

Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción

BEDIA GÓMEZ, M. A.*; ARRIETA RODRÍGUEZ, M.*; TAZÓN ALONSO, A.**; FERNÁNDEZ-MODAMIO, M.***; PAYÁ GONZÁLEZ, B.* y LASTRA MARTÍNEZ, I.*

Proyecto INICIA. Gobierno de Cantabria. * Centro Hospitalario Padre Menni. Santander. ** ASCASAM Asociación Cántabra Pro-Salud Mental. Santander. *** AMICA. Torrelavega (Cantabria).

Psicosocial rehabilitation in schizophrenia: variables related with rehabilitation

Resumen

Introducción: La rehabilitación e integración sociolaboral de pacientes con enfermedad mental grave ha cobrado creciente importancia en las últimas décadas. A pesar del desarrollo de este campo, son muy escasos los trabajos en España que estudien específicamente las variables relacionadas con el proceso de integración sociolaboral en sujetos con esquizofrenia. El objetivo del presente trabajo es conocer las variables iniciales relacionadas con el resultado en el proceso de integración de 58 sujetos diagnosticados de esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados, que participan en el programa de rehabilitación sociolaboral INICIA.

Metodología: Variables iniciales (sociodemográficas, clínicas, cognitivas, de competencia social, de capacidad prelaboral y del contexto familiar del paciente) son analizadas en relación con el resultado, comparando dos grupos según el logro obtenido tras el proceso de rehabilitación sociolaboral.

Resultados: Los individuos con mejor evolución sociolaboral se diferenciaban al inicio por tener una buena conciencia de enfermedad, menor grado de psicopatología general y de sintomatología psicótica positiva, una historia de ingresos más reducida, mejor funcionamiento en la memoria y en los procesos de abstracción/compreensión, mayor competencia social y mejores hábitos de trabajo.

Conclusiones: Diferentes características de pacientes esquizofrénicos, evaluadas antes de iniciar cualquier proceso rehabilitador ofrecen ya una primera aproximación de la evolución en el proceso y los logros que pueden esperarse a partir del mismo. Concluimos la importancia de delimitar los aspectos que pueden ser explorados como predictores de éxito en los procesos de inserción laboral, en la población de personas con enfermedad mental grave de nuestro entorno.

Palabras clave: Rehabilitación sociolaboral. Esquizofrenia. Integración de enfermos mentales. Estudio longitudinal.

Summary

Introduction: The interest of vocational rehabilitation and integration in patients with chronic mental illness has grown in the last few decades. Different studies has tried identify predictors of vocational outcome with controversial results. In spite of the growing development of this field, there's a lack of studies in Spain looking for specific predictor variables of vocational outcome in schizophrenia. The aim of this study is to identify variables associated to vocational outcome in a social-vocational rehabilitation program (INICIA).

Methods: Two groups of subjects participating in a social-vocational rehabilitation program were selected based on different vocational outcomes. Sociodemographics, clinic, cognitive variables, social competence, basal work skills, and family variables, all assessed at intake, were compared between both groups.

Results: In our study, good initial scores in memory, comprehension, social and vocational skills, as well as, lower basal scores in tests of general psychopathology and psychotic symptomatology, were associated with a better vocational outcome. Patients with good insight and with lower number of previous admissions also showed better outcomes.

Conclusion: Initial scores in different domains could be a useful guide to predict the outcome in some of the current rehabilitation programs. We come to the conclusion about the importance of developing future research studies about predictors of vocational outcome in patients with severe mental illness in our country.

Key words: Vocational rehabilitation. Schizophrenia. Longitudinal study.

Los trastornos mentales graves, en especial la esquizofrenia, son enfermedades de larga evolución que frecuentemente producen grandes discapacidades en áreas

fundamentales del funcionamiento psicológico y social de las personas, lo que obstaculiza su integración comunitaria e interrumpe el camino hacia la formación e in-

serción laboral. Estos déficits son, en un alto porcentaje de casos, susceptibles de rehabilitación. La rehabilitación es un proceso de intervención que debe integrar programas psicosociales y laborales como parte del tratamiento integral de las personas con enfermedad mental. De esta manera, se pretende que adquieran las habilidades necesarias que les permitan incorporarse en igualdad de condiciones que otras personas con discapacidad, a trayectorias de reinserción social y laboral. El concepto de rehabilitación supone tratar las consecuencias de la enfermedad más que la propia enfermedad (1) y ayudar al individuo a reintegrarse progresivamente en la sociedad. En este sentido, la intervención que posibilite el acceso al empleo, tanto protegido como normalizado, puede considerarse una continuación del tratamiento de personas con enfermedad mental crónica.

En los últimos años ha tomado gran vigencia la investigación de factores que puedan predecir la integración laboral en personas con enfermedad mental. Se pretende conocer qué tipo de usuarios responderán mejor a la rehabilitación laboral previa al acceso al empleo protegido o normalizado, es decir, qué variables serán los mejores predictores de éxito en el proceso de integración. Desafortunadamente esta cuestión permanece sin resolverse después de tres décadas de investigación (2). Diversas revisiones y estudios publicados (3-5) sugieren que la respuesta a las intervenciones de rehabilitación laboral parecen variar, por una parte, como una función positiva de la experiencia laboral previa y, por otra, en función de características de los propios sujetos (psicopatológicas, cognitivas y sociales).

La importancia de este tipo de estudios viene dada porque el conocimiento de aquellas variables con capacidad para predecir el éxito o fracaso en el proceso de inserción laboral puede tener un alto valor a la hora de seleccionar a los individuos candidatos para este tipo de programas, así como para protocolizar los modelos de evaluación.

Variables sociodemográficas, clínicas, cognitivas y de competencia social se han considerado predictores del desempeño laboral en los diferentes estudios (6-9). Entre las variables sociodemográficas, la historia de empleo previo es citada como una de las más importantes por la mayoría de los autores (10). En los últimos años se está haciendo especial hincapié en la relación que podría existir entre los deterioros cognitivos asociados a la esquizofrenia y las dificultades específicas en la inserción laboral (11).

Sin embargo, la revisión de los estudios muestra la dificultad de llegar a conclusiones definitivas respecto a la población de pacientes con esquizofrenia; así, los resultados son muchas veces contradictorios y los diseños de las investigaciones limitados, en ocasiones, a dirimir la controversia entre el valor predictivo de variables clínicas frente a otros factores. Esta falta de consistencia puede ser explicada por diversas cuestiones metodológicas. Por un lado, al utilizar muestras muy heterogéneas de pacientes, con diversos grupos diagnósticos, algunos de estos resultados no pueden extrapolarse a muestras de es-

quizofrénicos. Existe, por otro lado, una gran variabilidad en la definición del concepto de desempeño o éxito en la integración laboral, lo que implica que las conclusiones sean difícilmente generalizables.

Aunque en algunos programas de integración sociolaboral de personas con esquizofrenia se contempla la evaluación e intervención con los familiares de los sujetos, las variables familiares no suelen incluirse en los estudios de predictores.

Por otra parte, a pesar de que en España se han desarrollado diferentes experiencias de rehabilitación e integración laboral para personas con enfermedad mental crónica, son escasos los intentos de dilucidar específicamente las variables iniciales relacionadas con una adecuada evolución en el proceso de integración sociolaboral.

El objetivo de este estudio es obtener, en una muestra de sujetos esquizofrénicos que participan en un programa de rehabilitación sociolaboral (Proyecto INICIA), las variables y características iniciales (dentro de una amplia evaluación clínica, cognitiva, social, familiar y prelaboral) que están relacionadas con la evolución (resultado intermedio en el proceso), como primer paso para determinar aquellas que pueden ser candidatas al estudio de predictores de inserción laboral.

METODOLOGÍA

Descripción del Programa INICIA de Integración Sociolaboral

El Proyecto INICIA es un programa de integración sociolaboral para personas con esquizofrenia que se desarrolla en Cantabria desde 1998, financiado inicialmente por el Fondo Social Europeo a través de la Iniciativa Comunitaria Horizon III, y por el Gobierno de la Comunidad Autónoma, promotor del mismo, y cuyo objetivo principal es capacitar a sus usuarios para integrarse y completar con éxito los programas de formación profesional disponibles en nuestra región, aumentando con ello sus oportunidades de acceso al empleo. Supone un modelo holístico y progresivo que integra acciones de rehabilitación psicosocial y laboral con intervención y formación familiar; todo ello se desarrolla a través de programas individualizados de rehabilitación sociolaboral. Los sujetos son derivados desde las Unidades de Salud Mental y desde las unidades de media y larga estancia de los Hospitales psiquiátricos de la Comunidad de Cantabria.

Tras una evaluación inicial en la que se obtienen todas las características sociodemográficas, clínicas, familiares y de funcionamiento cognitivo, social e instrumental, los usuarios comienzan una primera etapa de Rehabilitación Psicosocial, siguiendo las directrices de su programa individual previamente diseñado. Se interviene sobre las habilidades sociales y de la vida diaria, en la rehabilitación de déficits cognitivos, psicoeducación, manejo del estrés, resolución de problemas y ocio y

tiempo libre. Cumplidos los objetivos básicos relacionados con la autonomía y manejo adecuado del entorno, se accede a una segunda fase de Formación Prelaboral, momento en el que se evalúan aspectos prelaborales relevantes (historia laboral, intereses, hábitos básicos de trabajo y habilidades de relación sociolaboral, etc.). Los talleres de formación prelaboral se organizan creando un ambiente similar a un entorno de trabajo. Son el marco para la rehabilitación individualizada de hábitos básicos de trabajo (asistencia, puntualidad, constancia, responsabilidad, etc.) y habilidades de ajuste sociolaboral (comunicación en la empresa, interacción con compañeros y supervisores, trabajo en equipo, etc.), con una evaluación individual continuada mediante escalas de observación y registro. Paralelamente a todo el programa individual de cada usuario se desarrolla un programa de Intervención Familiar destinado a aumentar los conocimientos y habilidades de los familiares de los usuarios, especialmente de los cuidadores principales, con el objetivo de que sean agentes activos de apoyo y colaboración en el proceso de integración sociolaboral de su familiar enfermo. La formación e intervención familiar se articula a través de diferentes módulos que se imparten en sesiones multifamiliares y a través de intervenciones unifamiliares.

Una vez que el usuario finaliza el programa INICIA, es orientado en la elección de cursos de formación profesional ofertados en la comunidad de Cantabria, ya sean específicos para personas con discapacidad o dirigidos a la población general, y recibe un seguimiento de tutorización y apoyo durante el resto de su proceso de inserción laboral.

Sujetos

La muestra de este estudio está formada por 58 sujetos incorporados de forma consecutiva al programa de rehabilitación sociolaboral INICIA a lo largo del periodo que va desde mayo de 1998 a julio del 1999.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- Diagnóstico de esquizofrenia o trastornos psicóticos relacionados (CIE-10).
- Discapacidad psíquica tal que les impida reunir las condiciones mínimas de acceso directo a los programas de formación laboral normalizada o para discapacitados existentes en Cantabria.
- Edad comprendida entre 18-45 años.
- Estar en situación de desempleo.
- No presentar trastornos mentales orgánicos.
- Ausencia de auto o heteroagresividad.
- Estabilidad de la sintomatología.
- Ausencia de conductas adictivas disruptivas del proceso.

El 88% de los sujetos tenían un diagnóstico de esquizofrenia; el 12% restante estaban diagnosticados bien de trastorno esquizotípico (dos sujetos), trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (tres sujetos) o trastorno

TABLA I Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra

	N= 581	%
Sexo		
Hombre	37	63,8
Mujer	21	36,2
Edad		
< 25 años	12	20,7
25-35 años	31	53,4
36-45 años	12	20,7
> 45 años	3	5,2
Nivel educativo		
Primarios/EGB	39	67,2
Bachillerato /FP-2	18	31
Universitarios	1	1,7
Estado civil		
Soltero	52	89,7
Separado/divorciado/viudo	6	10,3
Convivencia		
Institución	12	20,7
Comunidad	46	79,3
Experiencia laboral		
Sí	37	63,8
No	21	36,2
Años de evolución		
Menos de 5 años	7	12,1
5-10 años	28	48,3
Más de 10 años	23	39,7
Historia de ingresos		
Ninguno o uno	18	31
Dos a cuatro	19	32,8
Cinco o más	19	32,8
Conciencia de enfermedad		
Nula	17	29,3
Parcial	20	34,5
Completa	21	36,2
Adhesión al tratamiento (último año)		
Inadecuada	11	18,9
Adecuada	47	81,1
		Media (DS)
Sintomatología (PANSS)		
Escala PANSS-Positivo	15,6 (5,9)	
Escala PANSS-Negativo	20,6 (6,9)	
Psicopatología general (BPRS)	32,6 (9,8)	
Ansiedad rasgo (STAI)	24,7 (10,6)	
Depresión (BDI)	16,3 (11,4)	

esquizoafectivo (un sujeto). En la tabla I se muestran las características sociodemográficas y clínicas más relevantes para la descripción de la muestra.

Instrumentos de evaluación

Las variables del estudio fueron obtenidas mediante diferentes instrumentos: informe de derivación, entrevista semiestructurada, instrumentos estandarizados y escalas de observación y registro. En la tabla II se presenta una

TABLA II Variables del estudio

Sociodemográficas*

- Sexo.
- Edad.
- Educación.
- Convivencia.
- Experiencia laboral.

Clínicas*

- Conciencia de enfermedad.
- Años de evolución de la enfermedad.
- Número de ingresos psiquiátricos.
- Adherencia al tratamiento en el último año.
- Sintomatología positiva (PANSS positiva).
- Sintomatología negativa (PANSS negativa).
- Psicopatología general (BPRS).
- Depresión (BDI).
- Ansiedad rasgo (STAI).
- Consumo de tóxicos en el pasado.
- Consumo actual de tóxicos.

Competencia y relación social*

- Impacto de la enfermedad sobre la red social del sujeto.
- Habilidades sociales (HHSS) autoinformadas (Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura).
- Habilidades sociales iniciales observadas (evaluación basal en los 15 primeros días).

Funcionamiento cognitivo*

- Función ejecutiva (categorías completadas en WSCT).
- Fluidez (Subtest Evocación Categorical del Barcelona).
- Memoria verbal (Subtest Memoria de Textos inmediata y diferida, y Aprendizaje de Palabras. Barcelona).
- Memoria visual (Subtest Memoria Visual diferida. Barcelona).
- Abstracción y comprensión (Subtest Comprensión. Barcelona).
- Habilidades aritméticas (Subtest Problemas Aritméticos. Barcelona).
- Habilidades visoconstructivas (Subtest Cubos Barcelona).
- Velocidad psicomotora y de procesamiento de información (Subtest Clave de Números. Barcelona).
- Funcionamiento cognitivo general observado (evaluación basal en los 15 primeros días).

Contexto familiar*

- Depresión cuidador principal (BDI).
- Ansiedad rasgo en el cuidador principal (STAI).
- Sintomatología percibida por la familia (FQ).
- Conductas problema percibidas por la familia (SBAS).
- Desempeño de roles sociales (SBAS).
- Carga familiar objetiva (SBAS).
- Carga familiar subjetiva (SBAS).

Características prelaborales**

- Hábitos básicos de trabajo (HBT) observados (evaluación basal durante el primer mes).
- Habilidades de ajuste sociolaboral (HAS) observadas (evaluación basal durante el primer mes).
- Liderazgo (CPS Cuestionario de Personalidad Situacional).
- Independencia (CPS Cuestionario de Personalidad Situacional).
- Extraversión (CPS Cuestionario de Personalidad Situacional).
- Intereses profesionales (preferencias y rechazos) (IPP).

* Datos obtenidos del total de la muestra en el momento de la incorporación al Programa. ** Datos obtenidos de los sujetos que acceden a la segunda fase del programa (Formación prelaboral).

relación de las mismas, distribuidas por áreas. Las variables sociodemográficas y algunas de las variables clínicas (conciencia de enfermedad, años de evolución, número de ingresos, adherencia al tratamiento, consumo de tóxicos) se concretaron a través de la entrevista inicial y mediante el informe de derivación realizado por el psiquiatra de referencia. El resto de variables proceden de instrumentos específicos que se describen a continuación.

Psicopatología

La psicopatología general fue evaluada mediante la Escala Abreviada de Valoración Psiquiátrica BPRS (12). La sintomatología positiva y negativa se estudió mediante la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS), en su adaptación española (13). La ansiedad se valoró mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (14); se seleccionó la medida de rasgo. Para la evaluación de la sintomatología depresiva se utilizó el Cuestionario de Depresión BDI (15).

Funcionamiento cognitivo

Las funciones cognitivas se estudiaron mediante una versión reducida del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica - Test Barcelona (16) y a través del Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin WSCT (17). En el Test Barcelona, además de las puntuaciones asignadas a cada subtest, los sujetos se clasificaron según los baremos de la población general en España, en un desempeño «medio/máximo» que indicaría ausencia de déficit, o en un desempeño «inferior/mínimo» que indicaría presencia de déficit. Por otra parte, el desempeño cognitivo inicial fue evaluado además, aplicando una Escala Cognitiva de Observación y Registro (de diseño propio) destinada a la evaluación continuada. Los ítems de la escala fueron observados y puntuados semanalmente por el profesional especialista en la rehabilitación cognitiva. Para valorar la función cognitiva basal se computó la media total correspondiente a los 15 primeros días de participación. Puntuaciones elevadas indicaban desempeños superiores.

Competencia y relación social

Se obtuvo una medida de habilidades sociales y ansiedad asociada, informadas por el propio sujeto, a través del Cuestionario de Habilidades Sociales de Mariana Segura (18). En el mismo se evalúan diferentes aspectos de la competencia social (conducta adecuada, inhibición de conducta, ansiedad e inhabilidad), en función de la actuación que los sujetos señalan como la más propia de su comportamiento habitual en 20 situaciones planteadas. Por otra parte, se estudió el nivel de competencia social aplicando una Escala de Observación y Registro de Habilidades Sociales (de diseño propio), destinada a la eva-

luación continuada. Los ítems de la escala fueron observados y puntuados semanalmente por el profesional especialista en la rehabilitación de habilidades sociales. Para valorar la competencia social basal se computó la media total correspondiente a los 15 primeros días de participación en los grupos de rehabilitación psicosocial. Puntuaciones elevadas indicaban mejores competencias sociales.

Contexto familiar

Se utilizó la Escala de Desempeño Psicosocial (19), adaptación española del SBAS (Social Behavior Assessment Schedule). Se trata de una escala diseñada para evaluar la conducta social de los sujetos y su efecto en los otros, mediante una entrevista semiestructurada realizada a un familiar cercano. Consta de 48 ítems agrupados en cuatro secciones que posibilitan las siguientes medidas: nivel de conducta problemática del sujeto percibida por la familia, desempeño de roles sociales percibido, carga objetiva de la familia y carga subjetiva o nivel de estrés familiar. Puntuaciones elevadas en todas las escalas indican mayores niveles de problemática o déficits.

La percepción familiar de la sintomatología y conductas problema en el sujeto, el grado de estrés que la misma produce en la familia y la capacidad de afrontamiento familiar son variables que se estudiaron mediante el Cuestionario Familiar FQ (20). Consta de 49 ítems que describen una amplia variedad de conductas problema, de tal forma que mediante una escala tipo Likert se valora la frecuencia de aparición (1 «nunca» a 5 «siempre»), el grado de molestia asociado a cada una (1 «nada» a 5 «mucho»), y la capacidad de control y afrontamiento (1 «ninguna» a 5 «toda la necesaria»). Así, puntuaciones elevadas indican, mayor frecuencia de síntomas, mayor nivel de estrés asociado y mayor capacidad de control.

Aspectos prelaborales

En la submuestra de sujetos que accedieron a la segunda fase, Formación Prelaboral, se evaluaron mediante entrevista semiestructurada algunos datos de historia laboral previa, motivaciones y expectativas laborales. Se utilizaron, igualmente, los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Personalidad Situacional CPS (21). Diseñado para evaluar los rasgos más consistentes y tendencias comportamentales del sujeto en las distintas situaciones y contextos de la vida, consta de 233 ítems con los que el sujeto muestra su acuerdo o desacuerdo según se adapten a su actuación característica. Ofrece 15 rasgos de personalidad que se integran en cinco factores: Ajuste, Independencia, Liderazgo, Consenso y Extraversión. Puntuaciones elevadas indican la caracterización en los rasgos correspondientes.

El estudio de las preferencias profesionales se realizó mediante el test IPP Intereses y Preferencias Profesio-

nales (22). Compuesto de 204 ítems correspondientes a 17 profesiones y sus actividades laborales, ofrece perfiles individualizados. Dado que nos interesaba especialmente el grado de amplitud en los intereses del sujeto, tomamos como medidas el total de actividades que en cada sujeto aparecían claramente elegidas entre sus preferencias (centil > 70), y el total de actividades claramente rechazadas (centil < 30).

Las habilidades básicas laborales se midieron mediante una Escala de Observación y Registro Individual de Hábitos Básicos de Trabajo, de diseño propio, y destinada a la evaluación continuada. Consta de 22 ítems que son observados semanalmente y puntuados, en una escala que va de 1 (grado inferior) a 5 (grado superior), por el equipo responsable de los procesos de rehabilitación laboral. La medida de hábitos básicos de trabajo inicial (HBT basal) se obtuvo calculando la media correspondiente al primer mes de desempeño en los talleres de formación prelaboral.

Las habilidades sociales en el entorno laboral se midieron mediante una Escala de Observación y Registro Individual de Ajuste sociolaboral, de diseño propio, y destinada a la evaluación continuada. Consta de 22 ítems o situaciones relacionales posibles, que son observados mensualmente y puntuados, en una escala de 0 a 3 en dos sentidos: grado de evitación (0-alta evitación a 3-baja evitación) y grado de ansiedad (0-ausencia de ansiedad a 3-ansiedad elevada), por el equipo responsable de los procesos de rehabilitación laboral. Las medidas de habilidades de ajuste sociolaboral inicial, tanto de actuación (HASac basal) como de ansiedad social (HASan basal) se obtuvieron mediante la media correspondiente al primer mes de actuación en los talleres de formación prelaboral.

Procedimiento

Todo el protocolo de variables del estudio se obtuvo de la evaluación de cada usuario en el programa INICIA. Todos los sujetos fueron seguidos tras su incorporación al programa y hasta octubre del 2000, momento en que se especificó un resultado intermedio en el proceso de integración sociolaboral. En este momento, la especificación del resultado se realizó de dos formas diferentes: por una parte se evaluó la consecución del objetivo inicial propuesto («ser capaces de acceder y completar con éxito un curso de capacitación profesional estándar ofertado en la Comunidad de Cantabria»), de tal forma que los sujetos de la muestra inicial, se dividieron en aquellos que sí habían conseguido este objetivo (en adelante Grupo I) y aquellos que no lo habían conseguido (en adelante Grupo II).

Por otra parte, en el momento de finalización del estudio (octubre de 2000) se calificó a la muestra según el nivel máximo alcanzado en el proceso de integración sociolaboral (1. rehabilitación psicosocial; 2. formación prelaboral; 3. formación profesional; 4. empleo protegido; 5. empleo normalizado).

TABLA III Comparación de los grupos de resultado en las variables sociodemográficas

	Grupo I (n= 21)	Grupo II (n= 37)	Sig. est.*
Sexo			
Hombre	15 (71%)	22 (59%)	ns
Mujer	6 (29%)	15 (41%)	
Edad			
Media (DS)	30,4 (7,0)	31,7 (7,7)	ns
Convivencia			
Institución	3 (14%)	9 (24%)	ns
Comunidad	18 (86%)	28 (76%)	
Años de educación			
Media (DS)	10,33 (2,20)	10,76 (2,69)	ns
Experiencia laboral			
No	6 (29%)	15 (41%)	ns
Sí	15 (71%)	22 (59%)	
Edad del primer empleo			
Media (DS)	19,5 (4,4)	18,2 (4,2)	ns
Período último en desempleo (meses)			
Media (DS)	71,5 (85,6)	96 (65,4)	ns

* Sig. est.: Significación estadística.

Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS, versión 7.0 para Windows (23). Se utilizó además el paquete estadístico STATA (24) para la obtención de la prueba exacta de Fischer. Se realizaron análisis univariantes comparando el Grupo I con el Grupo II en las variables independientes del estudio, mediante la prueba t-Student en el caso de variables cuantitativas, y la prueba exacta de Fischer para variables categóricas.

RESULTADOS

En el momento de concluirse el estudio 21 sujetos (36%) habían conseguido finalizar con éxito un curso de capacitación profesional, después de su paso por el programa de rehabilitación sociolaboral (Grupo I). Debe señalarse que siete de estos sujetos consiguieron acceder a empleo tras la finalización de su capacitación profesional. El 64% restante no había cumplido este objetivo (Grupo II). El tiempo de permanencia en el programa de rehabilitación sociolaboral era de $15,7 \pm 4,1$ meses en el Grupo I y de $15,2 \pm 8,6$ meses en el grupo II, no apreciándose diferencia entre ambos grupos. El nivel máximo alcanzado en ese momento para el total de la muestra es descrito a continuación: tres sujetos (5%) habían accedido a empleo normalizado, cuatro sujetos (7%) habían obtenido empleo en entornos protegidos, 23 sujetos (40%) habían accedido a formación profesional en la comunidad, 14 sujetos (24%) continuaban en formación prelaboral, y 14 sujetos (24%) no habían superado el nivel de rehabilitación psicossocial.

TABLA IV Comparación de los grupos de resultado en variables clínicas

	Grupo I	Grupo II	Sig. est.*
Conciencia de enfermedad			
Nula	3 (14%)	14 (38%)	p = 0,010
Parcial	5 (24%)	15 (41%)	
Completa	13 (62%)	8 (21%)	
Años de evolución			
Media (DS)	9,8 (4,9)	11,3 (5,7)	ns
Sintomatología positiva (PANNS-P)			
Media (DS)	12,90 (4,24)	17,36 (6,17)	p = 0,003
Sintomatología negativa (PANNS-N)			
Media (DS)	18,48 (5,36)	21,88 (7,52)	ns
Número de ingresos psiquiátricos			
Media (DS)	2,76 (2,41)	4,91 (4,88)	p = 0,032
Consumo actual de tóxicos			
No	19	29	ns
Sí	2	4	
Consumo de tóxicos en el pasado			
No	10	19	ns
Sí	11	14	
Adherencia al tratamiento			
Inadecuada	2	9	ns
Adecuada	19	28	
Psicopatología general (BPRS)			
Media (DS)	28,3 (8,1)	35 (9,9)	p = 0,010
Depresión (BDI)			
Media (DS)	14,3 (11,1)	17,4 (11,6)	ns
Ansiedad rasgo (STAI)			
Media (DS)	22,7 (10,5)	25,8 (10,6)	ns

* Sig. est.: Significación estadística.

El estudio exploratorio de las variables asociadas al resultado en el proceso se realizó en relación a los dos tipos de agrupamiento descritos anteriormente (Grupo I vs Grupo II; nivel máximo alcanzado). Dado que los resultados obtenidos son similares, y para mayor claridad, se presentan a continuación los referentes a la primera agrupación como variables dependientes.

Los sujetos de los Grupos I y II no diferían en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas (tabla III). Ni los años de educación, ni la experiencia laboral previa, ni el hecho de estar en el momento de acceder a programa viviendo en una institución psiquiátrica o viviendo en la comunidad eran aspectos diferentes entre ambos grupos.

Sí se encontraron diferencias en diversas características clínicas (tabla IV), de tal forma que los sujetos del Grupo I mostraban tener con mayor probabilidad una clara conciencia de enfermedad, un número de ingresos psiquiátricos más reducido y un nivel de psicopatología menor que los sujetos del Grupo II.

TABLA V Comparación de los grupos en variables de competencia social

	Grupo I	Grupo II	Sig. est.*
Impacto sobre red social			
Nulo	9	9	ns
Deterioro	1	5	
Ruptura	11	23	
HHSS Mariana Segura			
Conducta Adecuada			
Media (DS)	11,4 (5,1)	9,7 (5,5)	ns
HHSS Mariana Segura			
Segura Ansiedad			
Media (DS)	2 (1,4)	2 (1,7)	ns
HHSS Mariana Segura			
Inhibición de conducta			
Media (DS)	4,9 (3,5)	5,9 (3,7)	ns
HHSS Mariana Segura			
Segura Inhabilidad			
Media (DS)	1,8 (1,7)	2,3 (2)	ns
HHSS** basales observadas			
Media (DS)	4,9 (1,4)	3,8 (1,6)	p = 0,013

* Sig. est.: Significación estadística. ** Habilidades sociales evaluadas mediante Escala de Observación y Registro.

En el ámbito de la competencia social los sujetos del Grupo I mostraban mejor puntuación de habilidades sociales al inicio del programa, pero únicamente valoradas mediante la escala de observación, no apreciándose diferencias en el Cuestionario de Habilidades Sociales completado por los sujetos (tabla V).

Respecto a las funciones cognitivas, en general, se observa en el total de la muestra la presencia de déficit en el procesamiento de la información; todos los sujetos del estudio salvo tres tienen un rendimiento inferior o mínimo en la prueba de clave de números, prueba muy sensible al deterioro cerebral. En la figura 1 se muestra el porcentaje de sujetos que obtienen rendi-

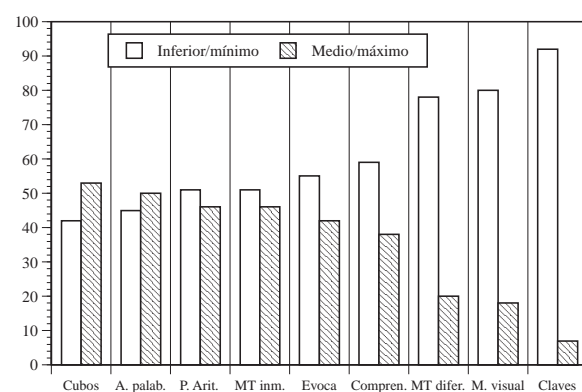


FIG. 1.—Rendimiento de la muestra de sujetos en las subescalas del Test Barcelona.

TABLA VI Comparación los grupos en variables de funcionamiento cognitivo

	Grupo I	Grupo II	Sig. est.*
WSCT CC**			
Media (DS)	3,3 (2,1)	3,2 (2,0)	ns
Evocación categorial			
Inferior/mínimo	9	24	ns
Medio/máximo	12	13	
Memoria de textos inmediata			
Inferior/mínimo	7 (33%)	24 (65%)	p= 0,020
Medio/máximo	14 (67%)	13 (35%)	
Memoria de textos diferida			
Inferior/mínimo	15	30	ns
Medio/máximo	6	7	
Aprendizaje de palabras			
Inferior/mínimo	9	18	ns
Medio/máximo	12	18	
Memoria visual diferida			
Inferior/mínimo	16	31	ns
Medio/máximo	5	6	ns
Problemas aritméticos			
Inferior/mínimo	8	23	ns
Medio/máximo	13	14	
Comprensión			
Inferior/mínimo	12	23	ns
Medio/máximo	9	14	
Clave de números			
Inferior/mínimo	19	36	ns
Medio/máximo	2	1	
Cubos			
Inferior/mínimo	8	18	ns
Medio/máximo	13	19	
Funcionamiento cognitivo basal observado			
Media (DS)	5,9 (0,9)	5,1 (0,9)	p= 0,006

* Sig. est.: Significación estadística. ** Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (categorías completadas).

mientos en categorías inferiores y en categorías medias o superiores en los diferentes subtest cognitivos. Igualmente puede observarse que la función ejecutiva medida a través del test WCST presenta un nivel bajo de desempeño en la muestra (un 55% de los sujetos completa tres o menos de tres categorías), pero sin diferencias significativas entre los grupos. A pesar de esta situación de partida, si parece que algunas medidas cognitivas son diferentes según el resultado en el proceso (tabla VI). Así, el desempeño cognitivo general observado durante las dos semanas iniciales en el programa, es mejor en el grupo I. Por otra parte, tres medidas cognitivas muestran diferente desempeño entre ambos grupos. En el primer caso, los sujetos del grupo II presentan con mayor frecuencia déficit en la memoria de textos, que los sujetos del grupo I. Además, aunque la medida de déficit/no déficit en el subtest de memoria visual diferida no discrimina entre ambos grupos, apreciándose un alto porcentaje de desempeño inferior o mínimo en los dos, la comparación de las puntuaciones medias en esta prueba muestra que los sujetos del Gru-

TABLA VII Comparación de los grupos en las variables del contexto familiar*

	Grupo I (n=17) Media (DS)	Grupo II (n= 16) Media (DS)	Sig. est.**
Depresión cuidador principal (BDI)	9,2 (7,5)	10,2 (6,5)	ns
Ansiedad rasgo cuidador ppal. (STAI)	21,9 (10)	24,2 (12,6)	ns
Frecuencia síntomas (FQ)	83,4 (22,5)	91,8 (10,7)	ns
Molestia síntomas (FQ)	60,5 (28,4)	65,4 (20,7)	ns
Control síntomas (FQ)	44,9 (21,9)	40,6 (21,1)	ns
Conductas problema (SBAS)	9,6 (5,9)	13,1 (4,3)	ns
Roles sociales deficitarios (SBAS)	0,42 (0,25)	0,82 (0,29)	p= 0,000
Carga objetiva (SBAS)	0,39 (0,21)	0,43 (0,22)	ns
Carga subjetiva (SBAS)	0,39 (0,25)	0,56 (0,23)	p= 0,044

* La evaluación e intervención familiar se completó con las familias de 33 (59%) de los 58 sujetos del estudio, por lo que los datos de esta tabla corresponden a esta submuestra. ** Sig. est.: Significación estadística.

po I obtienen mejor puntuación que los sujetos del grupo II (12,1 vs 9,5 respectivamente; $t = -3,160$, $p = 0,003$). Del mismo modo la comparación entre ambos grupos en el subtest de comprensión muestra una puntuación más elevada en los sujetos del grupo I (8,7 vs. 6,9; $t = -2,19$, $p = 0,033$).

Las variables del contexto familiar relacionadas con el ajuste emocional del cuidador principal (ansiedad y depresión) no son diferentes para ambos grupos (tabla VII). Se observa, sin embargo, que dos medidas obtenidas mediante el Cuestionario SBAS sí discriminan entre ambos (desempeño de roles sociales percibido por la familia y carga familiar subjetiva). Los sujetos del grupo II obtienen mayores puntuaciones en ambas medidas, indicando que la familia percibe en ellos peor desempeño psicosocial y muestra mayor nivel de estrés familiar.

La comparación entre ambos grupos en las variables prelaborales se realizó con la submuestra de 42 sujetos que a lo largo del estudio habían accedido a la fase de formación prelaboral, y por tanto habían sido evaluados en estas medidas (tabla VIII). La única medida que resultó diferente entre ambos grupos es la de hábitos básicos de trabajo al inicio de los talleres prelaborales. Los sujetos que posteriormente completan con éxito un curso de formación laboral presentaban ya en el comienzo de la formación prelaboral mejores hábitos de trabajo.

TABLA VIII Comparación de los grupos en las variables de funcionamiento prelaboral

	Grupo I (n= 20) Media (DS)	Grupo II (n= 22) Media (DS)	Sig. est.*
CPS Ajuste	53,1 (23,3)	53,1 (25)	ns
CPS Liderazgo	27,6 (20,8)	31,3 (26,7)	ns
CPS Independencia	41 (26,1)	39,5 (22,8)	ns
CPS Extraversión	49,2 (20,1)	38,3 (21,6)	ns
CPS Consenso	69 (21,3)	69,4 (26,3)	ns
HBT** basal	4,10 (0,4)	3,6 (0,6)	p= 0,003
HAS*** actuación basal	2,19 (0,37)	2,13 (0,60)	ns
HAS*** ansiedad basal	0,26 (0,26)	0,26 (0,32)	ns
Intereses profesionales Nº activ. en preferencia	6,2 (4,2)	4,4 (4,8)	ns
Intereses profesionales Nº activ. en rechazo	2 (2,6)	3,2 (4,4)	ns

* Sig. est.: Significación estadística. ** Hábitos Básicos de Trabajo evaluados mediante Escala de Observación y Registro. *** Habilidades de Ajuste Sociolaboral evaluadas mediante Escala de Observación y Registro.

CONCLUSIONES

Son muy pocos los estudios de integración sociolaboral de personas con enfermedad mental que exploren al mismo tiempo una amplia variedad de dominios de funcionamiento (clínico, cognitivo, social, familiar, prelaboral, etc.), buscando aquellos que se muestren más relacionados con la evolución en el proceso. Habitualmente los estudios concretan las variables a estudiar en uno o dos aspectos: predictores clínicos (25, 26) correlatos sociales (2), funciones cognitivas (27), habilidades sociales y aspectos cognitivos (9, 28) habilidades laborales y aspectos clínicos (29, 30), variables sociodemográficas y clínicas (5, 7, 31), funcionamiento cognitivo y variables clínicas (8), etc. Las revisiones de los estudios muestran cómo los resultados son a veces contradictorios, por lo que es difícil llegar a conclusiones definitivas sobre qué factores tienen mayor poder de discriminación.

Los resultados iniciales de nuestra investigación muestran cómo existe una amplia variedad de aspectos personales y de contexto que se revelan diferentes entre aquellos sujetos que, después de un proceso de rehabilitación sociolaboral de aproximadamente 15 meses, conseguirán o no un primer resultado en el proceso de integración sociolaboral. El grupo que logra una adecuada inserción en recursos de formación laboral o empleo muestra un perfil que podría describirse como sigue: sujetos con una buena conciencia de enfermedad, menor grado de psicopatología general y de sintomatología psicótica (en concreto, síntomas positivos) y una historia de ingresos más reducida que, aun presentando deterioros en el procesamiento de la información, tienen un mejor funcionamiento en la memoria y en los procesos de abs-

tracción/comprensión, con mayor competencia social y con mejores hábitos de trabajo al iniciar un proceso de formación prelaboral. Las apreciaciones iniciales por parte de la familia parecen ser bastante ajustadas a este perfil, tal y como muestran las dos medidas que reflejan déficits en el rol social informado por la familia, y carga subjetiva o estrés familiar (generalmente asociado a la conflictividad que implica el manejo de la enfermedad en el entorno familiar).

Como puede apreciarse, en nuestro estudio la experiencia laboral no muestra ninguna relación con el resultado, y esto resulta contradictorio con las conclusiones de diversos autores que afirman que es precisamente este aspecto uno de los factores que mejor predicen la inserción laboral (10, 32, 33). Debe observarse, sin embargo, que ambos grupos, en el momento de iniciar el programa de rehabilitación sociolaboral, llevaban en desempleo largos periodos de tiempo (superiores a cinco años), por lo que este resultado no resulta demasiado sorprendente. Una posible explicación es que el valor real de la experiencia laboral como predictor de inserción esté determinado por su proximidad en el tiempo. Por otra parte, muchos de los estudios en la línea de predictores de inserción laboral parten de sujetos que o bien ya han superado etapas previas de rehabilitación psicosocial, o bien no han necesitado periodos prolongados de recuperación de habilidades en el momento de intentar su integración. En estos casos es muy probable que sea la experiencia profesional previa el factor que más discrimine entre los que se adaptan adecuadamente al empleo y los que tienen más dificultades. Debemos señalar, sin embargo, que el reducido tamaño de la muestra y la gran variabilidad en las medidas de tiempo de desempleo son factores que pueden estar impidiendo que la tendencia que se observa en los datos resulte estadísticamente significativa (periodo de desempleo más prolongado en el grupo II).

Destaca el peso que en nuestro perfil tienen las variables psiquiátricas (conciencia de enfermedad, historia de ingresos, psicopatología general y sintomatología positiva). En este sentido, encontramos en la literatura una gran controversia que se plantea desde los primeros estudios y se mantiene actualmente. La revisión publicada por Anthony y Jansen (10) sostuvo que ni el diagnóstico psiquiátrico ni la sintomatología eran buenos predictores de los procesos de inserción laboral. Es importante tener en cuenta, tal y como se señala en la revisión posterior de Lehman (4), que las conclusiones de Anthony y Jansen se inscribieron en un contexto muy determinado por cuestiones políticas, pues en aquel momento se debatía revisar la valoración de discapacidad en enfermedades mentales por parte de la Administración de la Seguridad Social norteamericana. Estos autores han planteado de forma consistente la necesidad de no evaluar la capacidad para trabajar de los pacientes psiquiátricos, limitándose únicamente a la presencia o ausencia de sintomatología, e inciden en la evaluación de los hábitos y habilidades de ajuste sociolaboral (3). En nuestro estudio, la observación basal de los hábitos de trabajo es la única

medida entre un conjunto de variables prelaborales, que discrimina entre los grupos de resultado. En un reciente trabajo de seguimiento durante tres años de pacientes en procesos de rehabilitación laboral, Reker y Eikermann (34) encuentran que entre los predictores de éxito en el proceso aparecen claramente los síntomas psiquiátricos.

Con respecto al diagnóstico, diversos estudios han mostrado que son los trastornos psicóticos graves, especialmente la esquizofrenia, los que peor pronóstico tienen respecto a las posibilidades de reinserción laboral, en comparación con otros trastornos psiquiátricos (30-32). De ser así, es muy lógico que en nuestro estudio, limitado a este grupo diagnóstico, la intensidad de la psicopatología general asociada al trastorno y otros aspectos característicos del mismo, como el grado de conciencia de enfermedad, discriminen entre diferentes resultados en el proceso. Por otra parte, algunos autores plantean que la relación entre sintomatología y funcionamiento laboral existiría de forma clara, pero siempre con mediciones cercanas en el tiempo, perdiendo por tanto los aspectos clínicos su valor predictivo en el desempeño laboral futuro (5). En nuestro estudio, la sintomatología general evaluada en el momento de la incorporación al programa ya resulta indicador de un resultado que se determina, como media, 15 meses después de la evaluación inicial.

Encontramos que determinados aspectos del funcionamiento cognitivo se muestran diferentes, igualmente, entre los grupos de resultado. De ellos, la existencia o no de déficit verbal muestra ser un buen indicador inicial para el total de la muestra. Este resultado se suma a las conclusiones de Bryson et al (27) en apoyo a la hipótesis planteada por estos autores, según la cual las habilidades de memoria verbal están muy relacionadas con el desempeño laboral en sujetos con esquizofrenia. Aunque en este primer estudio el factor de agrupamiento no es el acceso a empleo, sí entendemos que la consolidación en etapas avanzadas de la capacitación profesional es un buen índice de hábitos y habilidades necesarios para la inserción laboral. Otro estudio reciente (8) muestra que determinadas variables cognitivas eran las que más diferenciaban a un grupo de esquizofrénicos que se empleaban de los que no se empleaban dentro de un programa de rehabilitación vocacional. McGurk (11) revisa la literatura en relación a las variables que predicen la reinserción laboral comprobando que en un alto porcentaje de los estudios se encuentran relaciones significativas entre el funcionamiento cognitivo y las habilidades de trabajo o el estatus laboral. Los aspectos cognitivos se han puesto en relación con la inserción laboral de personas con enfermedad mental en estudios anteriores, fundamentalmente como mediadores de otras capacidades relacionadas, por ejemplo las habilidades sociales en el entorno laboral (28), o como mediadores en la utilidad terapéutica (reducción de sintomatología) que la rehabilitación laboral produce en el sujeto (35) (y por tanto en su capacidad de inserción laboral).

La ausencia de trabajos que estudien la relación de variables familiares con los procesos de integración socio-

laboral de personas con enfermedad mental crónica, hace particularmente interesante la aportación que se puede deducir de los resultados. La prueba SBAS se muestra útil en la diferenciación de aquellos sujetos que tendrán éxito en la conclusión de su capacitación profesional después de un programa integrado de rehabilitación y aquellos que no. Según nuestros datos, un desempeño de los roles sociales deficitarios en el sujeto (percibido por la familia) y mayores niveles de estrés familiar (carga subjetiva) se asocian con peor evolución en el proceso de integración. La importancia del apoyo familiar y del papel que las intervenciones con la familia pueden tener en la reinserción sociolaboral de los sujetos con esquizofrenia son aspectos que consideramos deben ser incluidos en la investigaciones en este campo.

Las conclusiones de este trabajo ofrecen un punto de partida para profundizar en el estudio de aquellas variables que pudieran funcionar como buenos predictores de la evolución en el proceso de integración laboral. Es preciso tener en cuenta que el Proyecto INICIA, como hemos descrito previamente, es un programa integrado y progresivo que incluye aspectos secuenciados de rehabilitación tanto psicosocial como laboral y módulos específicos de intervención familiar, de forma que no podemos comparar sus resultados con aquellas investigaciones que se realizan con sujetos que han superado un proceso previo de rehabilitación psicosocial y acceden de forma directa al proceso de inserción laboral objeto de tales estudios. Sin embargo, nuestro trabajo ofrece una buena aproximación a las variables que, en muestras de sujetos similares, son candidatas a ser estudiadas con detenimiento como predictores basales de las posibilidades de integración sociolaboral (medidas psicopatológicas, medidas cognitivas de memoria y procesos de abstracción y comprensión o competencia social). Finalmente, creemos que resulta necesario que en España se desarrollen líneas de investigación específicas que permitan determinar aquellos factores que pueden predecir con un grado importante de fiabilidad el resultado final de los distintos procesos de inserción sociolaboral destinados a personas con enfermedad mental, atendiendo a las características y peculiaridades de nuestro entorno, y de tal forma que las iniciativas y programas que se están desarrollando puedan beneficiarse de los resultados para el diseño de sus procesos de evaluación e intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farkas M. Avances en Rehabilitación Psiquiátrica: Una Perspectiva Norteamericana. En: Aldaz JA, Vázquez C, eds. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 167-85.
2. Alverson H, Alverson M, Drake RE, Becker DR. Social correlates of competitive employment among people with severe mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 1998;22:34-40.
3. Anthony WA. Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcome. *Psychos Rehabil J* 1994;17:3-13.
4. Lehman AF. Vocational Rehabilitation in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:645-56.
5. Bell MD, Lysaker PH. Psychiatric Symptoms and Work Performance Among Persons With Severe Mental Illness. *Psychiatr Serv* 1995;46:508-10.
6. Cook JA, Roussel AE. Who works and what works? Effects of race, class, age and gender on employment among the psychiatrically disabled. Paper presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association 1989, Chicago, IL.
7. Rogers ES, Anthony WA, Cohen M, Davies RR. Prediction of vocational outcome based on clinical and demographic indicators among vocationally ready clients. *Community Ment Health J* 1997;33:99-112.
8. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;45:175-84.
9. Hoffmann H, Kupper Z. Relationships between social competence, psychopathology and work performance and their predictive value for vocational rehabilitation of schizophrenic outpatients. *Schizophr Res* 1997;23:69-79.
10. Anthony WA, Jansen MA. Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and policy implications. *Am Psychol* 1984;39:537-44.
11. McGurk SR. Neurocognition as a Determinant of Employment Status in Schizophrenia. *J Psychiatry Pract* 2000;6:190-6.
12. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Reports* 1962;10:799-812.
13. Peralta V, Cuesta M. Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1994;22:171-7.
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual (4ª edición revisada). Madrid: TEA Ediciones; 1997.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
16. Peña-Casanova J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona. Barcelona: Masson; 1990.
17. Heaton RK, Chelune GJ, Talley GG, Curtiss G. Test de Clasificación de Tarjetas de WISCONSIN. Manual (adaptación española de Cruz MV). Madrid: TEA Ediciones; 1997.
18. Segura M. Cuestionario de Habilidades Sociales. En: Ficha de Evaluación Conductual, ponencia libre presentada en el Primer Congreso de la AETCO. (Congreso Fundacional de la Asociación Española de Terapia de Comportamiento), Málaga, 29 de abril a 2 de mayo de 1981.
19. Otero V, Navascues D, Rebolledo-Moller S. Escala de Desempeño Psicosocial. Adaptación española del

- SBAS (Social Behavior Assessment Schedule de Plat, Ewyman y Hirssch, 1978). *Psiquis* 1990;11:39-47.
20. Barrowclough C, Tarrier N. Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: Chapman & Hall; 1992
 21. Fernández-Seara JL, Seisdedos N, Mielgo M. CPS Cuestionario de Personalidad Situacional. Madrid: TEA Ediciones; 1998.
 22. Cruz MV. IPP Intereses y Preferencias Profesionales. Manual (3º edición revisada). Madrid: TEA Ediciones; 1997.
 23. SPSS Inc. SPSS for Windows. Release 7.0. Chicago, 1995.
 24. STATA Corp. Stata Statistical Software. Release 4.0. Texas. College Station; 1995.
 25. Massel HK, Leberman R, Mintz J, Jacobs H, Rush T, Giannini C, Zarate R. Evaluating the capacity to work of the mentally ill. *Psychiatry* 1990;53:3-43.
 26. Lysaker PH, Bell M. Negative symptoms and vocational impairment in schizophrenia. Repeated measurements of work performance over six months. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:205-8.
 27. Bryson G, Bell MD, Kaplan E, Greig T. The functional consequences of memory impairments on initial work performance in people with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:610-5.
 28. Lysaker PH, Bell M, Zito WS, Bioty SM. Social skills and work: Deficits and predictors of improvement in Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:688-92.
 29. Becker DR, Drake RE, Bond GR, Xie H, Dain BJ, Harrison K. Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Ment Health J* 1998;34:71-82.
 30. Anthony WA, Rogers ES, Cohen M, Davis RR. Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatr Serv* 1995;46:353-8.
 31. Fabian E. Longitudinal outcomes in supported employment: A survival analysis. *Rehabil Psychol* 1992; 37:23-35.
 32. Jacobs H, Wissusik D, Collier R, Stackman D, Burke-man D. Correlations Between Psychiatric Disabilities and Vocational Outcome. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:365-9.
 33. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR, Anthony WA, Clark RE. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:391-9.
 34. Reker T, Eikelmann B. Work therapy for schizophrenic patients: result of a 3-years prospective study in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247:314-9.
 35. Lysaker PH, Bell MD, Bioty SM. Cognitive Deficits in Schizophrenia. Prediction of Symptom Change for Participators in Work Rehabilitation. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:332-6.

Correspondencia:
Ismael Lastra Martínez
Centro Hospitalario Padre Menni
Avda. Cantabria, 52
39012 Santander (Cantabria)
E-mail: dmedica@mennisant.com