wellington NZ.1998
- Mental Health Commission . A vision for a recovery model in Irish mental health services. Mental Health Commission: Dublin.2005
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S., & McGorry, P. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? Schizophrenia Bulletin, 2009; 35, 909-918.
- 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.
- Mueser, K. T., Becker, D. R., Torrey, W. C., Xie, H., Bond, G. R., Drake, R. E., & Dain, B. J. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: A longitudinal analysis. Journal of Nervous and Mental Disease, 1997;185, 419-426.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. Schizophrenia Bulletin,1998; 24, 37-74.
- Mueser KT. Cognitive functioning, social adjustment and longterm outcome in schizophrenia. In: Sharma T, Harvey P, eds. Cognition in Schizophrenia: Impairments, Importance, and Treatment Strategies. Oxford: Oxford University Press; 2000:157–177.
- Mueser K.T. Salyers M.P. Mueser P.R. A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2001;2;:281–296.
- Mueser K.T, Becker D.R. Wolfe , R. Supported employment, job preferences, and job tenure and satisfaction. J Ment Health, 2001; 10:411-417.
- Mueser K.T, Foy D.W, Carter M.J. Social skills and less on the skills of Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. Behavior Modification, 2003 ;27:387–411.

- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., et al. The Hartford study of supported employment for severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004;72, 479-490.
- Mueser, K. T., Essock, S. M., Haines, M., Wolfe, R., & Xie, H. Posttraumatic stress disorder, supported employment, and outcomes in people with severe mental illness. *CNS Spectrums*, 2004; 9, 913-925
- Moll S., Huff J., Detwiler L. Supported employment: evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 2003; 70 (5), 298-310.
- Nakahara, S., & Nakatani, M. . How to practice IPS (in Japanese). *Psychiatry Clinical Service*, 2007;7(3).
- Noble, J. H., Honberg, R. S., Hall, L. L., & Flynn, L. M. A legacy of failure: The inability of the federal-state vocational rehabilitation system to serve people with severe mental illness. Arlington, VA: National Alliance for the Mentally Ill. 1997.
- Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Turner, L. R., Ventura, J., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2008). Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia: Integrating supported education and supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 340-349.
- Padgett, D. K., Patrick, C., Burns, B. J., Schlesinger, H. J. Women and outpatient mental health services: Use by Black, Hispanic, and White women in a national insured population. *Journal of Mental Health Administration*, 1994 ;21, 347–360.
- Rapp, C. Goscha, R.J. *The Strengths model Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Oxford University Press: New York. 2006
- Recamier, P.C. (1983): *Los esquizofrénicos*. Madrid. Biblioteca Nueva.

- Reiser S. The era of the patient: Using the experience of illness in shaping the missions of health care. *Journal of the American Medical Association*, 1993; 269, 1012-1017.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., Canive, J. M., De Souza, C, et al. Employment outcomes in a randomized trial of second-generation antipsychotics and perphenazine in the treatment of individuals with schizophrenia. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2008; 35, 215-225.
- Rethink (2008): A brief introduction to the recovery approach (www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery:and_self_management/recover) [Accessed February 2008].
- Rivas Padilla, E. (2005): Diálogo y Trato con el sujeto psicótico En. Gómez Esteban R.
- Rinaldi ,M., McNeil, K., Firn, M., et al. What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *Psychiatric Bulletin*, 2004; 28, 281-284.
- Roberts, G., Davenport, S. Holloway, F. Tattan, T. *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatric*. Gaskell: London.2006
- Robinson, D. Woerner, M. McMeniman, M. Mendolowitz, A. Bilder, R. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia of schiroaffective disorder. *Am J Psychiat.*, 2004; 161:473-479.
- Rodríguez Pulido, F. Análisis del modelo asistencia en el Archipiélago Canario. Dirección de Asistencia Sanitaria. Gobierno de Canarias.1995
- Rodríguez Pulido, F. Rodríguez Hernández, S. Hernández Marrero J. et al. Los trastornos mentales y la discapacidad y su relación con la cronicidad. En Rodríguez Hernández, S. Rodríguez Pulido, F. Hernández Marrero J. *La psiquiatría comunitaria. La integración social y laboral de los enfermos*

mentales. Ayuntamiento de Santa Lucía. Proyecto ISLEM. Gran Canaria,2000; 167-188.

- Rodríguez Pulido F, Rodríguez Díaz M, García Ramírez M. La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*,2004; 25 (6): 264-281.
- Rodríguez Pulido, F. Tallo Aldana, E. Tost Pardell, L. Perestelo Pérez, et al. Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESC Num. 2007/12.
- Rodríguez Pulido, F. La experiencia de Tenerife en la inserción rápida en el empleo ordinario. En Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Fundación canaria de salud y sanidad de Tenerife. 2009
- Rodríguez Pulido, F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: Modelo Red de redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife. 2010; 10:132-7
- Rodríguez Pulido, F. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. SINPROMI. 2011
- Rogers, E. S., Walsh, D., Masotta, L., & Danley, K. (1991). Massachusetts survey of client preferences for community support services: Final report. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Rogers, J. A. Work is key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*,1995; 18(4), 5-10.
- Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR. Social relationships at work: Does the employment model make a difference? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26: 51-61.

- Rosen, A y Barfoot. Day care and occupation: structured rehabilitation and recovery programmes and work. En Thornikroft, G y Szmukler, G. – Textbook of Community Psychiatry, Oxford University Press, 2001; 295-308.
- Rosenheck, R. A., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., Stroup, S., Hsiao, J. K., & Lieberman, J. Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163, 411-417.
- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Harding, C. M., et al. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*, 2007;58, 315-324.
- Sarraceno, B. Montero, F. La rehabilitación entre modelos y prácticas. En Aparicio V. Evaluación de servicios en salud mental. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993; 313-321.
- Saykin AJ, Shtasel DL, Gur RE, et al. Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:124–131.
- Saveanu, T. I., & Roth, D. Evaluation of the impact of a state level interdepartamental agreement for the provision of rehabilitation services to severely mentally disabled persons in Ohio. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.1986
- Shafer, M. S., & Huang, H. W. The utilization of survival analysis to evaluate supported employment services. *Journal of Vocational Rehabilitation*,1995; 5, 103-113.
- Shepherd, G. Institucional Care and Rehabilitation. Longmans: London.1984
- Shepherd, G. La coordinación entre profesionales y redes de servicio. Seminario Integración laboral de personas con trastornos mentales severo. UIMP. FAISEN. Junta de Andalucía. Del 23 al 27 de octubre. Sevilla .2000

- Shepherd, G. Boardman, J. Slade, M. Hacer de la recuperación una realidad Sainbury Centre for Mental Health Policy Paper Making Recovery a Really: Edición en Castellano. 2007
- Shors Tracey, J. Salvar las neuronas nuevas, En el cerebro, hoy. Tema 57. Investigación y Ciencia. Scientific American, Septiembre, 2009; 19-25.
- Steele, K., & Berman, C. The day the voices stopped. New York: Basic Books. 2001
- Stein, M.A. Stein, L.I. Alternative to the hospital: a controlled study: American Journal of Psychiatry, 1975;132; 517-522.
- Stein, L.I. Santos, A.B. Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness. Norton, New York.1998
- Stein, L.I. Test, M.A. The Training in Community Living model: a decade of experience. New Directions for Mental Health Services 1985; 26:1-98.
- Stein, L.I. Test, M.A. Alternative mental hospital treatment, I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry,1980; 37; 392-397.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Consensus Conference of Mental Health Recovery and Systems Transformation. Rockville Md: Dep of Health Human Services; 2005.
- Test, M.A. Stein, L.I. Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, 1976;12:72-82.
- Test, M.A. Training in Community Living. In *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*, R.P. Liberman, ed., pp. 153-7, Macmillan Publishing, New York.1992
- Therrien, M., Ramirez, R. R. The Hispanic Population in the United States: March 2000 (Rep. P20–535). Washington, DC: U. S.Census Bureau. 2000

- Thompson, KS, Griffith, EH, Leaf PJ. A historical review of the Madison model of community care. *Hosp Community Psychiatric* , 1990; 41:625-633.
- Thornicroft y Szmukler. *Textbok of community psiquiatry*. Oxford University Press.2001.
- Tost Pardell, L. Hernández A de Sotomayor, C. Rodríguez Pulido, F. Perestelo Pérez, L. et al. *Psicoterapias de grupo como técnica terapéutica en personas con esquizofrenia*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESC Num. 2007/13.
- 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.
- 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. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 596-601.
- Vallina Fernández O. Lemus Giradlez S. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En Pérez Álvarez M. Fernández Hermida J.R. Fernández Rodríguez C. et al., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid. Pirámide, 2003;18-79 pp.
- Van Dongen, C. J. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 1996; 32(6), 535-548.
- Van Dongen, C. J. Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 1998; 19(1), 29-40.
- Van Erp, N. H., Giesen, F. B., van Weeghel, J., et al. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 2007;58, 1421-1426

- Vázquez, C. Nieto, M. López-Luengo, B. Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (eds.), *Rehabilitación en la salud mental: Situación y perspectivas 2002*; (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Waghorn, G., Collister, L., Killackey, E., & Sherring, J. Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 2007; 27, 29-37.
- Warner, R. *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. 3ª Edition. Brunner-Routledge. 2004; 233-260.
- Warner R. *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. 3ª Edition 2004. 261-405
- Warr, P. *Work, unemployment, and mental health*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- West, J. C., Wilk, J. E., Olfson, M., Rae, D. S., Marcus, S., Narrow, W. E., Pincus, H. A., & Regier, D. A. Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. *Psychiatric Services*, 2005; 56, 283-291.
- West, J. C., Wilk, J. E., Olfson, M., Rae, D. S., Marcus, S., Narrow, W. E., Pincus, H. A., & Regier, D. A. Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. *Psychiatric Services*, 2005;56, 283-291.
- Westermeyer, J. F., & Harrow, M. Factors associated with work impairments in schizophrenic and nonschizophrenic patients. In R. R. Grinker & M. Harrow (Eds.), *Clinical research in schizophrenia: A multidimensional approach* (pp. 280-298). Springfield, Il.: Thomas, C. C. 1987

- Wong KK, Chiu R, Tang B et al. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.

10.- ANEXOS

ANEXO 1.- Estrategia de búsqueda bibliográfica.

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

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 Hallucinosis" 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 "HallucinosiS" 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.- Referencias Estudios Incluidos.

Revisiones Sistemáticas (RS)	
Crowther 2001	Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Rehabilitación vocacional para personas con enfermedades mentales graves. Crowther.R, Marshall.M, Bond.G., Huxley.P.Rehabilitación vocacional.para.personas.con.enfermedades mentales.graves.En: La Biblioteca Cochrane Plus., 2007 Número.2.Oxford: Update Software Ltd.Disponible.a: http://www.update software.com .2001.
Crowther 2001	Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. BMJ 2001; 322(72-80):204-8.
Marshall 2001	Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters 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 Technol Assess 2001; 5(21):1-75.
Moll 2003	Moll S, Huff J, Detwiler L. Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. Can J Occup Ther 2003; 70(5):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. J Nerv Ment Dis 2003; 191(8): 515-23.
Ensayos clínicos aleatorizados (ECA)	
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. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(5):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. J Vocat Rehabil 2006; 25(2), 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. Arch Gen Psychiatry 1999; 56(7): 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. Schizophr Bull 2006; 32(2):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. Br J Psychiatry 2006; 189(1):65-73.
McHugo 1998	McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. Psychiatr Rehabil J 1998; 22(1):55-61.

Mueser 2001	Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. <i>J Ment 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>J Consult Clin Psychol</i> 2004;72(3):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>Arch Gen Psychiatry</i> 2002; 59(2):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>J Nerv Ment Dis</i> 2005; 193(9), 596-601.
Estudios Comparativos (EC)	
Bailey 1998	Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, Xie H, Drake RE. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? <i>Psychiatr Rehabil J</i> 1998; 22(1):24-29.
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>Psychiatr Serv</i> 2001; 52(3):351-57.
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>Ment Health Serv Res</i> 2004; 6(4):227-37.
Rollins 2002	Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR. Social relationships at work: Does the employment model make a difference? <i>Psychiatr Rehabil J</i> 2002; 26(1), 51-61.

ANEXO 3.- Referencias Estudios Excluidos.

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. Disponible en: http://www.aetmis.gouv.qc.ca . Citado en CRD (Centre for Reviews and Dissemination) 32001000206.	No tipo de estudio
Barton 1999	Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. <i>Psychiatr Serv</i> 1999; 50(4): 525-34.	
Becker 1998	Becker DR, Bebout RR, Drake RE. Job preferences of people with severe mental illness: A replication. <i>Psychiatr Rehabil J</i> 1998; 22(1):46-50.	
Becker 2006	Becker DR, Drake RE. Supported employment interventions are effective for people with severe mental illness. <i>Evid Based Ment Health</i> 2006; 9(1):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>Psychiatr Serv</i> 2007; 58(7):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 Esp Psiquiatr</i> 2001; 29(6): 357-67.	
Bennett 2003	Bennett S, Macdonald EM. Individual placement and support increased the likelihood of employment of people with severe mental illness. <i>Aust Occup Ther J</i> 2003; 50(3):180-81.	
Bond 1998	Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. <i>Psychiatr Rehabil J</i> 1998; 22(1):11-23.	
Bond 1999	Bond GR, Drake RE, Becker DR, Mueser KT. Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. <i>J Disabil Policy Stud</i> 1999; 10(1):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>Psychiatr Serv</i> 2001; 52(3):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>J Consult Clin Psychol</i> 2001; 69(3):489-501.	

Bond 2004	Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. <i>Psychiatr Rehabil J</i> 2004; 27(4):345-59.
Drake 2003	Drake RE, Becker DR, Bond GR. Recent research on vocational rehabilitation for persons with severe mental illness. <i>Curr Opin Psychiatry</i> 2003; 16(4):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>Evid Based Ment Health</i> 2001; 4(3):76.
Garcia-Villamizar 2007	Garcia-Villamizar D, Hughes C. Supported employment improves cognitive performance in adults with Autism. <i>J Intellect Disabil Res</i> 2007; 51(2):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>Am J Psychiatry</i> 2002; 159(8):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>Psychiatr Rehabil J</i> 2004; 27(3): 251-57.
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>Psychiatr Serv</i> 2003; 54(8):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>Adm Policy Ment Health and Ment Health Serv Res</i> 2006; 33(5):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>Psychiatr Rehabil J</i> 2005; 28(3):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>J Nerv Ment Dis</i> 2005; 193(11):705-13.
Reker 2000	Reker T, Hornung WP, Schonauer K, Eikermann B. Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2000; 101(6):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>Psychiatr Serv</i> 2004; 55(3):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(3):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 J Psychiatr</i> 2001; 11(2):13-18.	
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. <i>Am J Psychiatr Rehabil</i> ; 7(1):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. <i>Psychiatr Rehabil J</i> 2002; 26(1):13-22.	No intervención
Landeen 2001	Landeen J. Review: social skills training, supported employment programmes, and cognitive behaviour therapy improve some outcomes in schizophrenia. <i>Evid Based Nurs</i> 2001; 4(4):115.	No participantes
Rosenheck 2007	Rosenheck RA, Mares AS. Implementation of supported employment for homeless veterans with psychiatric or addiction disorders: two-year outcomes. <i>Psychiatr Serv</i> 2007; 58(3):325-33.	
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. <i>Schizophr Bull</i> 2007; 33(2):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. <i>Schizophr Res</i> 2004; 70(1):129-30.	

ANEXO 4.- Niveles y grados de evidencia.

Graduación de la evidencia. (Según la jerarquía de evidencia del NICE)	
Nivel	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis.
Ib	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 quasi-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.

Sistema de graduación para estudios individuales	
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 5 - Escala de Jadad.

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente	
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.

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? *Controlled Clin Trials* 1996;17:1-12

ANEXO 6. Escala de Estabrooks.

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:
DISEÑO Y ASIGNACIÓN	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
La descripción de la aleatorización fue:	¿Los criterios de inclusión/exclusión estaban claramente definidos?
Adecuada.....2	Sí.....2
Parcial.....1	Parcialmente.....1
Inadecuada.....0	No.....0
¿Crees que ha habido algún tipo de predisposición en la asignación de la intervención?	¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc...)?
Sí.....0	Sí.....2
Quizás.....1	Parcialmente.....1
No.....2	No.....0
¿Se evalúa la equivalencia de los grupos a posteriori?	Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4
Sí.....1	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN
No.....0	¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada?
Sub-Total Diseño y Asignación: /5	Sí.....2
RECLUTAMIENTO	Parcialmente.....1
¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita?	No.....0
Sí.....1	¿Se describe la intervención para el grupo control de forma detallada?
No.....0	Sí.....2
¿El índice de participación está claramente descrito?	Parcialmente.....1
	No.....0

Sí.....1		SubTotal Descripción de la Intervención:	/4
No.....0			
¿Cuál es el índice de pérdida?		ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	
<20%.....2		¿Incluye tests?	
21-50%.....1		Sí.....1	
>50%.....0		No.....0	
		Significación estadística y/o C.I.	
		Sí.....1	
¿Existe justificación para el tamaño de la muestra?		No.....0	
Sí.....2		¿Es apropiado el análisis estadístico?	
No.....0		Sí.....1	
Sub-Total Reclutamiento:	/6	No.....0	
		¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas?	
		Sí/NA.....1	
		No.....0	
		¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos?	
		Sí.....2	
		Algo.....1	
		No.....0	
		Sub-Total del Análisis Estadístico :	/6
MEDIDAS DE RESULTADO		CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE VALIDEZ	
¿Están claramente definidas las medidas de resultados (variables dependientes)?		Categorías	Subtotal Índice
Sí.....2		Diseño y asignación (5)	
Algo.....1		Reclutamiento (6)	
No.....0		Inclusión y exclusión (4)	
		Descripción de la intervención (4)	

¿Se describe claramente el protocolo de recolección de datos?	Análisis estadístico (6)
Sí.....2	Medidas de los resultados (10)
Algo.....1	TOTAL (35 máximo)
No.....0	
	SUBESCALA Y RATIO DE VALIDEZ
¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (pasada)?	Diseño y Asignación
Sí.....2	0-1.....Bajo
Algo.....1	2-3.....Medio
No.....0	
¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (presente)?	Reclutamiento
Sí.....2	0-2.....Bajo
Algo.....1	3-4.....Medio
No.....0	5-6.....Alto
¿Es apropiado el seguimiento?	Inclusión y Exclusión
>2 medidas post.....2	0-1.....Bajo
2 medidas post.....1	2-3.....Medio
Sólo 1 post.....0	4.....Alto
Márquese 0 si las medidas post están planificadas de manera inapropiada	Descripción de la Intervención
	0.....Bajo
	1-2.....Medio
	3-4.....Alto
Márquese 1 si a pesar de realizarse una sola medida post, parece coherente	Análisis Estadístico y Conclusiones
Sub-Total Medidas de Resultado: /10	0-2.....Bajo
	3-4.....Medio
	5-6.....Alto

Medidas de Resultado

0-4.....Bajo

5-7.....Medio

8-10.....Alto

ÍNDICE TOTAL DE VALIDEZ

≥ Bajo.....Bajo

< 2 Bajo, < 3 Alto.....Medio

≥ 3 Alto, 0 Bajo.....Alto

Escala adaptada de: 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.

Anexo 7 .- Escala de Oxman.

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente	
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 8.- Cuestionario de valoración para empleo.

VALORACIÓN PARA EL EMPLEO

Fecha de la entrevista:.....

Entrevistador/a:.....

Zona:.....

1. DATOS PERSONALES:

Titular:*

APELLIDOS:.....

NOMBRE: D.N.I.:.....

Familia:

PADRE/TUTOR:

MADRE/TUTORA:

Nº DE HERMANOS/AS:

CÓNYUGE O PAREJA:.....

NÚMERO DE HIJOS/AS..... EDAD.....

CONVIVE CON.....

2. EXPECTATIVAS LABORALES

1. ¿Te interesa trabajar en la actualidad?

Sí No No lo tiene claro

2. ¿Has trabajado alguna vez?.

SI NO

¿Cuánto tiempo?

0-6 meses	7 meses - 1 año	Más de 1 año	Más de 3 años

3. ¿Tienes experiencia laboral después de la enfermedad?

SI NO

¿Cuánto tiempo?

0-6 meses	7 meses - 1 año	Más de 1 año	Más de 3 años

4. ¿Cómo definirías tu experiencia laboral?

Muy Buena Buena Normal Mala Muy Mala

Aspectos positivos:

Aspectos Negativos:

5. ¿Has pensado en algún tipo de trabajo en concreto?

6. ¿Existe algún trabajo que desecharías?

7. ¿Qué supone para ti el trabajo?

Ingresos Económicos	Posibilidad de relacionarme	Sentirme útil en la sociedad	Otros:

8. ¿Te sientes capacitado para desempeñar un trabajo en la actualidad?

Sí No Sí, pero con apoyo

9. ¿Cuál es el salario mínimo que estarías dispuesto a cobrar por jornada completa?

S.M.I.	600-700	700-800	+ de 800

10. ¿Te gusta trabajar en equipo o prefieres hacerlo en solitario?

En Equipo	En Solitario	Indiferente

11. ¿Has utilizado alguna estrategia para buscar empleo en los últimos tres meses?

SI NO

¿Cuál?

3. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Qué enfermedad padeces?

2. ¿A qué edad te diagnosticaron la enfermedad por primera vez?

3. ¿Cuáles son tus síntomas?

Alucinaciones.	
Ideas delirantes (ej. Sentirse perseguido, creer ser otra persona...)	
Uso de palabras o raras estructuras del lenguaje, pensamientos incoherentes	
Trastorno emocional excitadas, deprimidas, o menor sensibilidad a las emociones)	
Otros:	

4. ¿Crees que la enfermedad te puede afectar a la hora de integrarte?

SI NO

¿En qué aspectos?

5. ¿Sabe alguna otra persona además de ti que padeces esta enfermedad?

SI NO

¿Quién?

4. MANEJO Y PREVISIÓN DE CRISIS

1. Nº de Crisis hasta la fecha actual.
2. Nº de ingresos hospitalarios
3. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste un crisis?

En los últimos 6 meses	En el último año	En los últimos tres años	En los últimos cinco años	No he tenido crisis

4. ¿Con qué frecuencia sueles sufrir este tipo de crisis?

He sufrido una única crisis.	Una vez cada 2-3 años	Una vez al año	2 ó más veces al año
¿cuándo?*	¿cuándo?*	¿cuándo?*	¿cuándo?*

*Aclarar cuándo han tenido lugar esas crisis (ej. Puede haber tenido una única crisis este año o hace 5 años, o puede que tuviera 2 ó más crisis al año hace 3 años y Actualmente ya no las sufra, especificar)

5. ¿Qué consecuencias suelen tener las crisis?

Ingresos hospitalarios	Aislamiento social	Problemas familiares	Otros:

6. ¿Eres capaz de identificar cuándo vas a tener una crisis?

SI NO

¿Qué síntomas notas?

7. ¿Qué harías si notas que vas a tener una crisis?

Acudir a la USM	Cambiar la medicación	Esperar a que se pasen los síntomas	Otros:

8. ¿Qué tipo de situaciones crees que pueden provocarte una crisis o te las han provocado en el pasado?.

Problemas familiares	Estrés en el trabajo	Factores ambientales	Otros:

5. ADHERENCIA Y ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

1. ¿Qué medicación estás tomando en la actualidad?(COMPROBAR CENSO Y DOC1)

2. ¿Crees que es importante tomar la medicación?

SI NO

¿Por qué?

3. ¿Crees que la medicación que estás tomando es efectiva?

SI NO

4. ¿Qué haces si notas que no te está produciendo el efecto necesario?

Acudir a la USM	Regular la dosis por mí cuenta	Cambiar de medicación	Otros:

5. ¿Quién se ocupa de que te tomes la medicación? ¿Tiene que recordártelo alguien? (Nombre, dosis, administración)

Me la tomo de forma autónoma	Me la recuerda algún familiar	Me la administran en la USM	Otros:

6. APOYO FAMILIAR

6.1. Apoyo Familiar Percibido

1. ¿Acudes a algún miembro de tu familia si tienes algún problema?

SI NO

¿A quién?

2. ¿Te sientes apoyado por tu familia en la toma de decisiones?

Sí No A veces

3. ¿Cómo te encuentras cuando estás con tus familiares?

Bien Regular Mal

4. ¿Tienes conflictos con algún miembro de la familia? ¿con quién?

SI NO

¿Con quién?

6.2. Actitud de la Familia: ESTE APARTADO SE PASA A ALGÚN FAMILIAR que conviva con el/la usuario/a (padres, pareja, hermanos etc.)

1. ¿Qué enfermedad padece su hijo/hermano/pareja? ¿Cuáles son sus principales síntomas?
2. ¿En qué actividades cree que necesita apoyo?

Empleo	Actividades de ocio	Formación	Transporte y desplazamiento	Otras:

3. ¿Cree que el trabajo sería positivo para él/ella?

SI NO

¿Por qué?

4. ¿Qué situaciones suelen influir en posibles recaídas?

Problemas familiares	Estrés en el trabajo	Factores ambientales (cambios de estación, calor etc.)	Otros:

7. HABILIDADES INTERPERSONALES

1. ¿Mantienes comunicación con personas ajenas a tu familia?

SI NO

¿Con quién?

2. ¿Te comunicas de manera especial con alguna persona con la que mantiene una relación más estrecha? (pareja, amigo íntimo...)

SI NO

¿Con quién?

3. ¿Te agrada estar en grupo?

SI NO

8. HABILIDADES LABORALES

1. ¿Eres capaz de pedir ayuda en el trabajo cuando la necesitas?

SI NO

Jefe	Compañeros	Técnicas de empleo	Resolver el conflicto	Otras:

2. ¿Sueles expresar tu desacuerdo en el terreno laboral?

SI NO

¿En qué circunstancias?

3. ¿Qué harías si tu jefe te llama la atención por la forma de realizar tu trabajo?

Callarme	Averiguar las causas	Abandonar el trabajo	Resolver el conflicto	Otras:

4. ¿Qué harías si te llaman la atención por algo de lo que tú no eres responsable?

Callarme	Decir quién es el responsable	Abandonar el trabajo	Resolver el conflicto	Otras:

9. HABILIDADES, DESTREZAS EN LA VIDA COTIDIANA Y AUTONOMÍA

1. ¿Qué actividades suele realizar en un día normal?,

2. ¿La mayoría de los días a qué hora te levantas por las mañanas?

Entre las 7 y 8:30	Entre las 8:30 y 10	Entre las 10 y 11	A partir de las 11

3. ¿Duermes la siesta?

No	1-2 días por semana	3 - 5 días por semana	Casi todos los días

¿Cuánto tiempo?

4. ¿Con quién vives en la actualidad?

Sólo	Con mis padres	Con mi pareja	En piso tutelado	Otros

5. ¿Quién es el responsable de las tareas domésticas en tu casa?

6. ¿Quién se ocupa de las tareas cotidianas como hacer la compra, ir al banco etc.?

7. ¿Qué tipo de tareas se te dan especialmente bien/mal? ¿Para cuáles necesitas ayuda?

8. ¿Gestionas tu propio dinero?

SI NO

¿Quién lo gestiona?

9. ¿Utilizas el transporte público de forma autónoma? (VER CENSO)

SI NO

10. RESPONSABILIDAD

1. ¿Crees que es importante llegar puntual al trabajo?

SI NO

¿Por qué?

2. ¿Qué harías si te coincide la hora del médico con tu horario laboral?

Avisar a la empresa e ir al médico	Intentar cambiar la hora del médico	Intentar cambiar el turno de trabajo	Otros

3. ¿Qué harías si te das cuenta de que por tu ritmo de trabajo se han acumulado muchas tareas que es importante finalizar?

Intentar acelerar el ritmo	Pedir que reduzcan el número de tareas	Buscar otro trabajo	Otros

4. Si un día te quedas dormido y vas a llegar tarde al trabajo ¿qué harías?

Llegar en cuanto pudiera	Llamar para avisar que voy a llegar tarde	No ir a trabajar ese día	Otros

11. OTROS DATOS

1. Elementos que pueden interferir en el desempeño del puesto:

- a. Tabaco
- b. Café
- c. Otras sustancias
- d. Sensibilidad al ruido
- e. Otros

2. Apariencia

Pobre higiene	
Limpio pero no bien vestido	
Limpio y bien vestido	

3. Intereses

	SI	NO
¿Asistes a actividades culturales/ocio? ¿Cuáles?:		
¿Eres miembro activo de un club, equipo u otra clase de organización? ¿Cuál?:		
¿Tiene algún hobby? ¿Cuál?		

12. ORIENTACIÓN LABORAL:

PUESTOS DEMANDADOS	PUESTOS IDÓNEOS

OBSERVACIONES

Valorar deseo explícito de empleabilidad (Comprobar si tiene aspiraciones laborales realistas)

13. SITUACIÓN LABORAL:

1. ¿Tiene actualmente un empleo remunerado?

SI NO

2. ¿Ha utilizado alguna estrategia para buscar empleo en el último mes?

SI NO

3. ¿Tiene algún otro tipo de ocupación en la actualidad? (incluyendo voluntariado)

SI NO

4. ¿Ha tenido algún problema para conservar un trabajo?.

SI TRABAJA EN LA ACTUALIDAD **ANEXO 1** Y SEGUIR CON **ANEXO 2**

SI NO TRABAJA EN LA ACTUALIDAD PERO HA TRABAJADO ALGUNA VEZ **ANEXO 2**

ANEXO 1

Trabajo actual

1. ¿Recibe usted un salario por su trabajo?

SI NO

2. ¿Cómo se enteró de este trabajo y cómo lo obtuvo? Señale una de las siguientes opciones:

Por mi mismo

Por familiares

Por contactos personales

Por anuncios

Otros:

3. ¿Cuál es el nombre de la empresa en la que trabaja?

4. ¿Qué puesto desempeña?

5. ¿Qué tareas realiza en su trabajo? (Descripción del trabajo, responsabilidades etc.)

6. ¿Cuántas horas semanales trabaja?

7. ¿Cuál es su sueldo bruto mensual?

8. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este empleo?

9. ¿Es un trabajo temporal o indefinido?

10. ¿Tiene contrato? Tipo de contrato

11. ¿Cómo son las relaciones con sus compañeros?

12. ¿Cómo son las relaciones con sus superiores?

ANEXO 2

	Nombre Empresa	Puesto	Tareas desempeñadas	Horas diarias	Salario	Duración Inicio/Fin	Tipo de Contrato	Relaciones con compañeros	Relaciones con Superiores	Motivo Fin contrato	Observaciones
Empleo 1			• • • •								
Empleo 2			• • • •								
Empleo 3			• • • •								
Empleo 4			• • • •								
Empleo 5			• • •								

¿Alguna vez ha trabajado en empleo ordinario durante doce meses consecutivos?

SI

NO

CONCLUSIONES GENERALES:

DESTREZAS OBSERVADAS:

Constancia:

Motivación:

Iniciativa:

Nivel de compromiso:

RIESGOS

- *Concienciación de enfermedad (apartado 4)*

- *Actitud hacia el tratamiento (apartado 6)*

- Identificación de señales de recaída, fuente de estrés y síntomas prodrómicos (grado de insight) (apartado 5):

- Estrategias de afrontamiento ante crisis (contacto con USM, automedicación, activación red social significativa) (apartado 5):

- Red social significativa (apartado 8):

- Aspectos positivos / negativos del núcleo familiar (actitud, conciencia de la enfermedad, apoyo) (apartado 7):

- Relación con profesionales de referencia USM (colaboración ,rechazo, ambivalencia):

- Circunstancias clínicas añadidas (ideas y riesgos de autolisis, consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades somáticas):

ÁREA PERSONAL (autonomía) (apartados 10 y 11):

ÁREA FAMILIAR (apartado 7):

ÁREA PSICOLÓGICA (conducta y avance personal). (valoración global)

ÁREA LABORAL (apartado 3, apartado 9 y anexos):

OBSERVACIONES

CUADRO RESUMEN

	BAJA	MEDIA	ALTA
Conciencia de la Enfermedad (Apartado 4)			
Manejo y previsión de Crisis (Apartado 5)			
Adherencia al tratamiento (Apartado 6)			
Apoyo Familiar percibido (Apartado 7)			
Habilidades Laborales (Apartado 9)			
Autonomía personal (Apartado 10 y Documento 3)			
Responsabilidad (Apartado 11)			

Formación Académica	Sin Estudios	Primarios EGB, ESO	Medios Bach., FP	Superiores Ciclos Sup., Universidad

Experiencia Laboral	Ninguna	1-6 meses	7 meses - 1 año	Más de 1 año	Más de 3 años
Previa a la aparición de la enfermedad					
Posterior a la aparición de la enfermedad					

Anexo 9: Escala de Fidelidad de los principios de IPS.

EMPLEO APOYADO ESCALA de FIDELIDAD*
1/7/08

Evaluador: _____ **Sitio:** _____ **Fecha:** _____ **Cuenta Total:** _____

Direcciones: Circule un número de ancla para cada criterio.

Criterio

Origen de datos**

Ancla

El Personal

1. Cantidad de casos por tratar: Cada especialista de empleo tiene su propio cantidad de casos por tratar. La cantidad de casos por tratar máxima para cualquier especialista del empleo a tiempo completo es 20 o menos clientes.

- 1= Proporción de 41 o más clientes por cada especialista de empleo.
- 2= Proporción de 31-40 clientes por cada especialista de empleo.
- 3= Proporción de 26-30 clientes por cada especialista de empleo.
- 4= Proporción de 21-25 clientes por cada especialista de empleo.
- 5= Proporción de 20 o menos clientes por cada especialista de empleo.

2. Personal de servicios de empleo: Los especialistas de empleo proporcionan solamente servicios de empleo.

- 1= Los especialistas de empleo proporcionan servicios de empleo menos de 60% del tiempo.
- 2= Los especialistas de empleo proporcionan servicios de 60 - 74% del tiempo.
- 3= Los especialistas de empleo proporcionan servicios de 75 - 89% del tiempo.
- 4= Los especialistas de empleo proporcionan servicios de 90 - 95% del tiempo.
- 5= Los especialistas de empleo proporcionan servicios de 96% o mas del tiempo.

3. Generalistas Vocacionales: Cada especialista de MIS, D O C, lleva a cabo todas las fases del servicio de empleo INT, O B S service, incluyendo la evaluación inicial, participación, evaluación, colocación de empleo, entrenamiento de trabajo, y seguir a lo largo de los apoyos antes de reducir la intensidad del apoyo de empleo proporcionado por otro profesional de la salud mental. (Nota: No se espera que cada especialista del empleo aconsejará sus clientes sobre beneficios. Clientes referidos a un experto de beneficios está en armonía con a la fidelidad. Vea # 1 in "Servicios")

- 1= Especialista de empleo sólo ofrece referidos de servicios vocacionales a los vendedores y otros programas.
- 2= Especialista de empleo mantiene sus casos pero refiere los clientes a otros programas para servicios vocacionales.
- 3= Especialista de empleo proporciona uno a cuatro fases de servicio (e.g. evaluación inicial, participación, evaluación, desarrollo de trabajo, colocación de empleo, entrenamiento de trabajo, y seguir a lo largo del apoyo)
- 4= Especialista de empleo proporciona cinco fases del servicio de empleo, pero no todo el servicio.
- 5= Especialista de empleo lleva a cabo las seis fases del servicio de empleo (e.g. evaluación inicial, participación, evaluación, desarrollo de trabajo, colocación de empleo, entrenamiento de trabajo, y seguir a lo largo del apoyo).

ORGANIZACIÓN

1. Integración de la rehabilitación con el tratamiento. MIS, D O C, de salud mental a través de asignación de equipo. INT, O B S
Especialistas de empleo forman parte de 2 (máximo) equipos del tratamiento de la salud mental. Por lo menos 90 % de los casos del especialista de empleo viene de estos equipos.

- 1= Los especialistas de empleo forman parte de un programa vocacional que que es separado del tratamiento de la salud mental.
- 2= Especialistas de empleo son parte de tres o mas 90 % e equipos de tratamiento de la salud mental. Los clientes son atendidos por distintos profesionales de la salud mental que no están organizados en equipos. Especialistas de empleo son parte de uno o dos equipos de quienes menos el de 50% de la cantidad de casos por tratar del especialista de empleo se abarque.
- 3= Especialistas de empleo son parte de uno o dos equipos de quienes por lo menos que 50 - 74% de la cantidad de casos por tratar del especialista de empleo se abarque.
- 4= Especialistas de empleo son parte de uno o dos equipos de quienes por lo menos que 75 - 89% de la cantidad de casos por tratar del especialista de empleo se abarque.
- 5= Especialistas de empleo son parte de uno o dos equipos de quienes por lo menos que 90 - 100% de la cantidad de casos por tratar del especialista de empleo se abarque.

2. Integración de la rehabilitación con el tratamiento de la salud mental a través del contacto frecuente del miembro de equipo: Especialistas de empleo o participan activamente en las reuniones semanales del equipo del tratamiento de la salud mental (no substituidas por reuniones administrativas) que discuten clientes individuales y sus metas del empleo con la decisión compartida. La oficina del especialista de empleo está en gran proximidad (o compartido con) a sus miembros de equipo del tratamiento de la salud mental. La documentación de los servicios de tratamiento y de empleo de la salud mental se integra en una sola carta del cliente. Los especialistas de empleo ayuda al equipo a pensar en el empleo para las personas que aún no han hecho el referido a los servicios de empleo apoyado.

- 1= Uno o ninguno está presente.
- 2= Dos están presente.
- 3= Tres están presente.
- 4= Cuatro están presente.
- 5= Cinco están presente.

Los cinco componentes claves están presentes.

• El especialista de empleo asiste a reuniones semanales del equipo del tratamiento de la salud mental

• El especialista de empleo participa activamente en reuniones del equipo del tratamiento con la decisión compartida.

• La documentación de servicios de empleo (es decir, evaluación, formación profesional/ perfil, plan de empleo, las notas de progreso) se integra en la carta del tratamiento de la salud mental del cliente.

• La oficina del especialista de empleo está en gran proximidad (o compartido con) a sus miembros de equipo del tratamiento de la salud mental

• Especialista de empleo ayuda a que el equipo piense en el empleo para las personas que aún no se han referido a los servicios de empleo apoyado.

3. La colaboración entre los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional y los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional. Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional tienen contacto frecuente con el propósito de discutir clientes compartidos y la identificación de posibles referidos.
- 1= Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional tienen contactos relacionados al cliente (teléfono, correo electrónico, en persona) por lo menos tres veces al año para discutir los clientes compartidos y referidos. 0 Especialistas de empleo y consejeros de Rehabilitación Vocacional no comunican.
- 2= Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional, tienen contactos relacionados al cliente (teléfono, correo electrónico, en persona) por lo menos tres veces al año para discutir los clientes compartidos y referidos.
- 3= Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional, tienen contactos relacionados al cliente (teléfono, correo electrónico, en persona) por lo menos mensualmente para discutir los clientes compartidos y referidos.
- 4= Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional se reúnen en persona por lo menos tres veces al año, 0 tienen contactos relacionados al cliente (teléfono, correo electrónico, en persona) cada semana para discutir los clientes compartidos y referidos.
- 5= Los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional se reúnen en persona por lo menos tres veces al año y tienen contactos relacionados al cliente (teléfono, correo electrónico, en persona) cada semana para discutir los clientes compartidos y referidos.
4. Equipo Vocacional: Por lo menos 2 especialistas MIS, INT, de empleo (a tiempo completo) y un líder abarcan OBS cada equipo de empleo. Tienen supervisión semanal (en grupo) relacionado al cliente siguiendo el modelo de empleo apoyado en los que se identifican las estrategias y oportunidades son compartidos. Proporcionan la cobertura para la cantidad de casos por tratar de cada uno cuando se necesita.
- 1= Especialistas de empleo no son parte del equipo vocacional.
- 2= Especialistas de empleo tienen el mismo supervisor pero no se reúnen en grupo. No proporcionan los servicios de asistencia para la cantidad de casos por cada uno.
- 3= Especialistas de empleo tienen el mismo supervisor y discuten clientes entre ellos cada semana. Proporcionan los servicios de asistencia de casos cuando se necesita. 0. Si un programa está en una zona rural donde los especialistas de empleo están geográficamente separados con un especialista de empleo en cada sitio, los especialistas de empleo se reúnen 2-3 veces al mes con su supervisor por teleconferencia.

4= Por lo menos 2 especialistas de empleo y un líder de equipo forman un equipo de empleo con 2 o 3 reuniones al mes para la supervisión (en grupo) relacionado al cliente en la cual se identifican las estrategias, comparten las búsquedas de trabajo y discuten los clientes entre ellos. Proporcionan la cobertura para las cantidades de casos por tratar de cada uno cuando se necesita, Q. Si un programa está en una zona rural donde los especialistas de empleo están geográficamente separados con un especialista de empleo en cada sitio, los especialistas de empleo se reúnen 2-3 veces al mes con su supervisor en persona o por teleconferencia y los profesionales de salud mental están disponibles para ayudar al especialista de empleo con actividades tales como tomar a alguien para trabajar o recoger aplicaciones de empleo.

5= Por lo menos 2 especialistas de empleo (a tiempo completo) y un líder abarcan cada equipo de empleo. Tienen supervisión semanal (en grupo) relacionado al cliente siguiendo el modelo de empleo apoyado en los que se identifican las estrategias y oportunidades son compartidos. Proporcionan la cobertura para la cantidad de casos por tratar de cada uno cuando se necesita.

5 Papel clave del supervisor de empleo: Cada equipo MIS, INT, De empleo apoyado está dirigido por un líder D O C, O B S del equipo de empleo apoyado. Las habilidades de especialistas de empleo se han desarrollado y mejorado a través de la supervisión basada en los resultados. Los cinco papeles claves del supervisor de empleo están presentes.

1= Uno o ninguno está presente.

2= Dos están presentes.

3= Tres están presentes.

4= Cuatro están presentes.

5= Cinco están presentes.

Cinco papeles claves del supervisor de empleo:

• Un supervisor a tiempo completo es responsable de no más de 10 especialistas de empleo. El supervisor no tiene otras responsabilidades que la supervisión. (Los líderes del programa que supervisan a menos de diez especialistas de empleo pueden pasar un porcentaje de tiempo en otras actividades de supervisión sobre una base prorrateada. Por ejemplo, un supervisor del empleo responsable de 4 especialistas de empleo puede ser dedicado a la supervisión del empleo apoyado a medio tiempo).

- El supervisor lleva a cabo semanalmente la supervisión del empleo o apoyado diseñado para examinar la situación de los clientes e identificar nuevas estrategias e ideas para ayudar a los clientes en sus vidas laborales.

- El supervisor comunica con los líderes del equipo del tratamiento de la salud mental para asegurarse de que los servicios son integrados, para resolver problemas programáticos (tales como el proceso de referencia, o la transferencia de seguimiento junto a los trabajadores de salud mental) y para ser un campeón para el valor del trabajo. Asiste a una reunión para cada equipo de tratamiento de la salud mental cada tres meses.

- El supervisor acompaña a los especialistas del empleo que son nuevos o que tienen dificultad con el desarrollo del trabajo para mejorar habilidades por observando, modelando, y dando observaciones sobre las habilidades, por ejemplo, la reunión de los empresarios para el desarrollo de trabajo

- El supervisor repasa resultados actuales del cliente con los especialistas del empleo y fija metas para mejorar funcionamiento del programa por lo menos cada tres meses.

6. Cero criterios de exclusión: Todos los clientes DOC, INT interesados en trabajar tienen acceso a los servicios OBS de empleo apoyado, independientemente de los factores de preparación para el trabajo, abuso de sustancias, los síntomas, historia de comportamiento violento, problemas cognitivos, no-adherencia del tratamiento, y la presentación personal. Esto se aplica durante los servicios de empleo apoyado también. Los especialistas de empleo ofrecen para ayudar con otro trabajo cuando se ha terminado, no importa la razón por la cual se terminó o cuantos trabajos han tenido. Si la Rehabilitación Vocacional tiene criterios de selección, la agencia de la salud mental no los utiliza para excluir cualquiera. Los clientes no son excluidos de manera formal o informal.

1= Hay una póliza oficial de excluir los clientes debido a la falta de preparación para el trabajo (por ejemplo, el abuso de sustancias, la historia de la violencia, el bajo nivel de funcionamiento, etc.) por el personal de empleo o los administradores de casos, o de otros profesionales.

2= La mayoría de los clientes no tienen acceso a los servicios de empleo apoyados debido a la percepción de falta de preparación para el trabajo (el abuso de sustancias, la historia de la violencia, el bajo nivel de funcionamiento, etc.).

3= Algunos clientes no tienen acceso a los servicios de empleo apoyado debido a la percepción de falta de preparación para el trabajo (el abuso de sustancias, la historia de la violencia, el bajo nivel de funcionamiento, etc.).

4= No hay evidencia de la exclusión, formal o informal. Los referidos no son solicitados por una amplia variedad de fuentes. Los especialistas de empleo

ofrecen ayuda con otro trabajo cuando uno se ha terminado. No importa la razón por la cual el trabajo terminó o el número de trabajos el cliente ha tenido.

5= Todos los clientes interesados en el trabajo tienen acceso a los servicios de empleo apoyados. Los médicos de la salud mental ayudan a clientes a considerar el empleo, y los referidos para el empleo apoyado son solicitadas por muchas fuentes. Los especialistas de empleo ofrecen ayuda con otro trabajo cuando uno se ha terminado. No importa la razón por la cual el trabajo terminó o el número de trabajos el cliente ha tenido.

1= Uno o ninguno está presente.

2= Dos están presente.

3= Tres están presente ..

4= Cuatro están presente.

5= Cinco están presente.

Agencia promueve el trabajo competitiva a través de múltiples estrategias:

• La evaluación inicial de la agencia incluye preguntas sobre el interés en el empleo.

• Agencia incluye preguntas sobre el interés en el empleo en todos exámenes de evaluación de plan de tratamiento (anual o semestral).

• Agencia muestra publicaciones (por ejemplo, folletos, boletines, carteles) sobre el trabajo y servicios de empleo, en el vestíbulo y otras zonas de espera.

• Agencia apoya maneras para que los clientes compartan historias de trabajo con otros clientes y el personal (por ejemplo, los acontecimientos de empleo en toda la agencia, grupos de apoyo, artículos, boletines, invitaciones para hablar en los grupos de tratamiento, etc) por lo menos dos veces al año.

• La agencia mide índice de empleo competitivo por lo menos cada tres meses y comparte resultados con el liderazgo de las agencias y el personal de la agencia.

7. Agencia enfocada en el empleo competitivo: DOC, INT,

OBS

Agencia promueve el trabajo competitiva a través de múltiples estrategias. La evaluación inicial de la

agencia incluye preguntas sobre el interés en el empleo.

La agencia muestra publicaciones (por ejemplo, folletos, boletines, carteles) sobre el trabajo y servicios de empleo.

en el vestíbulo y otras zonas de espera. El enfoque debe ser

con las agencias que proveen servicios a adultos con enfermedad

mental severo. Agencia apoya maneras para que los clientes

compartan historias de trabajo con otros clientes y el personal.

La agencia mide índice de empleo competitivo meses y comparte

resultados con el liderazgo de las agencias y el personal de la agencia.

8. Apoyo del Equipo Ejecutivo para el Empleo D O C, INT, Apoyado: Los miembros de equipo ejecutivos de la agencia OBS (por ejemplo, Funcionario Ejecutivo Principal y Director Ejecutivo, Director de Operaciones, Director Financiero, Director Clínico, Director Médico, Director de Recursos Humanos) colaborar en la implementación del empleo apoyado y la sostenibilidad. Los cinco componentes claves de apoyo del equipo ejecutivo están presentes.

- 1= Uno está presente .
- 2= Dos están presente .
- 3= Tres están presente .
- 4= Cuatro están presente .
- 5= Cinco están presente .

- El director ejecutivo y el director clínico demuestran el conocimiento con respecto a los principios de empleo apoyado basado en la evidencia .

- El proceso de control de calidad de la agencia incluye una revisión explícita del programa del Empleo Apoyado, o los componentes del programa, por lo menos cada 6 meses con el uso de la escala de fidelidad del empleo apoyado o hasta la realización de alta fidelidad, y por lo menos anualmente después de eso. El proceso de control de calidad utiliza los resultados de la evaluación de la fidelidad para mejorar la implementación del Empleo Apoyado y la sostenibilidad.

- Por lo menos un miembro del equipo ejecutivo participa activamente en las reuniones del equipo de liderazgo del Empleo Apoyado (reuniones del comité directivo) que ocurren por lo menos cada seis meses para los programas de alta fidelidad y por lo menos cada tres meses para los programas que todavía no han alcanzado alta fidelidad. El comité de dirección se define como un grupo diverso de interesados encargado de examinar la fidelidad, la implementación del programa, y el sistema de proveer servicios. El comité desarrolla planes de acción escritas para desarrollar o mantener los servicios de alta fidelidad.

- El Director General / Director Ejecutivo de la agencia comunica cómo los servicios de Empleo Apoyado apoyan la misión de la agencia y articula objetivos claros y concretos para el Empleo Apoyado y / o el empleo competitivo a todos los empleados de la agencia durante los primeros seis meses y al menos una vez al año. Ningún otro administrador está a cargo de esto.

- El líder del programa de Empleo Apoyado comparte la información sobre barreras y facilitadores de la práctica basada en la evidencia con el equipo ejecutivo (incluyendo al Director Ejecutivo) por lo menos dos veces cada año. El equipo ejecutivo ayuda al líder del programa a identificar y a implementar soluciones a las barreras.

SERVICIOS

1. Planificación de los incentivos del trabajo: Todos los clientes se les ofrece la planificación de los incentivos del trabajo antes de empezar un trabajo nuevo y ayuda en acceder de la planificación de los incentivos del trabajo cuando ya ha empezado a trabajar. La planificación de los incentivos del trabajo incluye beneficios del Seguro Social, beneficios médicos, subsidios de la medicación, subsidios de vivienda, cupones de alimentos, basados en su situación laboral, y otros. Los clientes reciben información sobre el informe de las ganancias al Seguro Social, los programas de vivienda, programas de veteranos, etc. dependiendo de los beneficios de la persona.
- DOC, INT
OBS, ISP
- 1= La planificación de los incentivos del trabajo no es fácilmente disponible o fácilmente accesible a la mayoría de los clientes servidos por la agencia.
- 2= El especialista del empleo da la información de contacto del cliente sobre donde obtener la información sobre la planificación de los incentivos del trabajo.
- 3= El especialista del empleo discute con cada cliente cambios de beneficios basados en su situación laboral.
- 4= El especialista del empleo u otro profesional de salud mental ofrece a sus clientes la asistencia en la obtención de planificación de los incentivos del trabajo por una persona entrenada en la planificación de los incentivos del trabajo antes de empezar a trabajar.
- 5= El especialista del empleo u otro profesional de salud mental ofrece a sus clientes la asistencia en la obtención de planificación de los incentivos del trabajo por una persona entrenada en la planificación de los incentivos del trabajo antes de empezar a trabajar. También facilitan el acceso a los incentivos del trabajo que planean cuando los clientes necesitan tomar decisiones sobre cambios en horas de trabajo y sueldo. Los clientes reciben información y asistencia sobre el informe de las ganancias al Seguro Social, los programas de vivienda, etc. dependiendo de los beneficios de la persona.
2. Divulgación: Los especialistas de empleo ofrecen a los clientes información precisa y ayuda a evaluar sus opciones para hacer una decisión informada sobre lo que se dice al empleador acerca de tener una discapacidad.
- DOC, INT
OBS
- 1= Ninguno está presente.
- 2= Uno está presente.
- 3= Dos están presentes.
- 4= Tres están presentes.
- 5= Cuatro están presentes.
- Los especialistas de empleo no requieren todos los clientes a divulgar su discapacidad psiquiátrica en el trabajo para recibir servicios.

- Los especialistas del empleo ofrecen discutir con los clientes los posibles costos y beneficios (ventajas y desventajas) de la divulgación en el trabajo antes de hacerlo. Los especialistas del empleo describen cómo la divulgación se relaciona con la petición de comodidades y del papel del especialista del empleo que comunica con el patrón.

- Los especialistas del empleo discuten la información específica que se divulgará (e.g., divulgue la recepción del tratamiento de la salud mental, o la presencia de una discapacidad psiquiátrica, o la dificultad con ansiedad, etc.) y ofrecen ejemplos de qué se podría decir a los patrones.

- Los especialistas de empleo discuten la divulgación en más de una ocasión (por ejemplo, si los clientes no han encontrado trabajo después de dos meses o si se presentan dificultades en el trabajo).

3. La Evaluación Vocacional Basada en el Trabajo: D O C, INT,

La evaluación vocacional inicial ocurre sobre 2-3 OBS, ISP sesiones y se actualiza con información de

experiencias de trabajo en puestos de trabajo competitivos.

Un formulario de perfil profesional que incluye información acerca de las preferencias, experiencias, habilidades, el ajuste actual, las fortalezas o contactos personales, etc., se actualiza con cada experiencia de trabajo nuevos. Tiene por objeto la resolución de problemas utilizando las evaluaciones ambientales y la consideración de ajustes razonables. Las fuentes de información son el cliente, el equipo de tratamiento, la historia clínica y, con el permiso del cliente, sus familiares y empleadores anteriores.

1= La evaluación vocacional se conduce antes de la colocación de trabajo con énfasis sobre las evaluaciones basadas en la oficina, pruebas estandarizadas, pruebas de inteligencia, y muestras de trabajo ..

2= La evaluación vocacional ocurre en una manera gradual que incluye: la experiencia pre-profesional de trabajo (por ejemplo, trabajo en programa de día), trabajos voluntarios, etc.

3= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes en la búsqueda de puestos de trabajo competitivos directamente sin la revisión sistemática de los intereses, experiencias, fortalezas, etc y no analizar rutinariamente la pérdida del empleo (o problemas de empleo).

4= La evaluación profesional inicial ocurre sobre 2-3 sesiones en las que los intereses y fortalezas son explorados. Los especialistas de empleo ayudan a los clientes a aprender de cada experiencia de trabajo y también trabajan con el equipo de tratamiento para analizar la pérdida de empleo, problemas de trabajo y los éxitos de trabajo. No documentan estas lecciones aprendidas en el perfil profesional. O el perfil profesional no se actualiza de forma regular.

5= La evaluación profesional inicial ocurre sobre 2-3 sesiones y la información se documenta en un formulario de perfil profesional que incluye preferencias, experiencias, habilidades, el ajuste actual, las fortalezas, los contactos

personales, etc. El formulario de perfil profesional se utiliza para identificar los tipos de trabajo y ambientes de trabajo. Se actualiza con cada experiencia de trabajos nuevos. Tiene por objeto la resolución de problemas utilizando las evaluaciones ambientales y la consideración de ajustes razonables. Las fuentes de información son el cliente, el equipo de tratamiento, la historia clínica, y, con el permiso del cliente, sus familiares y empleadores anteriores. Los especialistas de empleo ayudan a los clientes aprender de cada experiencia de trabajo y también trabajar con el equipo de tratamiento para analizar la pérdida de empleo, problemas de trabajo y los éxitos de empleo.

- 1= Primer contacto cara a cara con un empleador por el cliente o el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo es en promedio 271 días o más (> 9 meses) después de la entrada del programa.
- 2= Primer contacto cara a cara con un empleador por el cliente o el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo es en promedio 151 - 270 días (5 - 9 meses) después de la entrada del programa.
- 3= Primer contacto cara a cara con un empleador por el cliente o el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo es en promedio 61 - 150 días (2 - 5 meses) después de la entrada del programa.
- 4= Primer contacto cara a cara con un empleador por el cliente o el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo es en promedio 31 - 60 días (1 - 2 meses) después de la entrada del programa.
- 5= Primer contacto cara a cara con un empleador por el cliente o el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo es en promedio 30 días (1 mes) después de la entrada del programa.

1= Más del 25% de los contactos con empleadores por el especialista de empleo se basan en las opciones de empleo que reflejan las preferencias del cliente sus puntos fuertes, los síntomas, etc. en vez del mercado laboral.

2= Entre 25-49% de los contactos con empleadores por el especialista de empleo se basan en las opciones de empleo que reflejan las preferencias del cliente sus puntos fuertes, los síntomas, etc. en vez del mercado laboral.

4. Búsqueda rápida de empleo competitivo:
La evaluación del empleo inicial y el primer contacto cara a cara por el empleador con el cliente o con el especialista de empleo sobre un trabajo competitivo ocurre dentro de los 30 días (un mes) después de la entrada del programa.

DOC,INT,
OBS,ISP

5. Búsqueda de trabajo individualizada:
Especialistas de empleo tratan de emparejar empleadores con los clientes basado en las preferencias de los clientes (en relación con lo que cada persona disfruta y sus metas personales) y necesidades (incluida la experiencia, la capacidad, la sintomatología, la salud, etc.) en vez del mercado es decir, los empleos que están disponibles). Un plan

DOC,INT
OBS,ISP

individualizado de búsqueda de empleo o es desarrollado y actualizado con información de la evaluación vocacional/ formulario de perfil y de nuevo puesto de trabajo/ experiencias educativas.

- 3= Entre 50-74% de los contactos con empleadores por el especialista de empleo se basan en las opciones de empleo que reflejan las preferencias del cliente sus puntos fuertes, los síntomas, etc en vez del mercado laboral.
- 4= Entre 75-89% de los contactos con empleadores por el especialista de empleo se basan en las opciones de empleo que reflejan las preferencias del cliente sus puntos fuertes, los síntomas, etc en vez del mercado laboral.
- 5= Entre 75-89% de los contactos con empleadores por el especialista de empleo se basan en las opciones de empleo que reflejan las preferencias del cliente sus puntos fuertes, los síntomas, etc en vez del mercado laboral. Cuando los clientes tienen una experiencia laboral limitada, especialistas en empleo proporcionar información sobre una gama de opciones de trabajo en la comunidad.

6. El desarrollo del empleo - Contacto frecuente con D O C, INT
el empleador. Cada especialista de empleo hace por lo menos 6 contactos en persona con empleadores a la semana por parte de los clientes en busca de trabajo. Un contacto con el empleador se cuenta cuando un especialista de empleo responde a la misma empresa más de una vez en una semana y cuando el cliente está presente o no. contactos de clientes específicos y genéricos están incluidos. Los especialistas del empleo utilizan una forma de seguimiento semanal para documentar contactos con empleadores.

- 1= El especialista del empleo hace menos de 2 contactos en persona con empleadores que son cliente-específicos por semana.
- 2= El especialista del empleo hace 2 contactos en persona con empleadores que son cliente-específicos por semana, 0 No tiene un proceso de seguimiento.
- 3= El especialista del empleo hace 4 contactos en persona con empleadores que son cliente-específicos por semana, y usa una forma de seguimiento que es repasada por el supervisor del Empleo Apoyado cada mes.
- 4= El especialista del empleo hace 5 contactos en persona con empleadores que son cliente-específicos por semana, y usa una forma de seguimiento que es repasada por el supervisor del Empleo Apoyado cada semana.
- 5= El especialista del empleo hace 6 contactos en persona con empleadores que son cliente-específicos por semana, o 2 veces el número de personas que buscan trabajo cuando hay menos de 3 personas en busca de trabajo en su carga de trabajo (por ejemplo, el nuevo programa). Además, el especialista de empleo utiliza una forma de seguimiento que es revisado por el supervisor de Empleo Apoyado cada semana.

7. El desarrollo del empleo – Calidad del contacto con el cliente
DOC, INT, OBS
Los especialistas de empleo construyen relaciones con los empleadores a través de varias visitas en persona para conocer las necesidades del empleador, transmitir lo que el programa de Empleo Apoyado ofrece al empleador, describir los puntos fuertes del cliente que son una buena opción para el empleador.

1= El especialista de empleo conoce al empleador cuando ayuda al cliente a entregar la aplicación para el trabajo. El especialista de empleo raramente hace contactos con empleadores.

2= El especialista de trabajo contacta a los empleadores para preguntar sobre ofertas de trabajo y los comparte con los clientes.

3= El especialista de empleo, cuando ve una oferta de trabajo anunciada, visita al empleador para introducirse, describir el programa, y pedirle al empleador que entreviste a sus clientes.

4= El especialista de empleo se reúne con empleadores si hay una oferta de trabajo o no, defiende sus clientes, describe las fuerzas de sus clientes y le pide al empleador que entreviste a sus clientes.

5= Los especialistas de empleo construyen relaciones con los empleadores a través de varias visitas en persona para conocer las necesidades del empleador, transmitir lo que el programa de Empleo Apoyado ofrece al empleador, describir los puntos fuertes del cliente que son una buena opción para el empleador.

8. Diversidad de tipos de trabajo: Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo.
DOC, INT, OBS, ISP

1= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo menos de 50% del tiempo.

2= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo entre 50-59% del tiempo.

3= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo entre 60-69% del tiempo.

4= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo entre 70-84% del tiempo.

5= Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener diferentes tipos de trabajo entre 85-100% del tiempo.

9. Diversidad de empleadores: Los especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes.

DOC, INT,
OBS, ISP

- 1= Especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes menos de 50% del tiempo.
- 2= Especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes entre 50-59% del tiempo.
- 3= Especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes entre 60-69% del tiempo.
- 4= Especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes entre 70-74% del tiempo.
- 5= Especialistas de empleo ayudan a los clientes obtener trabajo con empleadores diferentes entre 85-100% del tiempo.

10. Trabajos competitivos: Los especialistas de empleo ofrecen opciones competitivas de trabajo que tienen la condición de permanente en lugar de la condición temporal de duración limitada (por ejemplo, posiciones de transición de empleo). Puestos de trabajo competitivo pagan al menos el salario mínimo, son puestos de trabajo que cualquier persona puede solicitar y no están reservadas para personas con discapacidad. (Puestos de trabajo temporal y el empleo de empresas de trabajo temporal que utilizan otros miembros de la comunidad son considerados como puestos de trabajo competitivos.)

- 1= Los especialistas de empleo ofrecen opciones para trabajos competitivos y permanentes menos de 64% del tiempo, o hay menos de 10 puestos de trabajo.
- 2= Los especialistas de empleo ofrecen opciones para trabajos competitivos y entre 65-74% del tiempo.
- 3= Los especialistas de empleo ofrecen opciones para trabajos competitivos y entre 75-84% del tiempo.
- 4= Los especialistas de empleo ofrecen opciones para trabajos competitivos y entre 85-94% del tiempo.
- 5= 95% o más de los trabajos competitivos de los clientes son permanentes.

11. Seguimiento individualizado de los apoyos: Los clientes reciben diferentes tipos de apoyo basado en el trabajo, preferencias de los clientes, historial de trabajo, necesidades, ayudas, etc. Son proporcionados por una variedad de personas, incluyendo miembros del equipo de tratamiento (por ejemplo, cambios en los medicamentos, entrenamiento en habilidades sociales, ánimo), familia, amigos,

- 1= La mayoría de los clientes no reciben apoyo de después de empezar un trabajo.
- 2= Alrededor de la mitad de los clientes que trabajan reciben un estrecho margen de apoyos proporcionados principalmente por el especialista en empleo.
- 3= La mayoría de los clientes que trabajan reciben un estrecho margen de apoyos proporcionados principalmente por el especialista en empleo.

compañeros de trabajo (es decir, los apoyos naturales), y el especialista de empleo. El especialista de empleo también proporciona apoyo de los empleadores cuando el cliente lo quiere. Especialistas de empleo ofrecen ayuda con el desarrollo de la carrera (por ejemplo, ayuda en la educación, empleo más deseable o más preferido).

- 4= Los clientes reciben diferentes tipos de apoyo basado en el trabajo, preferencias de los clientes, historial de trabajo, necesidades, ayudas, etc. El especialista de proporcióna apoyo cuando el cliente lo quiere.
- 5= Los clientes reciben diferentes tipos de apoyo basado en el trabajo, preferencias de los clientes, historial de trabajo, necesidades, etc. especialista en empleo también proporciona apoyo de los empleadores (por ejemplo, información educativs, adaptaciones en el trabajo) en la solicitud de cliente. El especialista de empleo ayuda a los clientes pasar a más puestos de trabajo preferible y también ayuda a las personas con certificados de formación o programas de la escuela. El sitio proporciona ejemplos de diferentes tipos de apoyo, incluyendo el apoyo de los miembros del equipo de tratamiento.

12. Apoyo de seguimiento tiempo ilimitado:

DOC,INT,
OBS,ISP

Los especialistas de empleo o tienen contacto en persona dentro de una semana antes de empezar un trabajo, dentro de tres días de empezar el trabajo, cada semana durante el primer mes, y por lo menos mensual por un año o más, después de trabajar constantemente, y deseado por los clientes. Los trabajadores de la salud mental reducen su apoyo después de un periodo de empleo fijo. Los especialistas de empleo están en contacto con los clientes dentro de tres días de la pérdida de empleo.

- 1= El especialista de empleo no se reúne en persona con el cliente dentro de un mes de empezar un trabajo nuevo.
- 2= El especialista de empleo se reúne en persona con menos de la mitad de sus clientes que están trabajando por lo menos de 4 meses después de empezar un trabajo nuevo.
- 3= El especialista de empleo se reúne en persona con la mitad (o mas) de sus clientes que están trabajando por lo menos de 4 meses después de empezar un trabajo nuevo.
- 4= El especialista del empleo tiene contacto en persona con los clientes de trabajo cada semana por el primer mes después de comenzar un trabajo, y por lo menos mensual por un año o más, en promedio, después de trabajar constantemente, y deseado por los clientes.
- 5= Los especialistas de empleo o tienen contacto en persona dentro de una semana antes de empezar un trabajo, dentro de tres días de empezar el trabajo, cada semana durante el primer mes, y por lo menos mensual por un año o más, después de trabajar constantemente, y deseado por los clientes. Los trabajadores de la salud mental reducen su apoyo después de un periodo de empleo fijo. Los especialistas de empleo están en contacto con los clientes dentro de tres días de la pérdida de empleo.

13. Servicios basado en la comunidad: Los servicios D O C, INT de empleo, tales como el compromiso, la búsqueda OBS de trabajo y seguir a lo largo se proporcionan en las comunidades por todos los especialistas en empleo.

14. Participación y el alcance del equipo de tratamiento integrado: MIS, D O C, INT, OBS no se basa en citas falladas o límites de tiempo. La documentación sistemática de los intentos de alcance. Los intentos de compromiso y de alcance por los miembros del equipo integrado. Múltiples visitas en el hogar/comunidad. Visitas coordinadas por el especialista de empleo con un miembro del equipo integrado. Conectar con familia, cuando posible. Cuando es claro el cliente no quiere trabajar o seguir usando los servicios del Empleo Apoyado, el equipo para el alcance.

*Origen de datos:

MIS Administración del Sistema de Información
 D O C Repaso de documentos: historias clínicas, las pólizas y procedimientos de la agencia
 INT Entrevistas con clientes # especialistas de empleo, personal de la salud mental health, consejeros de la rehabilitación vocacional, familias, empleadores
 OBS Observaciones
 IEP Plan de Servicio Individualizado

- 1= El especialista de empleo pasa 30% (o menos) de su tiempo trabajando en la comunidad.
 - 2= El especialista de empleo pasa 30 - 39% de su tiempo trabajando en la comunidad.
 - 3= El especialista de empleo pasa 40 - 49% de su tiempo trabajando en la comunidad.
 - 4= El especialista de empleo pasa 50 - 64% de su tiempo trabajando en la comunidad.
 - 5= El especialista de empleo pasa 65% (o más) de su tiempo trabajando en la comunidad.
- 1= Evidencia que están usando 2 o menos estrategias de participación y alcance.
 - 2= Evidencia que están usando 3 estrategias de participación y alcance.
 - 3= Evidencia que están usando 4 estrategias de participación y alcance.
 - 4= Evidencia que están usando 5 estrategias de participación y alcance.
 - 5= Evidencia que están usando los 6 estrategias de participación y alcance: i) Terminación de servicios no se basa en citas falladas o límites de tiempo. La documentación sistemática de los intentos de alcance. Los intentos de compromiso y de alcance por los miembros del equipo integrado. Múltiples visitas en el hogar/comunidad. Visitas coordinadas por el especialista de empleo con un miembro del equipo integrado. Conectar con familia, cuando posible.

2/14/96
 6/20/01, Actualizado
 1/7/08, Revisado

Hoja de la Cuenta de la Escala de Fidelidad del Empleo Apoyado

Personal		Cuenta:
1.	Tamaño de la cantidad de casos por tratar	Cuenta:
2.	Personal de servicios de empleo	Cuenta:
3.	Generalistas Vocacionales	Cuenta:
Organización		
1.	Integración de la rehabilitación de la salud mental a través de asignación de equipo	Cuenta:
2.	Integración de la rehabilitación de la salud mental a través del contacto frecuente con un miembro del equipo	Cuenta:
3.	Colaboración entre los especialistas de empleo y los consejeros de Rehabilitación Vocacional	Cuenta:
4.	Unidad vocacional	Cuenta:
5.	Papel del supervisor de empleo	Cuenta:
6.	Cero criterios de exclusión	Cuenta:
7.	Enfoque de la agencia sobre empleo competitivo	Cuenta:
8.	Ayuda del equipo ejecutivo para el empleo apoyado	Cuenta:
Servicios		
1.	Planeando incentivos de trabajar	Cuenta:
2.	Divulgación	Cuenta:
3.	La evaluación profesional basada en el trabajo	Cuenta:
4.	Rápida búsqueda de trabajo competitivo	Cuenta:
5.	Búsqueda de trabajo individualizado	Cuenta:
6.	Desarrollo de trabajo — Contacto frecuente con empleador	Cuenta:
7.	Desarrollo de trabajo — Calidad de contacto con empleador	Cuenta:
8.	Diversidad de tipos de trabajo	Cuenta:
9.	Diversidad of empleadores	Cuenta:
10.	Trabajos competitivos	Cuenta:
11.	Seguimiento individualizado de los apoyos	Cuenta:
12.	Apoyos de seguimiento tiempo ilimitado	Cuenta:
13.	Servicios basados en la comunidad	Cuenta:
14.	Participación y el alcance del equipo de tratamiento integrado	Cuenta:
Total:		

115 – 125 = Fidelidad Ejemplar
 100 - 114 = Fidelidad Bueno
 74 –99 = Fidelidad Pasable
 73 and below = No es Empleo Apoyado

Anexo 10- Documento de derivación a empleo.



C. I. R. P. A. C.

DOCUMENTO 1

DERIVACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL A LOS RECURSOS DE HABILITACIÓN PSICOSOCIAL (PIRP. TENERIFE 2001-2008)

Nombre: _____

Nº Historias Clínica: _____

Dirección de Contacto (actual): _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

Familiar: _____

S.S. SM de Referencia: _____

Psiquiatra de referencia: _____

Edad: _____

Diagnóstico Clínico (CIE-10): _____

(Breve resumen) _____

Medicación Actual: _____

Derivado al Recurso: _____

Fecha de Derivación: _____

Criterios para la Derivación: _____

(Adaptado Criterios) _____

Objetivos Propuestos por SSSM (Escalar la prioridad y específicos): _____

1. _____

2. _____

3. _____

Fdo. y sello

Anexo 11: Resultados vocacionales grupo control.

GRUPO CONTROL	NUMERO DE INGRESOS 2004/2010	NUMERO DE TRABAJOS TOTALES 2004-2010	MESES TRABAJADOS TOTALES 2004-2010	HORAS MEDIAS TRABAJADAS TOTALES	SALARIO MEDIO QUE RECIBIÓ	HORAS TOTALES	SEMANAS TRABAJADAS	SALARIO HORA
N	75	75	74	74	74	74	74	74
Mín	0	0	,0	,00	,00	,00	,00	,00
Máx	10	41	84,0	40,00	1120,00	15120,00	378,00	26,98
Media	2,12	4,85	11,57	26,92	599,90	2012,68	52,06	4,19
Desv. típ.	2,05	7,56	16,30	17,87	390,45	2942,53	73,36	4,37

Anexo 12: Comparativa resultados vocacionales grupo EAIE y grupo control.

	EAIE n=124		CONTROL n=75		ESTADÍSTICO	P VALUE	TAMAÑO DEL EFECTO
	Mediana	Rango intercuartil	Mediana	Rango intercuartil			
Número de ingresos hospitalarios	0	(0-0)	2	(1-3)	U=1312.5 Z=-9.639	.000	0.925
Número de contratos totales por persona	3	(2-5)	2	(0-6)	U=3853.0 Z=-2.041	.041	0.556
Meses totales trabajados	20.15	(6,857-42,807)	5.50	(0-18)	U=2335.5 Z=-5.779	.000	0.800
Horas a la semana trabajadas	40	(31,37-40)	39.30	(0-40)	U=4564.0 Z=-.064	.949	0.869
Salario al mes	800	(650 -940)	752.72	(0-890)	U=3822.0 Z=-1.965	.049	0.558
Salario/hora	5,11	(4,53-5,75)	4.40	(0-5.09)	U=3068.0 Z=-3.899	.000	0.680
Horas por año	1142,86	(514,29-1825)	128.57	(0-462.85)	U=1188.0 Z=-8.723	.000	0.908
Semanas por año	34,29	(17,14-52,14)	3.53	(0-11.57)	U=970.50 Z=-9.281	.000	0.920
Meses por año	7,9	(3,9-12)	0.785	(0-2.57)	U=970.5 Z=-9.281	.000	0.920

Anexo 13.- Tabla comparación resultados vocacionales del grupos EAIE con otros países presentados en medias y desviaciones típicas.

	AMERICA										ASIA			EUROPE	
	EAIE	DRAKE	LEHMAN	MUESER	LATIMER	BOND	WONG	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
		1999	2002	2004	2006	2006	2007								
SEGUIMIENTO (MESES)	124	74	113	68	75	92	46	156							
N (IPS)	84	18	24	24	12	24	12	18							
HORAS TOTALES TRABAJADAS POR AÑO	1148.2	214.7	181.8	186.3	126.4	298.1		285.9							
	701.6	44.1	132.7	257.8	266.8	418.0		471.2							
SEMANAS TOTALES TRABAJADAS POR AÑO	32.8	10.1	7.2	14.9	6.9	16.2		12.4							
	18.1	1.7	9.9	16.6	12.7	19.8		16.6							
DÍAS HASTA PRIMER EMPLEO	47.3	125.6	164.4	196.6	126.3	156.4		72							
	66.6	16.6	22.8	188.6	95.6	122.3		77							
	6.7	5.8	5.07	5.6	7.6										
SALARIO/HORA	1.8	1.2	1.1	7.8	17.1					**					
\$															
TRABAJO MÁS LARGO (UN AÑO)	27.9				14.6										
	18.6				17.9										
	*datos 2010														
TRABAJO MÁS LARGO (DOS AÑOS)	39.2		21.6	25.5		27.5									
	31.5		22.7	31.0		33.1									
	*datos 2009-10														
PERMANENCIA	28.6			20.0	15.8			30.5							
	37.0			29.3	18.0			22.8							

Los datos de días hasta primer empleo los presenta en media y desviación típica

** El salario que aparece en el artículo de Wong es por día. No pudimos calcular el salario/hora porque no aparecen las horas trabajadas.

Anexo 14.- Proporciones significativas entre los estudios comparados.

	DRAKE 1999	LEHMAN 2002	MUESER 2004	LATIMER 2006	BOND 2007	WONG 2008	BURNS 2007
HORAS TOTALES TRABAJADAS	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	-----	p<0'001
SEMANAS TRABAJADAS TOTALES	P<0.0001	P<0.0001	P=0.0010	P<0.0001	P=0.0033	P=0.0005	p<0'001
DÍAS HASTA PRIMER EMPLEO	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P<0.0001	P=0.0412	-----
SALARIO/HORA \$	P=0.0002	P<0.0001	P=0.1347	P=0.5614	-----	-----	-----
TRABAJO MÁS LARGO (UN AÑO)	-----	-----	-----	P<0.0001	-----	-----	-----
TRABAJO MÁS LARGO (DOS AÑOS)	-----	P<0.0001	P=0.0042	-----	P=0.0022	-----	-----
PERMANENCIA	-----	-----	P=0.1000	P=0.0056	-----	P=0.1017	P<0'001

*

Anexo 15 .-Comparación de los datos obtenidos por el EAIE con un estudio europeo presentado con medianas.

	EAIE	HESLIN 2011
N (IPS)	124	93
SEGUIMIENTO (MESES)	84	24
HORAS TRABAJADAS(SEMANAS)	40	15
SEMANAS TRABAJADAS POR AÑO	34.3	22
DÍAS HASTA PRIMER EMPLEO	47.3	708
SALARIO/HORA	(66.6)	(87.1)*
DÓLARES	6.4	9.4

Anexo 16.- Comparación de los datos de los EAIE con un estudio presentado con medianas y percentiles.

	EAIE	GOLD 2006	STADISTICAL	PVALUE
SEGUIMIENTO (MESES)	84	24		
N(IPS)	124	77		
HORAS TRABAJADAS (AÑO)	1142.8(514.2-1825)	360 (146-844)	Z=15.558	< .001
SALARIO/HORAS	6.4 (5.63-7.28)	5.50 (5.13-5.60)	Z= 14.25	< .001
SEMANAS TRABAJADAS POR AÑO	34.2 (17.1-52.1)	22.5 (12-44.5)	Z=10.176	< .001
SEMANAS EN EMPLEO MÁS LARGO (DOS AÑOS)	(12.86-52.14)*	20 (10-31)	Z= 3.14	.002
SEMANAS PRIMER EMPLEO	2.14 (0.14-10.64)	46 (31-70)	Z= 10.77	< .001

*Estos datos están relativizados a los veinticuatro últimos meses para poder hacer la comparación con el estudio de Gold que fue de dos.