

**FUNCIONAMIENTO CLÍNICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON
TRASTORNO MENTAL SEVERO ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN
DE REINSERCIÓN LABORAL**

Ana Milena Gaviria Gómez^{a*}, M.Sc., Ph.D.

José Gabriel Franco Vásquez^{a,b}, MD., M.Sc., Ph.D.

Antonio Labad Alquézar^a, MD., PhD.

Gloria Queralt Salvat^c, B.Sc.

Maite Martínez Nadal^c, B.Sc.

Lidia Novillo Jiménez^c, B.Sc.

Noelia Salcedo Oliver^c, B.Sc.

Sergi Fernández Asens^c, B.Sc.

Maria Josep Delor Bonfill^c, B.Sc.

Enric Cardús Gómez^c, B.Sc.

^aUniversity Psychiatric Hospital, Pere Mata Institute, Reus, Tarragona, Spain. Psychiatric Unit of the Faculty of Medicine and Health Sciences, Rovira i Virgili University, Reus, Tarragona, Spain. Health Research Institute Pere Virgili, Reus, Tarragona, Spain.

^bUniversidad Pontificia Bolivariana, Faculty of Medicine, Medellín, Colombia.

^cPere Mata Foundation, Reus (Tarragona), Spain.

*Correspondence author: Ana M. Gaviria, University Psychiatric Hospital, Pere Mata Institute, Ctra. de l'Institut Pere Mata s/n, 43206. Reus, Tarragona, Spain. E-mail amigago@gmail.com. Tel: (0034) 977 33 33 38. Fax: (0034) 977 31 00 21.

Resumen

Objetivo: Determinar la tasa incidente de recaídas en una cohorte de personas con trastorno mental severo (TMS) en el periodo de dos años antes a su incorporación en el programa de reinserción sociolaboral de la Fundación Pere Mata (Reus, Tarragona, España) y comparar este resultado con la incidencia de recaídas durante los dos años posteriores. También se pretende estimar las diferencias en el número de ingresos y tiempo de estancia hospitalaria, al igual que el número de consultas a los servicios de atención ambulatoria (psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería) durante los mencionados periodos. **Métodos:** Una cohorte histórica fija de 86 sujetos con diagnóstico de TMS se analizó con seguimiento a partir de dos años antes de la incorporación al programa y durante dos años después, para valorar el impacto de las acciones de reinserción laboral en la mejora del funcionamiento clínico. **Resultados:** El número de ingresos y los tiempos de estancia hospitalaria disminuyeron significativamente después del ingreso al programa, así como el número de consultas ambulatorias al psiquiatra. El tiempo de sobrevida libre de recaídas aumento tras el ingreso al programa (χ^2 para Log Rank =4,46 gl =1 p =0,035), la proporción de incidencia de recaída antes del ingreso fue de 39% mientras que la proporción de incidencia después fue del 18%. El riesgo relativo (RR) de tener una recaída (incidente) es mayor para el periodo de observación previo al inicio del programa comparado con el periodo de observación posterior al inicio de este (RR 2,13 IC 95% 1,27–3,55 p =0,002). **Conclusiones:** La combinación de un tratamiento clínico integral con la participación en un programa de reinserción laboral mejora el funcionamiento clínico de las personas con TMS disminuyendo los ingresos y tiempos de estancia hospitalaria, incrementando el tiempo libre de recaídas y reduciendo del uso de recursos asistenciales.

Palabras clave: enfermedad mental grave, reinserción laboral, empleo con apoyo, de evaluación de resultados.

1. INTRODUCCIÓN

La definición de Trastorno Mental Severo (TMS) abarca tres criterios: el diagnóstico de una enfermedad mental grave (típicamente psicótica), acompañada de una incapacidad funcional de moderada a grave y de una duración prolongada, en la mayoría de los casos con dos o más años de tratamiento controlado en los servicios de atención en salud mental (1). Sobrepasa las categorías diagnósticas tradicionales y describe a un grupo de personas con importantes deficiencias profesionales y sociales que suelen no reaccionar bien a las situaciones de tensión (2).

Las personas con TMS tienen dificultades para acceder y mantener un empleo remunerado y están expuestas a la exclusión social, dependencia económica, pobreza y marginación (3).

Aunque hay pruebas sobre el deseo de trabajar de la mayoría de los pacientes con TMS (3), la incidencia de desempleo en ellos es mayor que la encontrada en personas con enfermedades somáticas (4). En países como el Reino Unido, las tasas de empleo competitivo en estos pacientes rara vez superan el 20% (3). En España, que para el año 2008 registró un índice de desempleo de la población general del 13,91% (5), se han estimado tasas de desempleo del 85% para personas con TMS (6), llegando al 90% en el subgrupo de personas con esquizofrenia (7).

Existen evidencias sobre los efectos positivos del trabajo sobre la salud mental (8), y en concreto sobre los beneficios de los programas de reinserción laboral en personas con TMS (9-12), como por ejemplo la estructuración y ocupación del tiempo, participación e inclusión

social, mayor uso de las redes sociales, incremento de la autoestima y recompensas financieras (empleo remunerado) (3, 13). Igualmente se ha estudiado la eficacia de la combinación de estos programas con la atención especializada en salud mental observándose un efecto particularmente benéfico en el control de los síntomas (14).

Se ha demostrado que enfermedades que tradicionalmente se consideran “irrecuperables”, mejoran si se incluye en su tratamiento integral la rehabilitación (15). Programas de este tipo pueden contribuir a la mejoría duradera en el ajuste social (16) o de los síntomas negativos de los pacientes con psicosis funcionales (17). Con este tipo de intervenciones se pueden alcanzar tasas de rehabilitación social del 50 al 68% (18-20) e impactar de forma positiva sobre la calidad de vida de los pacientes (21-25).

Otro efecto beneficioso de este tipo de intervenciones es la disminución en la frecuencia e intensidad de los síntomas, en especial, de las alteraciones del pensamiento y del afecto (26-29). Un ensayo clínico reciente (30) demostró que personas con TMS que se incorporaban a actividades de reinserción laboral tras una recaída tienen un mejor funcionamiento global con disminución de los síntomas y mayor probabilidad de estar en remisión al final del seguimiento. Hasta el momento, no conocemos en España algún estudio que valore el impacto de las acciones de reinserción laboral en la mejora clínica de los pacientes, de hecho se reconoce como un asunto pendiente (7).

Aunque se ha expresado preocupación sobre si las demandas de trabajo podrían empeorar la salud de estos pacientes (31-33), hay evidencia que demuestra que personas con TMS en programas de reinserción laboral (formación vocacional, trabajo protegido, empleo con apoyo, empresas sociales) tienen menos re-hospitalizaciones y disminuyen el número de

visitas al servicio de urgencias, comparados con aquellos pacientes que sólo utilizan los recursos asistenciales para el manejo de su enfermedad (34-36).

Todo lo expuesto hace pensar que las acciones encaminadas a la reinserción sociolaboral de personas con TMS ejercen una acción protectora de la salud mental, repercutiendo en una menor cantidad de ingresos hospitalarios a lo largo del tiempo, menores tiempos de estancia hospitalaria y menos consultas a los diferentes dispositivos ambulatorios de la red de servicios de salud mental.

Este estudio tiene como objetivo comparar el tiempo libre de recaídas que impliquen ingresos hospitalarios, a lo largo de los dos años previos a la incorporación en el programa de reinserción sociolaboral en La Fundación Pere Mata (FPM) de la ciudad de Reus, (provincia de Tarragona, España) con el tiempo libre de dicho desenlace durante los dos años posteriores al ingreso en el mencionado programa. Al mismo tiempo se pretende estimar las diferencias en el número de ingresos, tiempos de estancia hospitalaria y número de consultas a los servicios de atención ambulatoria (psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería) durante los mismos dos periodos.

2. MÉTODOS

Estudio analítico de una cohorte histórica fija de personas con TMS, con seguimiento pasivo a partir de los dos años antes de la incorporación a un programa de reinserción laboral y durante los dos años posteriores al ingreso en este programa. La FPM, La Comisión de Investigación del Hospital Psiquiátrico Universitario “Institut Pere Mata” (IPM) y El Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario San Juan de Reus dieron su aprobación para la ejecución de este proyecto.

Descripción del programa

La intervención objeto de evaluación es brindada por La Fundación Pere Mata (FPM), que basa sus actuaciones en la búsqueda de la integración comunitaria de personas con TMS a través del trabajo, entendido como elemento de gran valor social que articula la vida de las personas y supone un factor de normalización. La solicitud de las plazas en los servicios laborales se da por derivación desde cualquier servicio de las redes públicas sociales, sanitarias y sociosanitarias, preferentemente desde la red de Salud Mental o por iniciativa del paciente si está vinculado a un tratamiento.

Inicialmente se realiza una valoración del paciente. Comprende entrevista social y psicológica para evaluar el cumplimiento de los criterios de inclusión al programa (motivación, vinculación a un tratamiento, situación psicopatológica compensada, necesidades básicas cubiertas, nivel suficiente de autonomía para el trabajo de hábitos y habilidades laborales, contar con el certificado de discapacidad por causa derivada del

trastorno mental). Si tras esta valoración se considera que el paciente no es idóneo para iniciar el programa, se informa al derivante para que sean modificadas las circunstancias de la no admisión y pueda ser evaluado nuevamente.

Posteriormente se realiza una evaluación laboral en la cual se determina el itinerario de las acciones para la inserción. El proceso se inicia en el Servicio Pre-Laboral (SPL). Este servicio busca iniciar el ajuste laboral. El propósito central es la adquisición y entrenamiento en hábitos laborales básicos (puntualidad, asistencia, aspecto personal, actitud ante el trabajo u organización y realización de tareas, comprensión de instrucciones, memoria, capacidad de atención y concentración, utilización de herramientas y otros materiales) y adquisición y mejora de habilidades sociales laborales (interacción con compañeros, iniciar conversaciones, solicitar y ofrecer ayudas, expresar valoraciones y críticas, y habilidad para trabajar con otros).

A continuación el paciente realiza un itinerario de cursos de formación destinados a la capacitación profesional que requerirá posteriormente en las áreas de trabajo del Centro Especial de Trabajo (CET), previo a la contratación laboral y con el objetivo de potenciar la orientación profesional y vocacional, el soporte a la formación y el entrenamiento de hábitos básicos y habilidades laborales en contexto formativo.

Finalmente, el paciente pasa al CET, una empresa social que combina elementos de los modelos de empleo protegido y empleo con apoyo (37) y que desarrolla actividades productivas como lavandería, jardinería, limpieza, restauración, subcontratación de procesos de montaje industrial, todo tipo de manipulados y embalajes. Todos los pacientes ejercen una ocupación remunerada mediante un contrato laboral.

Las acciones de acompañamiento individual en esta tercera fase del proceso comprenden seguimiento y soporte al paciente evaluando las dificultades particulares y buscando aumentar los recursos personales ante el puesto de trabajo; igualmente se procura que el paciente desarrolle y consolide los recursos personales necesarios para el mantenimiento del puesto de trabajo aportándole las herramientas y estrategias necesarias para hacer frente a las dificultades y situaciones conflictivas que puedan aparecer.

Participantes

Se incluyó en el estudio a personas en edad laboral con alguno de los diagnósticos incluidos en la definición de TMS; con un nivel de discapacidad moderado que según la legislación española (38) requiere ser determinado por un psiquiatra especializado que valore, por medio de la entrevista clínica la “disminución de la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida autónoma”, la “disminución de la capacidad laboral” y en general el “deterioro importante de la capacidad funcional”. Todos los sujetos fueron admitidos en el programa de reinserción laboral de la FPM y fueron seguidos durante los dos años antes (periodo de seguimiento A) y durante los dos años después (periodo de seguimiento B) de su ingreso al programa. De los 86 participantes el 64% eran hombres, con una edad media al momento de ingresar en el programa de reinserción laboral de 34,76 (\pm 7,26) años. El 83,7% están solteros mientras que el 16,3% tienen o han tenido pareja alguna vez. El 74,4% de la población contaban con estudios básicos y experiencia laboral previa al ingreso a FPM (82,4%). Las variables sociodemográficas de la cohorte no fueron diferentes de forma significativa al inicio de ambos periodos (datos no mostrados).

Medición y procedimiento

Los datos fueron tomados de los registros de la FPM y el Hospital Psiquiátrico Universitario “Institut Pere Mata” (IPM). Este hospital y su red de atención ambulatoria están integrados con la FPM y se encarga de la atención en salud mental de las personas de la provincia de Tarragona (España) a la que pertenecen los sujetos estudiados.

Se registró el tiempo transcurrido hasta el momento del primer ingreso por agudización del TMS tanto en el periodo A (antes) como en el periodo B (después). Además se contabilizó el total de ingresos en ambos periodos de seguimiento de dos años y la duración de los mismos. Se registró el diagnóstico primario y el porcentaje de discapacidad atribuido por enfermedad mental grave. Para efectos del presente estudio, consideraremos recaída un empeoramiento clínico que de lugar una hospitalización psiquiátrica.

Adicionalmente se contabilizaron (en ambos periodos de dos años) el número de consultas programadas en los servicios ambulatorios de La Red Asistencial de Salud Mental. Se discriminó el número de consultas a psiquiatría, psicología, trabajo social y enfermería. Finalmente se registró el número citas no cumplidas, como una medida indirecta de la adherencia a los programas de atención al TMS.

En el caso de presentarse pérdidas en el seguimiento por abandono del programa de reinserción se registró, siempre que fue posible, la causa de este hecho. Igualmente se evaluaron posibles diferencias en los datos sociodemográficos y clínicos entre el grupo de personas que tuvieron el seguimiento completo y aquellas que desertaron del programa.

Análisis de datos

Para la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas se usaron medidas de frecuencia en el caso de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para los datos cuantitativos.

Teniendo en cuenta que la totalidad de las variables desenlace mostraron una distribución diferente de la normal, se realizó un contraste de medidas repetidas con la prueba de rangos con signo de Wilcoxon.

Para el análisis de la probabilidad condicionada de recaída desde los dos años antes y durante los dos años posteriores al inicio de la intervención se utilizó la curva de supervivencia de Kaplan-Meier. La comparación global entre ambas curvas se estimó con la prueba Log-Rank. Para determinar el momento de mayor riesgo de recaída en ambos periodos se calculó, mediante el método actuarial, la función de riesgo usando el estadístico de Wilcoxon (Gehan) para las comparaciones globales.

Se calculó la proporción de incidencia de recaídas antes y después del ingreso al programa de rehabilitación, el riesgo relativo (RR) de tener ser ingresado al menos una vez con sus respectivos intervalos de confianza (IC), el porcentaje de reducción relativa del riesgo (%RRR) con sus IC y el número de sujetos que es necesario tratar para evitar una recaída (NNT) con sus correspondientes IC.

Para la evaluación de las posibles diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas entre los casos censurados por pérdida en el seguimiento, se realizó un análisis bivalente con la prueba de χ^2 o test exacto de Fisher en el caso de los datos cualitativos y la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas.

Para los cálculos estadísticos se usaron los programas StatCalc (incorporado al paquete estadístico EpiInfo), Excel y SPSS 15.0. Se consideró un valor de significación de $p < 0.005$ en todos los contrastes.

3. RESULTADOS

El diagnóstico por TMS más frecuente fue la esquizofrenia paranoide con una frecuencia de 37,2%, seguida por el trastorno esquizoafectivo (17,4%) y el trastorno bipolar (12,8%). El 48,9% de la población estudiada tiene como diagnóstico primario algún tipo de esquizofrenia. Los demás diagnósticos encontrados fueron: trastorno psicótico no especificado (5,8%), trastorno delirante (4,7%), trastorno esquizoide de la personalidad (3,5%), trastorno esquizotípico de la personalidad (2,3%), trastorno límite de la personalidad (2,3%) y trastorno obsesivo compulsivo (2,3%). El porcentaje medio de discapacidad derivado de la enfermedad mental fue de 61,88 (\pm 8,63).

En la Tabla 1 se exponen las diferencias en las distribuciones del número de ingresos y el promedio de días de estancia antes y después del inicio del programa de reinserción. Tanto los tiempos de estancia, como el número de ingresos hospitalarios disminuyen de forma significativa ($p < 0,005$).

En relación al número de consultas en los servicios de atención ambulatoria, hay una disminución en todas las consultas especializadas después del ingreso, pero sólo fue estadísticamente significativa la disminución en el número de consultas por psiquiatría. Comparando el número de absentismos en las consultas programadas antes y después, podemos observar que disminuyen de forma significativa en el caso de psiquiatría y trabajo social (Tabla 1).

TABLA1.

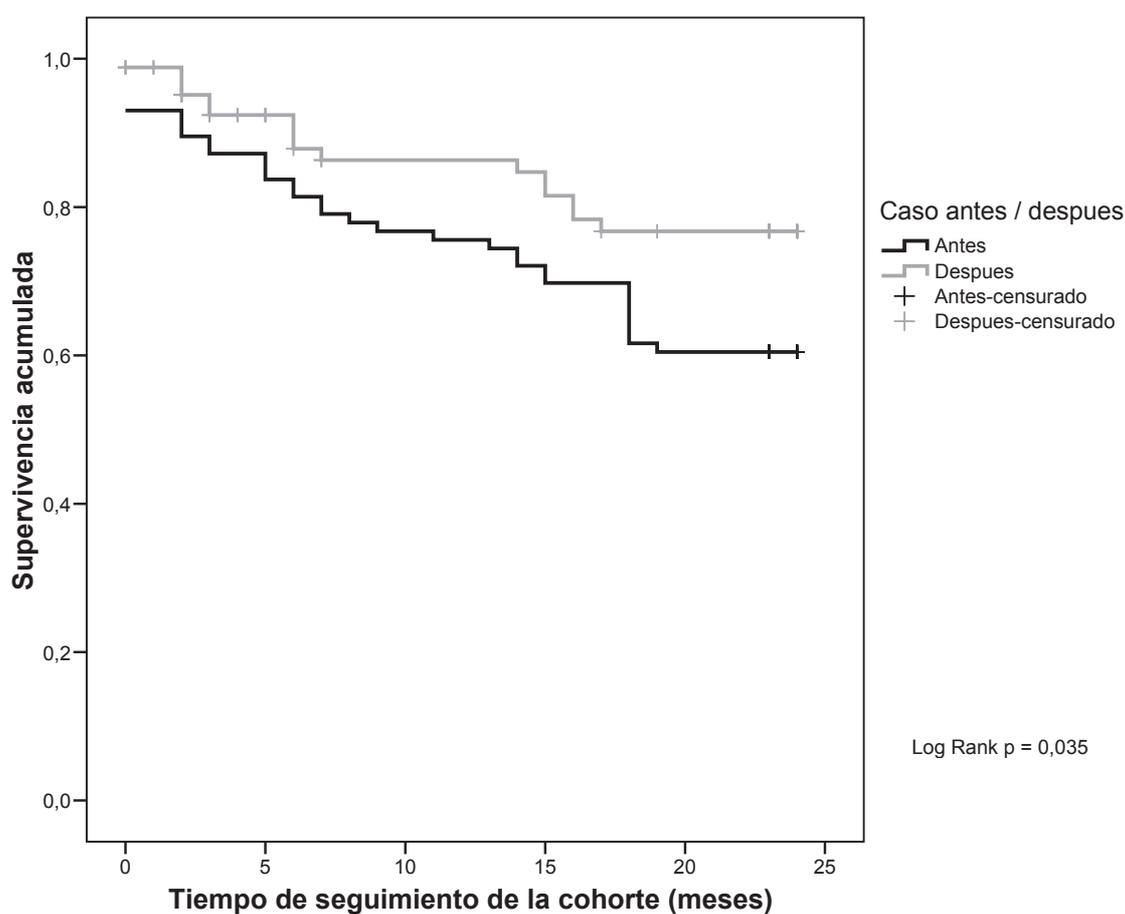
Evaluación del número de ingresos, tiempos de estancia y consultas a los servicios de atención ambulatoria antes y después del ingreso al programa de reinserción laboral.

Desenlace	Antes					Después					<i>p</i> [*]
	Media	Mediana	DT	Min	Max	Media	Mediana	DT	Min	Max	
Número de ingresos	0,65	0,0	1	0	5	0,26	0,0	0,6	0	4	0,002
Promedio de días de estancia	27,24	0,0	81,5	0	687	3,99	0,0	10	0	50	0,000
Número de consultas por psicología SIN absentismos	0,63	0,0	2	0	13	0,44	0,0	1,8	0	12	0,231
Número de consultas por psicología CON absentismos	0,13	0,0	0,6	0	5	0,06	0,0	0,3	0	3	0,301
Número de consultas por psiquiatría SIN absentismos	0,97	8	6,8	0	28	7,42	6	6	0	27	0,004
Número de consultas por psiquiatría CON absentismos	1,16	1	1,4	0	6	0,65	0,0	0,9	0	4	0,005
Número de consultas por trabajo social SIN absentismos	6,84	4	7	0	25	5,70	4	6,5	0	34	0,168
Número de consultas por trabajo social CON absentismos	1,51	1	1,9	0	8	1,06	0,0	1,7	0	10	0,027
Número de consultas por enfermería SIN absentismos	23,28	12	39,4	0	315	20,12	12	24,2	0	111	0,921
Número de consultas por enfermería CON absentismos	1,59	0,5	2,3	0	13	1,33	0,0	2,3	0	12	0,200

* Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

El análisis de supervivencia de Kaplan–Meier realizado para cada uno de los momentos del seguimiento (Figura 1), mostró que la sobrevida libre de recaídas aumento después del ingreso a FPM (χ^2 para Log Rank = 4,46 gl = 1 p = 0,035).

Figura 1.
Probabilidad de permanecer libre de ingresos antes y después del ingreso al programa de reinserción laboral.



La Tabla 2 muestra la probabilidad de supervivencia libre de hospitalizaciones acumulada a los 0, 6, 12 y 18 meses dentro de cada periodo de observación. Se puede apreciar que la probabilidad de no haber sido hospitalizado a los 18 meses después del ingreso a FPM es del

76%. También aparecen registrados los momentos de mayor riesgo de hospitalización antes y después (tasa de riesgo).

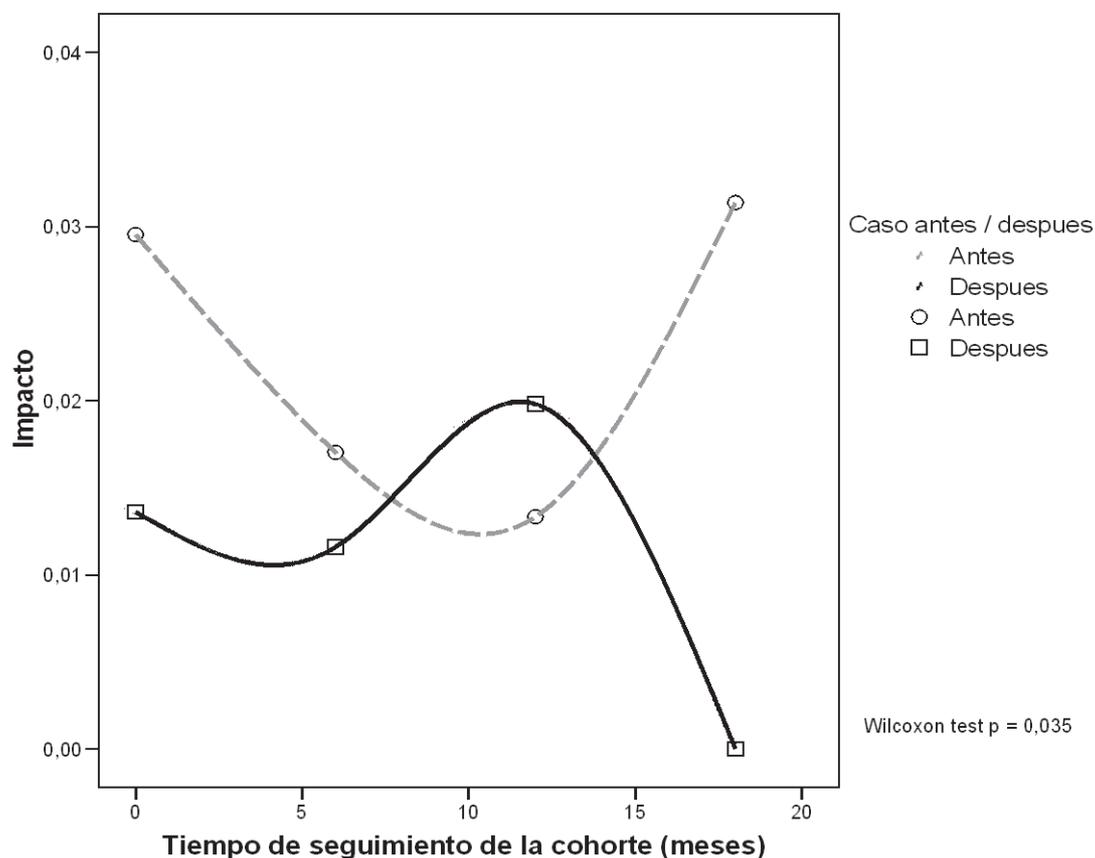
TABLA 2.
Probabilidad de supervivencia acumulada y tasa de riesgo actuarial de ser hospitalizado a los 0, 6, 12 y 18 meses antes y después del ingreso al programa de reinserción laboral.

	Inicio del intervalo (meses)							
	Antes				Después			
	0	6	12	18	0	6	12	18
Pacientes al inicio	86	72	65	60	86	61	54	47
Pacientes eliminados en el intervalo	0	0	0	27	19	3	1	31
Pacientes expuestos al riesgo	86	72	65	46,5	76,5	59,5	53,5	31,5
Nº de eventos terminales (recaídas)	14	7	5	8	6	4	6	0
Supervivencia acumulada	0,84	0,76	0,70	0,58	0,92	0,86	0,76	0,76
Tasa de riesgo	0,03	0,02	0,01	0,03	0,01	0,01	0,02	0,00

En la Figura 2 muestra como 12 meses después del ingreso a FPM se incrementa el riesgo de recaída pero desciende drásticamente a los 18 meses, mientras que antes del ingreso al programa el riesgo de recaídas es significativamente mayor a los 0, 6 y 18 meses (Estadístico de Wilcoxon = 4,43 $g_l = 1$ $p = 0,035$).

Figura 2.

Función de riesgo de recaída antes y después del ingreso al programa de reinserción laboral



En relación a las medidas de impacto de la intervención, la proporción de incidencia de recaída antes del ingreso al programa de reinserción laboral fue de 39% mientras que la proporción de incidencia de recaídas después del ingreso al programa fue de 18%. El RR de tener una recaída dado que no se está en el programa de reinserción laboral es de 2,13 (IC 95% 1,27 – 3,55. p = 0,002), el %RRR dado esta misma condición es de 53,8% (IC 95% 21,35 – 71,84) y el NNT para evitar una recaída en los pacientes de este programa es de 5 (IC 95% 2,93 -12,95).

Por último, solo se encontraron diferencias significativas en el nivel de estudios de los que abandonaron el programa de rehabilitación comparados con los que no lo dejaron: el 90,9% de las personas que se perdieron durante el seguimiento tenían un nivel de estudios básicos, superando este valor la frecuencia esperada ($p = 0,006$) (otros datos sociodemográficos y clínicos comparados no mostrados). El 42,4% de los que desertaron no lograron vincularse al proceso y mostraron un elevado nivel de absentismo laboral a pesar del apoyo y seguimiento individual brindado. Adicionalmente el 33,3% se dio de baja de forma voluntaria, es decir que aun manifestando un buen ajuste al proceso tomaron la decisión de abandonar. Las demás razones de la deserción abarcaron el no perder la pensión por discapacidad (9,1%), no contar con dinero suficiente para trasladarse a la FPM (6,1%), cambio de lugar de residencia (6,1%) y cambio de lugar de trabajo (3%).

Realizamos un análisis *a posteriori* de las recaídas en las personas que abandonaron el programa de reinserción laboral y encontramos que el 36,4% del total de personas que abandonaron el proceso de reinserción laboral presentaron por lo menos 1 recaída (rango entre 1 y 6) después de salir del programa hasta la fecha de elaboración de este informe. Este valor es mayor si lo comparamos con el porcentaje global de recaídas durante los dos años posteriores al ingreso de aquellos pacientes que permanecen dentro de la FPM: 20,8%, si bien ambos porcentajes no son comparables debido a la desigualdad en los periodos de observación.

4. DISCUSIÓN

Estar en un programa de reinserción laboral como el de FPM, se asoció con varias diferencias en el funcionamiento clínico en comparación con no estar en un programa como este.

Estas diferencias son evidentes en el número de ingresos y tiempo de estancia hospitalarios. Los resultados finales fueron mejores durante el periodo de observación posterior al inicio del programa rehabilitador. También se observó que cuando las personas con TMS ingresan a un programa como este tienen más probabilidades de aumentar sus tiempos de supervivencia libre de recaídas. Lo que sugiere que tener un empleo está directamente relacionado con los resultados clínicos.

Este estudio también muestra que el riesgo de re-hospitalizarse y permanecer más tiempo ingresado, es significativamente mayor cuando no se participa de programas de rehabilitación y reinserción sociolaboral. Este riesgo ya ha sido descrito suficientemente para personas con TMS donde especialmente los cuadros de psicosis no afectiva representan una causa obligada de ingreso (39).

Es posible que el estar dentro de un programa que estimula la atención global permanente, es decir atención psicosocial y sanitaria ambulatoria, esté directamente asociado a una menor probabilidad de agravamiento de la enfermedad. Otros estudios que involucran la combinación de ambos tipos de atención así lo han indicado (40-42).

Nuestro estudio también revela que pertenecer a un programa de atención psicosocial como el que se evalúa, disminuye el consumo de recursos de atención ambulatoria, en especial la consulta al psiquiatra, lo que sugiere que esta población ha logrado una mejora continuada de su salud, pudiendo significar que se reduce el número e intensidad de síntomas o bien que se adquieren nuevas y eficaces formas de afrontamiento a los síntomas, en especial si tenemos en cuenta que el número de absentismos también disminuyó. Este hallazgo se encuentra respaldado por otras investigaciones que demuestran efectos beneficiosos del trabajo sobre los síntomas clínicos (29, 43). Nuestros hallazgos nos permiten sospechar que el proceso de recuperación y rehabilitación de las personas con TMS se consolida y afianza en la medida que se cuente con la coordinación y trabajo conjunto de los recursos sanitarios y sociales, una idea previamente discutida (42, 44).

Aunque otros trabajos han mostrado que las características clínicas en si no son un predictor de éxito en la reinserción laboral (45), es prudente pensar que los resultados favorables encontrados en nuestro análisis pueden explicarse porque “estar psicopatológicamente compensado” es un criterio de inclusión en el programa de reinserción que se está evaluando, sería necesario replicar este análisis comparando dos grupos independientes, ambos clínicamente estables cuya diferencia estará en pertenecer o no a un programa de reinserción. Burns T. et al, ya han sugerido que si bien el trabajo tiene un efecto positivo sobre la salud mental, es posible que esta asociación sea una consecuencia del mejor estado de salud y funcionamiento general de las personas que pertenecen a este tipo de intervenciones (30). Por otra parte el tipo de diseño usado en esta investigación permite medir la variabilidad del desenlace, en este caso el funcionamiento clínico, a través del tiempo, con la ventaja de observar una muestra de conductas en lugar de tener dos muestras de sujetos.

Encontramos un número importante de pérdidas en el seguimiento, este inconveniente para el análisis se subsanó de forma parcial con la descripción de las características de estos sujetos. Explorando un poco lo sucedido con el subgrupo de pacientes que salieron del estudio por abandono del programa, la gran mayoría abandonaron por pérdida de motivación. Aunque los pacientes expresen interés por trabajar, puede ocurrir que no estén realmente comprometidos, o involucrados en el proceso, lo que sugiere que existe una diferencia entre expresar actitudes y la conducta en esta dirección (46). También puede pasar que los pacientes ante las exigencias del programa, experimenten temor al fracaso y se vean desalentados por esta causa (47).

Otro porcentaje importante de las pérdidas en el seguimiento fueron atribuidos a la falta de vinculación, es probable que los obstáculos que se presentaron estuvieran relacionados con cierta resistencia al cambio, falta de confianza en las propias capacidades o bien otro tipo de barreras psicológicas asociadas a las rutinas del trabajo, como la adaptación a los horarios y el tipo de tarea a desarrollar (48).

Un pequeño grupo de casos dejó el programa por temor a la pérdida de beneficios, concretamente por no renunciar a su pensión por discapacidad. Numerosos estudios han descrito como una poderosa barrera para la reinserción laboral el temor a la pérdida de beneficios (49), así mismo se ha descrito que la mayoría de las personas con TMS que no están interesados en trabajar están más preocupadas por la obtención de ayudas que por esforzarse por lograr la reincorporación al trabajo (47, 48).

El grupo de personas que abandonaron el programa (pérdidas al seguimiento) tenía una menor escolaridad que los que siguieron en él y presentaron un porcentaje de recaída

posterior a la deserción mayor. Aquellas personas que abandonan podrían presentar cuadros clínicos más complejos o de peor pronóstico, algo que amerita una investigación exhaustiva para determinar si existe un subgrupo de pacientes con TMS que requieran acciones de reinserción laboral diferentes y enfocadas de manera directa a sus particularidades, como el grado de escolaridad, que aquellas ofrecidas por el programa que se está valorando.

5. CONCLUSIONES

Estar en un programa de reinserción laboral se asocia a un menor número de reingresos y tiempos de estancia hospitalarios, así como con un menor consumo de recursos asistenciales ambulatorios y mejoría del cumplimiento terapéutico. Igualmente incrementa el tiempo de sobrevida libre de recaídas.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

References

1. Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA: Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital & community psychiatry* 32:21-27, 1981
2. Summers F: The post-acute functioning of the schizophrenic. *Journal of clinical psychology* 37:705-714, 1981
3. Boardman J, Grove B, Perkins R, et al: Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 182:467-468, 2003
4. Rymaszewska J, Dzielak K, Adamowski T, et al: Functioning and occupational activity of persons with mental disorders--research review. *Psychiatria polska* 41:29-38, 2007
5. Ecoprensa S.A.: España: índice de desempleo subió a 13,91% a fines de 2008. *elEconomista.es* 2009:1, 2009
6. Rodríguez F, Rodríguez MN, García MC: La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis* 25:264-281, 2004
7. López M, Laviana M, Alvarez F, et al: Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 89:31-65, 2004

8. Ruesch P, Graf J, Meyer PC, et al: Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 39:686-694, 2004
9. Becker DR, Drake RE, Farabaugh A, et al: Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 47:1223-1226, 1996
10. Burns T, Catty J, Becker T, et al: The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 370:1146-1152, 2007
11. Burns T, Catty J, EQOLISE Group: IPS in Europe: the EQOLISE trial. *Psychiatric rehabilitation journal* 31:313-317, 2008
12. Major BS, Hinton MF, Flint A, et al: Evidence of the effectiveness of a specialist vocational intervention following first episode psychosis: a naturalistic prospective cohort study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2009
13. Romney DM: Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia: a reanalysis. *Schizophrenia bulletin* 21:405-410, 1995
14. Cook JA, Lehman AF, Drake R, et al: Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *The American Journal of Psychiatry* 162:1948-1956, 2005
15. Ogawa K, Miya M, Watarai A, et al: A long-term follow-up study of schizophrenia in Japan--with special reference to the course of social adjustment. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 151:758-765, 1987

16. Heinessen RK, Liberman RP, Kopelowicz A: Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia bulletin* 26:21-46, 2000
17. Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J, et al: Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondéficit negative symptoms in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 154:424-425, 1997
18. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *The American Journal of Psychiatry* 144:718-726, 1987
19. Harding CM, Zubin J, Strauss JS: Chronicity in schizophrenia: revisited. *The British journal of psychiatry*.Supplement (18):27-37, 1992
20. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, et al: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 144:727-735, 1987
21. Melle I, Friis S, Hauff E, et al: Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 51:223-228, 2000
22. Eklund M, Hansson L, Bejerholm U: Relationships between satisfaction with occupational factors and health-related variables in schizophrenia outpatients. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 36:79-83, 2001

23. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, et al: Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia bulletin* 24:469-477, 1998
24. Van Dongen CJ: Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community mental health journal* 32:535-548, 1996
25. Arns PG, Linney JA: Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 46:260-265, 1995
26. Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM: Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 22:51-67, 1996
27. Bell MD, Lysaker PH: Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophrenia bulletin* 23:317-328, 1997
28. Carpenter WT,Jr, Strauss JS: The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of nervous and mental disease* 179:517-525, 1991
29. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, et al: Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *The Journal of nervous and mental disease* 185:419-426, 1997
30. 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* 35:949-958, 2009

31. Blankertz L, Robinson S: Adding a vocational focus to mental health rehabilitation. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 47:1216-1222, 1996
32. Riedel SG, Lindenbach I, Kilian R, et al: "Out of the picture"--self-evaluation of the occupational status of chronic schizophrenic patients in united Germany. *Psychiatrische Praxis* 25:286-290, 1998
33. Krupa T: Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatric rehabilitation journal* 28:8-15, 2004
34. Reker T, Eikelmann B: Work therapy for schizophrenic patients: results of a 3-year prospective study in Germany. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 247:314-319, 1997
35. Crowther R, Marshall M, Bond G, et al: Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2):CD003080, 2001
36. Henry AD, Lucca AM, Banks S, et al: Inpatient hospitalizations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. *Mental health services research* 6:227-237, 2004
37. Barker LT: Community-based models of employment services for people with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 17:55-65, 1994
38. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España: Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado* 62:10297-10304, 2000

39. Preti A, Rucci P, Santone G, et al: Patterns of admission to acute psychiatric in-patient facilities: a national survey in Italy. *Psychological medicine* 39:485-496, 2009
40. Bengtsson-Tops A, Hansson L: Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: an 18-month follow-up study. *Scandinavian journal of caring sciences* 17:3-11, 2003
41. Schaar I, Ojehagen A: Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 38:83-87, 2003
42. Bjorkman T, Hansson L: What do case managers do? An investigation of case manager interventions and their relationship to client outcome. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 35:43-50, 2000
43. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, et al: Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of consulting and clinical psychology* 69:489-501, 2001
44. Cook JA, Blyler CR, Leff HS, et al: The employment intervention demonstration program: major findings and policy implications. *Psychiatric rehabilitation journal* 31:291-295, 2008
45. Catty J, Lissouba P, White S, et al: Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 192:224-231, 2008

46. Marwaha S, Johnson S: Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *The International journal of social psychiatry* 51:302-316, 2005
47. Marwaha S, Johnson S: Schizophrenia and employment - a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 39:337-349, 2004
48. Secker J, Membrey H, Grove B, et al: The how and why of workplace adjustments: contextualizing the evidence. *Psychiatric rehabilitation journal* 27:3-9, 2003
49. Noble JH,Jr: Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illness. *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 49:775-781, 1998