



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

Eficacia de los modelos de rehabilitación vocacional y necesidades de soporte al empleo en personas con esquizofrenia

Efficacy of vocational rehabilitation models and employment support needs in people with schizophrenia

Viviana R. Carmona



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial - Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons**.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial - Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons**.

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution – NonCommercial - ShareAlike 4.0. Spain License**.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Tesis doctoral

**Eficacia de los modelos de rehabilitación vocacional y
necesidades de soporte al empleo en personas con esquizofrenia**

Efficacy of vocational rehabilitation models and employment support needs in people
with schizophrenia

Viviana R. Carmona

Directores:

Dra. Juana Gómez-Benito

Dr. Emilio Rojo Rodes

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud
Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa
Facultad de Psicología
Universidad de Barcelona

Barcelona, septiembre de 2018

Dedicado a Rita, Francisco, Sergi y Josefa.
Siempre en mis pensamientos y en mi alma

Agradecimientos

Dedico este trabajo a mi madre por enseñarme la satisfacción por la faena bien hecha, por impulsarme siempre hacia mis sueños y acompañarme en ellos, incluso sin saber si lo que venía era una estrepitosa caída. A mi papi Francisco por ver en mí desde el primer momento el germen de las preguntas que no se acaban. Pese a que ya no estás, te recuerdo cada día de mi vida, sentado bajo un árbol en Collico, cerca de la estufa en la vieja casa, leyendo ese viejo libro o enseñándome tu desgastado silabario con el cual aprendiste a leer. A mi compañero incondicional Sergi por estos años dulces. Gracias por cuidarme, por ponerme límites al trabajo y al traspasar, por ese té con miel que tan bien hace, por esa bolsa de agua caliente para mi adolorida espalda, por ese levantarme del sofá cuando la artritis no me deja (y por las referencias claro está). A mi abuela Josefa, por todo su cariño y por esas trenzas aderezadas con limón de los diez años.

También quiero agradecer a la profesora Juana Gómez, mi guía infalible, mi consejera y directora de esta tesis. Recuerdo que aún estaba en Chile cuando decidí que quería trabajar con ella, aprender de ella. Por tanto, llevar a cabo una investigación doctoral bajo su guía ha sido un privilegio y un honor. Gracias infinitas por el apoyo y la creencia firme que pese a los obstáculos finalmente se llega a buen puerto. Mi interés y el disfrute por la actividad investigadora se lo debo a ella. Agradezco también al doctor Emilio Rojo, por escucharme, redirigirme y encausarme debidamente cuando el entusiasmo me llevaba por caminos alejados, y por hacerme ver que somos privilegiados al elegir una actividad determinada y poder dedicarnos a ella. A Tania por su asesoría y su disponibilidad, y por inyectarme el placer de los estudios metaanalíticos.

A mis amigos/hermanos Susy, Jacque y Nelson, quienes me acompañaron en un momento oscuro de mi vida. A la gente querida de Barcelona, a toda mi familia política y especialmente a Lourdes Closa por acogerme desde el primer día como un miembro más de su familia. A

Anton, gràcies per ensenyar-me paraules noves i hermoses, per atendre les preguntes infinites, per l'interès en aquesta tesi i les novetats del metaanàlisi. A Antonia por esos cafés compartidos, esa conversación alegre que te hace olvidar los artículos no publicados y el programa que no funciona. A Isabel, por la amistad.

Por la compañía incondicional a todos los amigos de cuatro patas de mi vida que me han acompañado en mi proceso formativo: Gina, Jerry, Jimmy, Lucho, Lucha, Marujina, Esteban, Pascual, Jordi, Rodolfo, Luna y Lisa.

Índice de Contenidos

Agradecimientos	3
Resumen	7
Abstract	9
Introducción	11
Esquizofrenia	12
Curso clínico	13
Prevalencia y discapacidad de la esquizofrenia en cifras.....	16
Esquizofrenia y actividad laboral.....	19
Acceso al empleo en personas con esquizofrenia	21
El mercado laboral en cifras.....	21
Barreras en el acceso al empleo	23
Los modelos de intervención en empleo.....	27
Rehabilitación vocacional tradicional.....	28
Empleo con Apoyo	30
Empleo con Apoyo en España	32
Individual Placement and Support	35
Individual Placement and Support en España.....	38
Intervenciones combinadas	40
Individual Placement and Support y entrenamiento en habilidades sociales.....	40
Individual Placement and Support y Tratamiento Asertivo Comunitario.....	42
Intervención vocacional y rehabilitación cognitiva	43
Indianapolis Vocational Intervention y Work Therapy	49
Enfoque de trabajo	53
Objetivos	54
Resultados	55
Estudio 1	55
Estudio 2	96
Discusión	122
Conclusiones e implicaciones	137
Referencias	140

Resumen

El empleo se ha destacado como un hito importante en el proceso de recuperación de las personas con trastorno mental severo, razón por la cual en las últimas tres décadas se han delineado un conjunto de estrategias orientadas a mejorar la participación de este colectivo en el mundo laboral. En este proceso, las personas con esquizofrenia suponen un gran desafío derivado del alto grado de afectación de esta enfermedad en una amplia gama de dominios funcionales. Hasta el momento, el modelo más investigado ha sido el Empleo con Apoyo, el cual reporta numerosas investigaciones que avalan su eficacia en distintas poblaciones con dificultades de acceso al empleo. En base a estos hallazgos parece ser que el Empleo con Apoyo también es la alternativa más viable en personas con esquizofrenia, sin embargo, la permanencia en el puesto de trabajo ha demostrado ser más desafiante que la adquisición, principalmente en una población con lagunas importantes en cuanto a educación, preparación y experiencia laboral. En vista de estos antecedentes, esta tesis doctoral se planteó como objetivo identificar y evaluar las intervenciones vocacionales más eficaces para fomentar tanto la adquisición de un puesto de trabajo como la permanencia en el empleo de personas con esquizofrenia, así como identificar las variables mediadoras de dicha eficacia. De estos objetivos surgió el **estudio 1**, consistente en un estudio metaanalítico, el cual mostró que las intervenciones de Empleo con Apoyo fueron más efectivas para el logro de un empleo en el mercado ordinario de trabajo, pero no se observó evidencia de su eficacia en la variable permanencia del empleo. Los programas vocacionales mejorados que incluyeron grupos de soporte, remediación cognitiva o intervenciones cognitivo-conductuales mostraron un mejor desempeño en la permanencia en cualquier tipo de trabajo. Los hallazgos obtenidos en el **estudio 1** sugieren que existen otras variables con influencia significativa en los resultados de empleo y que son posibles de conocer solo si se accede a las experiencias de las personas con

esquizofrenia que desean trabajar. El **estudio 2** se orientó a conocer estas variables a través de una metodología desarrollada para las revisiones exploratorias. El análisis temático llevado a cabo dio cuenta de cuatro áreas relevantes de necesidades de soporte al empleo: desarrollo de habilidades, intervención vocacional, apoyo e incentivo y un ambiente de trabajo amigable. Se discuten los hallazgos de ambos estudios en función de los objetivos planteados, los reportes de la literatura y las limitaciones existentes en cuanto a investigación y contexto.

Abstract

Employment has been highlighted as an important milestone to recovery of people with severe mental illness. For this reason, a set of strategies has been designed in the last three decades in order to enhance the employment participation of these people. In this process, people with schizophrenia are a big challenge due to the high number of functional areas affected by the illness. At the moment, the most researched strategy is the Supported Employment, which has a huge number of reports confirming its success in different populations with difficulties to access to employment. Based on these findings, it seems that this program is the best option for people with schizophrenia. However, maintaining employment for this group becomes challenge compared with acquiring a job. This is, mainly in population with lack of education and work experience.

Based on these backgrounds, this doctoral thesis aimed to identify and evaluate the most effective vocational interventions in order to promote the acquiring and maintaining a job of people with schizophrenia, as well as, identify moderator variables of intervention efficacy. These objectives were addressed through the **study 1**, a meta-analytic study, which showed that Supported Employment were the most effective interventions to achieve a job in a competitive labor market. However, there was no evidence of intervention efficacy of Supported Employment with regard to job tenure. Enhanced vocational programs that included support groups, cognitive remediation or cognitive-behavioral interventions evidenced better performance in the job tenure in any job. The findings of the **study 1** suggest that there are other variables affecting the employment outcomes. And these variables can be known from the experience of people with schizophrenia who want to work. **Study 2** addressed these experiences through a methodology developed for exploratory reviews. Thematic analysis identified four major areas of employment support needs: developing

skills, vocational intervention, support and encouragement, and a supportive work environment. Findings from both studies are discussed in accordance with the objectives and the literature in the area. Limitations of this study are also addressed in terms of research and context.

Introducción

Esta introducción se encuentra organizada en tres secciones, la primera de ellas comprende una visión general de la esquizofrenia, sus características clínicas y su prevalencia. La segunda sección aborda el empleo y las tasas nacionales e internacionales de acceso en población con esquizofrenia, para culminar con la última sección que describe los modelos de rehabilitación vocacional.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica que cursa con alteraciones en múltiples procesos psicológicos incluyendo la percepción y la comprobación de la realidad, el lenguaje y el pensamiento, los afectos, la cognición y el comportamiento (Schultz, North, & Shields, 2007). La enfermedad avanza en una sucesión de brotes que conduce a un deterioro progresivo de la función social, académica y laboral (Chieh-Hsin et al., 2013; McGurk, & Mueser, 2004; Üçok, Gorwood, & Karaday, 2012), restringiendo las posibilidades educativas, de empleo y desarrollo de una carrera profesional llegando en múltiples casos a la interrupción de dichos procesos (Waghorn, Chant, White, & Whiteford, 2004). Estas características implican la demanda de mayores cuidados de los servicios de salud mental (McGurk, & Mueser, 2004), además de reducir entre 15 a 25 años la esperanza de vida promedio (Wildgust, Hodgson, & Beary, 2010), con un riesgo de muerte de 2.5 veces superior a la población general (Saha, Chant, & McGrath, 2007).

A modo de organizar las distintas manifestaciones de la esquizofrenia se han propuesto dos agrupaciones principales de síntomas: síntomas positivos, síntomas negativos y una tercera agrupación denominada síntomas de desorganización (Addington, Addington, & Maticka-Tyndale, 1991; Schultz et al., 2007). Los síntomas positivos se expresan como una exageración de las funciones normales del individuo, siendo más alarmantes y evidentes que

los síntomas negativos, aun así, tienen mejor respuesta al tratamiento (Fletcher, & Frith, 2008). Esta agrupación sintomática incluye delirios (creencias fijas y erróneas no comprensibles en el contexto cultural de la persona y que son inamovibles frente a los argumentos de su inverosimilitud), alucinaciones (experiencia sensorial en ausencia de un estímulo real externo) y síntomas motores o comportamientos catatónicos (estados estuporosos, inhibición o agitación psicomotriz, catalepsias, etc.) (González, Moscoso, & Lago, 2018; Schultz et al., 2007).

Los síntomas negativos muestran una disminución o pérdida de las funciones normales, es decir, funciones en deterioro que implican un peor pronóstico y una pobre respuesta al tratamiento (Lehman et al., 2004). Una de las conceptualizaciones más recientes delinea dos posibles subdominios de síntomas negativos: disminución de la expresión y déficits motivacionales (Blanchard, & Cohen, 2006; Foussias, & Remington, 2010; Messinger et al., 2011). La disminución de la expresión implica embotamiento afectivo y pobreza del habla, mientras que los déficits motivacionales refieren a una disminución en la conducta dirigida a metas, como la curiosidad, el interés y el impulso, que orientan al individuo a planificar, iniciar y realizar actividades (Andreasen, 1982; Nakagami, Xie, Hoe, & Brekke, 2008). Estos síntomas se traducen en retraimiento social, deterioro de la motivación y la iniciativa, reducción de la capacidad para reconocer y expresar estados emocionales y pobreza del habla (Lewis, 2012).

Los síntomas de desorganización incluyen el trastorno formal del pensamiento, el comportamiento desorganizado o extraño y el afecto inapropiado. El trastorno formal del pensamiento se expresa tanto en el habla desorganizada, pasando de una frase o de un tema a otro sin enlazar los contenidos; como en el lenguaje confuso y repetitivo con la utilización de palabras que no tienen significado o relación aparente (esquizoafasia). El comportamiento desorganizado implica una conducta extraña que puede tornarse impredecible y poco asociada

con el contexto de la persona, es decir, un comportamiento bizarro con falta de lógica que dificulta el desarrollo de actividades cotidianas. Finalmente, el afecto inapropiado se caracteriza por una manifestación afectiva incongruente y desorganizada en que la emoción expresada puede no estar asociada con el contexto o la situación (Schultz et al., 2007).

Los síntomas descritos no son específicos de la esquizofrenia, pues se dan también en otras enfermedades, y además, no todos los síntomas están presentes en cada una de las personas, existiendo una gran variedad de presentaciones de la enfermedad entre los distintos individuos y una variabilidad de cada uno de ellos a nivel temporal (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014).

Curso Clínico

La forma de inicio del trastorno esquizofrénico es variable, ya que su aparición puede ser aguda o insidiosa y su curso puede progresar desde un solo brote con remisión completa hasta el desarrollo de una enfermedad crónica con repetidas exacerbaciones de la sintomatología. En general, la mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios agudos con fases estables de remisión parcial o total, siendo frecuentes los síntomas residuales entre episodios (NICE, 2014; Schultz et al., 2007).

La primera fase en el desarrollo de la esquizofrenia se denomina fase premórbida. En esta fase el funcionamiento del individuo es normal, pero pueden existir riesgos que contribuyan al desarrollo de la esquizofrenia tales como eventos perinatales y prenatales estresantes, además de un alto grado de reactividad y estrés en la familia en la niñez y juventud (Dean, & Murray, 2005; Salokangas, & McGlashan, 2008).

A la fase premórbida le sigue un periodo prodrómico que tiene una duración de dos a cinco años en promedio y que cursa con un deterioro progresivo en el área relacional y la aparición de la sintomatología negativa. Las personas muestran síntomas inespecíficos tales como ansiedad y depresión, trastornos de personalidad, abuso de alcohol o drogas, anomalías de

comportamiento, cambios cognitivos y afectivos, a los cuales se suma un pobre cuidado personal y la reducción del interés y motivación en las actividades de la vida diaria, además de pérdida de interés en la escuela o en el trabajo (Elkhazen, Chauchot, Canceil, Krebs, & Baylé, 2003; NICE, 2014; Salokangas, & McGlashan, 2008). Estos cambios pueden afectar la capacidad de la persona para estudiar, mantener un empleo o mantener relaciones interpersonales (NICE, 2014)

Al periodo prodrómico le seguirán tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan límites claros entre ellas. La fase aguda o crisis, que se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos graves como delirios y/o alucinaciones, pensamiento gravemente desorganizado y alteraciones del comportamiento como agitación y angustia (APA, 2013; NICE, 2014), y un mayor intensidad de la sintomatología negativa (Salokangas, & McGlashan, 2008). La fase de estabilización o post crisis, periodo en el cual se reduce la intensidad de los síntomas psicóticos agudos; con una duración de seis meses o más desde el inicio del episodio agudo. Y finalmente, la fase de mantenimiento en donde la sintomatología desaparece o se estabiliza. En el caso de persistir la sintomatología, esta será de menor gravedad que en la fase aguda. Ante una eventual recaída, es habitual un periodo prodrómico en el que se manifiesten síntomas disfóricos no psicóticos, representaciones atenuadas de síntomas positivos y comportamientos idiosincrásicos, de duración variable (Lehman et al., 2004).

En la Tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (5º ed.) de la American Psychiatric Association (APA, 2013).

Tabla 1*Criterios diagnósticos para la esquizofrenia*

A. Dos o más de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató exitosamente). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3).

(1) Delirios

(2) Alucinaciones

(3) Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).

(4) Comportamiento desorganizado o catatónico.

(5) Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales (empleo, relaciones interpersonales y cuidado personal) están por debajo del nivel previo de funcionamiento (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en alcanzar el nivel esperado de funcionamiento).

C. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante este período prodrómico se pueden manifestar únicamente síntomas negativos o dos o más síntomas del criterio A en forma atenuada.

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas.

E. Se ha descartado consumo de sustancias o presencia de enfermedad médica.

F. En caso de antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si los delirios o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Prevalencia y Discapacidad de la Esquizofrenia en Cifras

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental de baja prevalencia a nivel mundial (Baxter, Patton, Scott, Degenhardt, & Whiteford, 2013) con cifras que oscilan entre 2.6 a 6.7 casos por cada 1000 habitantes (Ayuso-Mateos, Gutierrez-Recacha, Haro, & Chisholm, 2006; Jablensky, 1997; Moreno-Küstner, Martín, & Pastor, 2018; Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram, & Udomratn, 2010; Saha, Chant, Welham, McGrath, 2005; World Health Organization, 2001). En el caso de España, si bien es cierto los estudios de prevalencia son escasos, focalizados y con muestras pequeñas, datos aportados por estudios en Navarra (Mata, Beperet, & Madoz, 2000), Tenerife (Díaz-Cruz, Bethencourt, & Peñate, 2004) y Asturias (Bobes et al., 2013) reportan una prevalencia de entre el 0.2% y 0.8 %. En tanto, un estudio más reciente en Murcia sostiene que la prevalencia de la esquizofrenia sería de 3.97 por cada 1000 habitantes al año, existiendo una prevalencia más alta en áreas urbanas y económicamente más desfavorecidas (Moreno-Küstner et al., 2016). En relación a las diferencias de género, aunque algunos reportes de prevalencia señalan una similar distribución entre hombres y mujeres (Seeman, 2008; Saha et al., 2005; McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008), un reciente estudio señala que la tasa de afectación es dos veces más alta en hombres comparado con mujeres (Moreno-Küstner et al., 2016). Los estudios de incidencia también muestran una mayor afectación en hombres (Ayuso-Mateos et al., 2006), alcanzando aproximadamente un 60% en varones (Aleman, Kahn, & Selten, 2003; McGrath et al., 2008). Independiente de algunas discrepancias en los datos, lo que está claro es que los hombres tienden a experimentar su primer episodio de esquizofrenia en sus primeros 20 años, en tanto que las mujeres lo hacen en el tramo de edad comprendido entre los 20 y los 30 años, con un segundo pico después de la menopausia (APA, 2013; Schultz et al., 2007).

Características de la esquizofrenia como la afectación de múltiples dominios funcionales definen la enfermedad como una de las primeras 15 causas de discapacidad en todo el mundo

(Vos et al., 2017). Múltiples factores pueden llevar al fracaso en el funcionamiento diario, incluida la recurrencia sintomatológica, incluso después de un tratamiento exitoso de los síntomas clínicos (Leung, Bowie, & Harvey, 2008); la predominancia de síntomas negativos (Cárdenas et al., 2013; Leifker, Bowie, & Harvey, 2009), el deterioro cognitivo (Bowie, & Harvey, 2006; Levoux, & Danion, 2011; Kalkstein, Hurford, & Gur, 2010), los déficits motivacionales y la baja participación en conductas motivadas para obtener recompensas y resultados placenteros (Myin-Germeys, Delespaul, & de Vries, 2000). La carga sustancial impuesta por la esquizofrenia también se relaciona con la aparición temprana de la enfermedad, en la adolescencia tardía o la adultez temprana (Ramsay et al., 2011); las remisiones incompletas y la reducción de las expectativas de vida (Rössler, Salize, van Os, & Riecher-Rössler, 2005).

Además, la elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, es decir, con los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos de ansiedad y la depresión (Buckley, Miller, Lehrer, & Castle, 2009), generan un alto grado de deterioro que se expresa en un pobre funcionamiento social, el descenso de la productividad y el cuidado personal (Leifker et al., 2009; Harvey et al., 2012; McGurk, & Mueser, 2004). Estas deficiencias están presentes al principio de la enfermedad (Reichenberg et al., 2009) y son claramente detectables en el momento del diagnóstico (Caspi et al., 2003). Y además, el deterioro es estable y no se produce en la mayoría de los casos por la psicosis per se, pudiendo presentarse incluso durante los períodos de remisión sintomatológica (Leung et al., 2008; Keefe et al., 2006; Keefe, & Harvey, 2012).

La carga de salud, la carga social y la carga económica que implica la esquizofrenia no se reduce solo a quienes tienen el diagnóstico, afectando a sus familias, cuidadores y a la sociedad en general (Chong et al., 2016). Estimaciones realizadas por Barbato (1998) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que los costos directos de la esquizofrenia

en los países occidentales oscilan entre 1.6% y 2.6% del gasto total en atención médica, cifras que representan entre 7% y 12% del producto nacional bruto. Los costos médicos directos corresponden al uso de los recursos del sistema de atención médica, incluidos los costos de atención hospitalaria, atención ambulatoria y medicamentos. Los costos directos no médicos (o costos indirectos) refieren al cuidado informal no remunerado realizado comúnmente por familiares y parientes del individuo enfermo.

Las consecuencias financieras de la esquizofrenia han sido ampliamente documentadas (Mangalore, & Knapp, 2007; Oliva-Moreno, López-Bastida, Osuna-Guerrero, Montejo-González, & Duque-González, 2006; Rössler et al., 2005), representando una de las enfermedades más caras en términos de atención por paciente. Datos reportados por estudios en países europeos y Estados Unidos muestran que los gastos asociados al tratamiento de la enfermedad representan entre el 1.3% y el 2.5% de los gastos nacionales de salud (Evers, & Ament, 1995; Knapp, 1997; Mangalore, & Knapp, 2007; Rouillon, Dansette, & Le Floch, 1994; Rupp, & Keith, 1993). Hallazgos más recientes (Chong et al., 2016) estiman que la carga económica de la esquizofrenia en todo el mundo oscila entre un 0.02% a 1.65% del producto interno bruto, lo que supone un costo anual de entre US \$ 94 millones y US \$ 102 mil millones. En el caso de España, Oliva-Moreno et al. (2006) reportan un costo total de €1.970 millones para el año 2002, y de este monto un 53% destinado a gastos médicos directos y un 47% a cuidados informales.

En síntesis, la esquizofrenia es una enfermedad mental que se presenta con una distribución casi similar a través de distintos países, culturas y sexos, constituyendo una de las diez causas de discapacidad a largo plazo (McGurk, & Mueser, 2004) y una de las primeras 15 causas de discapacidad en todo el mundo (Vos et al., 2017). Los síntomas incluyen delirios, alucinaciones, apatía, desinterés y déficits cognitivos, aspectos que conducen a problemas en el autocuidado y el funcionamiento social y ocupacional. Estas disfunciones se

potencian por la aparición temprana de la enfermedad, el curso crónico de ésta y la escasa remisión total, lo cual representa un costo muy alto para el sistema sanitario.

Esquizofrenia y Actividad Laboral

No cabe duda que la actividad laboral y la productividad ocupan un lugar importante en las sociedades occidentales, de hecho constituyen un hilo conductor que entrelaza los primeros juegos infantiles de representación de roles hasta el aprendizaje y el desempeño de un oficio o una actividad profesional. Es evidente que el ser humano invierte gran parte de su vida en la preparación para el trabajo, ya sea porque el trabajo le reporta estabilidad y seguridad en la dimensión económica o bien una forma de mostrar habilidad y experticia como medio para fortalecer el yo. Indistintamente, el desarrollo de una actividad laboral permite la construcción de una identidad social ligada a una vocación particular y a un proyecto de vida, facilitando la integración del individuo a distintas dinámicas sociales.

En personas con diagnóstico de trastorno mental severo, y en especial en personas con esquizofrenia, acceder a un empleo se considera un paso fundamental en el proceso de recuperación (López, 2010), ya que los hallazgos dan cuenta de los beneficios que implica el trabajo como medio para potenciar y mantener un nivel de funcionamiento independiente en comunidad, asociándose con el fomento de la autoestima, la autoeficacia y un mejor funcionamiento social (Burns et al., 2009; Üçok et al., 2012). A nivel clínico, los hallazgos señalan que la actividad laboral tiene un impacto en la tasa de hospitalización (Kukla, Bond, & Xie, 2012) y en la reducción de recaídas (Reker, & Eikelman, 1997), asociándose también con la manifestación de síntomas patológicos menos severos, un mejor funcionamiento neurocognitivo y un mayor ajuste social (Bell, Lysaker, & Milstein, 1996; Burns et al., 2009; Rosenheck et al., 2006; Schennach, Musil, Moller, & Riedel, 2012).

Respecto a la asociación entre calidad de vida y empleo, personas con esquizofrenia empleadas reportan una mejora tanto a nivel objetivo como subjetivo, ya que la práctica de una actividad laboral proporciona una remuneración económica y provee de una sensación de control sobre la propia vida y, a nivel social, dota de sentido de pertenencia, satisfacción y bienestar físico (Bond et al., 2001; Bouwmans, de Sonnevile, Mulder, & Hakkaart-van Roijen, 2015).

Los hallazgos también muestran que los individuos que tienen una actividad laboral, desde un empleo competitivo hasta una ocupación remunerada y protegida, muestran una red social más amplia a su disposición en relación a los desempleados, siendo este un mediador importante de la calidad de vida subjetiva (Burns et al., 2009; Rüesch, Graf, Meyer, Rössler, & Hell, 2004). Es evidente que el empleo al ser una actividad que se desarrolla en un contexto social, permite que la persona tenga contacto diario con compañeros de trabajo, aspecto que favorece el establecimiento de relaciones, aumenta el sentido de pertenencia y posibilita la creación de una red social (Khalaf, Mohammadi, Rassafiani, Haghgoo, & Taherkhani, 2015; Perona, Gallach, Vallina, & Santolaya, 2004).

Igualmente, el dinamismo del contexto laboral dado por la provisión continua de nuevas circunstancias, hace que el lugar de trabajo sea un contexto ideal en el cual adquirir nuevas experiencias y competencias (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2010; Khalaf et al., 2015) y, por supuesto, disponer de oportunidades de ocio y esparcimiento. En efecto, se argumenta que la actividad laboral facilita las actividades de ocio y disponer de un ingreso monetario facilita aún más el desarrollo de actividades en el tiempo libre (Priebe, Warner, Hubschmid, & Eckle, 1998).

Personas con esquizofrenia también reportan que las rutinas de trabajo les proveen de una mejor estructura diaria, facilitando el desarrollo de estrategias de afrontamiento y otorgando, además, sentido a sus vidas (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008; Eklund, Hermansson, &

Håkansson, 2012), aspectos que posibilitan la construcción de una nueva identidad. Este proceso de cambio y vinculación a una identidad productiva y autónoma que se define con el rol de trabajador favorece la disminución del estigma y el autoestigma asociada al diagnóstico de esquizofrenia (Bevan et al., 2013; Cechnicki, Angermeyer, & Bielánska, 2011; Perkins, Raines, & Warner, 2009).

En suma, es un hecho empíricamente establecido que el empleo es un recurso valioso para promover la inclusión social y económica de personas con esquizofrenia. De hecho, cada vez es más evidente que el tratamiento clínico por sí solo es insuficiente para garantizar una buena calidad de vida a las personas que padecen enfermedades mentales persistentes y que se debe prestar más atención a la rehabilitación psicosocial, incluido el apoyo a las personas para maximizar su potencial de empleo (Hampson, Hicks, & Watt, 2016). Es más, pareciera ser que la actividad laboral adquiere un rol protector ante la enfermedad, asociándose con una expresión sintomática disminuida, una menor utilización de los servicios psiquiátricos (Bush, Drake, Xie, McHugo, & Haslett, 2009; Drake, Xie, Bond, McHugo, & Caton, 2013) y una mejor calidad de vida (Üçok et al., 2012), otorgando también un sentido y un significado a las personas que viven con psicosis (Dunn et al., 2008; Eklund et al., 2012), variables que en conjunto pueden mejorar la adherencia al tratamiento, la integración social y la satisfacción personal.

Acceso al Empleo en Personas con Esquizofrenia

El Mercado Laboral en Cifras.

El acceso al mercado de trabajo en personas con esquizofrenia es un tema ampliamente discutido en las últimas décadas, principalmente porque un aspecto clave de la carga económica que supone la enfermedad se asocia con el alto nivel de desempleo en las personas con este diagnóstico (Ekman, Granstrom, Omerov, Jacob, & Landen, 2013; Mangalore, & Knapp, 2007). Datos disponibles para Estados Unidos refieren que la tasa de empleo oscila

entre un 12% y un 17.2% (Kozma, Dirani, Canuso, & Mao, 2011; Rosenheck et al., 2006; Salkever et al., 2007). Los datos recopilados para países europeos también son variados. Un estudio noruego basado en encuestas de 4684 pacientes con esquizofrenia que recibían atención ambulatoria reportó que solo el 5% de esta población tenía un empleo remunerado (Helle, & Gråwe, 2007). Otros estudios en Noruega con muestras más pequeñas informaron tasas de empleo de entre 4% y 13% (Evensen et al., 2015; Melle, Friis, Hauff, & Vaglum, 2000; Tandberg, Sundet, Andreassen, Melle, & Ueland, 2013). En tanto, un estudio con participantes provenientes de tres países europeos mostró una tasa de empleo de 12.9% para el Reino Unido, 11.5% para Francia y 30.3% para Alemania (Marwaha et al., 2007). Aun más, una estudio que comparó los costos de atención en salud mental en participantes provenientes de distintas ciudades de Europa (España, Países Bajos, Noruega, Reino Unido) reportó que solo una proporción de 21% de personas con esquizofrenia realizaba algún tipo de actividad laboral (Thornicroft et al., 2004). Una cifra similar fue reportada por Haro et al. (2005) con una tasa de empleo de 19.6% en participantes provenientes de 10 países europeos.

A nivel de estudios longitudinales, datos recopilados en Finlandia mostraron un declive progresivo de la tasa de empleo competitivo, es decir, del acceso a un puesto de trabajo en el mercado laboral abierto y no reservado para personas con discapacidades (Waghorn, Chant, Lloyd, & Harris, 2009). En el estudio referido la tasa de empleo inicial de 7.4% se redujo a un 2.6% al segundo año de seguimiento y a una cifra de 1.5% al tercer año (Honkonen, Stengard, Virtanen, & Salokangas, 2007). Sin embargo, este descenso no se observó en la tasa de empleo no competitiva, definida como las actividades laborales desarrolladas en programas prevocacionales, en programas de trabajo voluntario, trabajo temporal, empleo de transición hacia puestos de trabajo competitivo y en los empleos en donde pagan menos del salario mínimo obligatorio (Waghorn et al., 2009).

Respecto a diferencias de género en el acceso al mercado de trabajo, estudios que informan esta variable dan cuenta de una ligera diferencia a favor del sexo masculino. Por ejemplo, el estudio de Marwaha et al. (2007) informaron una tasa de 21.8% para hombres trabajando en cualquier tipo de empleo (incluyendo empleo competitivo, protegido o voluntario) en comparación con una tasa de 20.9% en mujeres. Evensen et al. (2015) reportaron una tasa de empleo para varones en edad de trabajar de 10.24% y 10.5% para empleo de tiempo completo y tiempo parcial, respectivamente, comparado con una tasa de empleo de 9.8% en mujeres. Una cifra significativamente distinta fue observada por Harrison et al. (2001) con una tasa de empleo de 45.4% y 28.4% para hombres y mujeres, respectivamente. Al margen de estos datos, lo que está claro es que las cifras de empleo en personas con esquizofrenia son significativamente más bajas en comparación a la población general, aspecto que da cuenta de las dificultades que tiene este colectivo para acceder a los mercados de trabajo ordinario y beneficiarse de programas de empleo dirigidos a personas con discapacidad (Killackey, 2008).

Barreras en el Acceso al Empleo.

Existen un conjunto de factores individuales y sociales que conforman barreras sistemáticas de acceso al empleo. En el ámbito individual se sugiere que la sintomatología negativa como el aplanamiento afectivo, la baja motivación y el retiro social, contribuirían a un pobre rendimiento en el trabajo, donde la comunicación y la motivación son factores importantes para el éxito, por tanto, un rendimiento bajo lo esperado terminaría por desligar al individuo del contexto laboral (Tsang, Leung, Chung, Bell, & Cheung, 2010). En la misma línea, se plantea que la gravedad de los síntomas negativos y la pobre conciencia de enfermedad presentan correlaciones significativas con un mal rendimiento en el trabajo, mientras que la gravedad de la sintomatología positiva no se asocia de manera significativa con el desempeño laboral (Erickson, Jaafari, & Lysaker, 2011). De hecho, un estudio que examinó la relación entre el estatus de trabajo y estudio con la gravedad de los síntomas,

reportó puntuaciones de síntomas negativos significativamente más altas en los encuestados desempleados en comparación con los encuestados empleados, razón por la cual se determinó que la sintomatología negativa era un predictor independiente de desempleo (Üçok et al., 2012). De manera similar, Marwaha et al. (2007) encontraron que una mayor duración y un curso continuo con síntomas negativos más severos redujeron la posibilidad de obtener un empleo durante un estudio de seguimiento de dos años.

Las alteraciones neurocognitivas también han mostrado un rol predominante en los resultados de empleo. Alteraciones en la atención pueden influir en la habilidad para aprender nuevas tareas, mantener la concentración en una tarea por largos períodos de tiempo y realizar varias actividades simultáneamente (McGurk, & Mueser, 2004; Tan, 2009). De manera similar, las limitaciones para entender conceptos y resolver problemas (McGurk, Mueser, Harvey, LaPuglia, & Marder, 2003) y las alteraciones de la memoria (Tsang et al., 2010) no solo limitan la capacidad para adquirir conocimientos y desarrollar actividades de manera independiente (Lieberman, Wallace, & Hassell, 2004; Sergi, Kern, Mintz, & Green, 2005), sino también influyen en la capacidad para mantener la competitividad al momento de desarrollar una actividad laboral, porque impiden al individuo permanecer en la tarea, estar atento a no cometer errores y mantenerse actualizado. La relevancia de estas alteraciones es sostenida por Christensen (2007) quien señala que déficits en la atención, la memoria verbal y el funcionamiento ejecutivo tendrían mayores repercusiones en el aprovechamiento de los beneficios de una rehabilitación laboral, en comparación a los efectos de los síntomas positivos y negativos de la enfermedad.

Las alteraciones en la cognición social, es decir, una menor familiaridad e información más pobre de las situaciones sociales, también se han vinculado con el empleo, principalmente al momento de procesar rápidamente los detalles de la interacción social, aspecto que determina intercambios sociales exitosos en la situación laboral (Couture, Penn, & Roberts, 2006;

Dickinson, Bellack, & Gold, 2007). De hecho, estas alteraciones conforman uno de los factores cruciales que afectan el desempeño y el mantenimiento del trabajo en personas con esquizofrenia (Lancaster, 2004), y que a la larga inciden en el interés por mantener y obtener satisfacciones del contacto social.

Las repercusiones que la esquizofrenia tiene en la historia personal también puede obstaculizar el acceso al empleo. Killackey (2008), plantea que la perturbación causada en la educación por la emergencia de la enfermedad es una de las posibles causas del alto grado de desempleo en las personas con psicosis, ya que en su mayoría manifiestan no disponer de la capacitación necesaria para desempeñar un determinado trabajo. A esto se suma la ausencia de experiencia laboral previa y lo que Anthony (1994) denomina los déficits en hábitos laborales entendidos como la dificultad para identificar intereses y planificar, el desconocimiento de las fuentes de información para acceder a un trabajo y la dificultad para conservar un empleo (descuido de la apariencia personal, dificultad para moverse en el transporte público). De hecho, personas con esquizofrenia participando en un programa de rehabilitación vocacional reconocen las falencias en cuanto a habilidades relacionadas con el trabajo y habilidades para adaptarse a las demandas sociales del contexto laboral (Lexén, Hofgren, & Bejerholm, 2013). Esto sugiere que más allá de saber cómo realizar las tareas requeridas del puesto de trabajo, disponer de habilidades sociales, habilidades para resolver problemas y habilidades de afrontamiento es necesario para garantizar el éxito en el empleo (Peckham, & Muller, 1999).

En este escenario también se ha de considerar un conjunto de barreras derivadas del contexto y que pueden asociarse con la legislación en torno a discapacidad y el acceso a servicios vocacionales y, por supuesto, el estigma social que afecta a los propios individuos con esquizofrenia. Es sabido que el acceso a las prestaciones sociales y la disponibilidad de determinados servicios vocacionales pueden tener un efecto desincentivador en la búsqueda

de un empleo en el mercado abierto de trabajo. Al respecto, Rosenheck et al. (2006) reportaron que las personas que recibieron pagos por discapacidad tenían menos probabilidades de ser competitivamente empleadas que aquellos que no recibieron estos pagos, tal vez porque aquellos que recibieron estos pagos temían la pérdida de dichos beneficios (y tal vez la pérdida del seguro médico) si trabajaban en un entorno competitivo. Latimer et al. (2006) informaron que las ventajas del empleo protegido, como el transporte público gratuito o la gran cantidad de programas vocacionales alternativos, parecían haber reducido el atractivo relativo del empleo competitivo para los participantes. Estos datos permiten plantear que la disponibilidad de prestaciones sociales y la disponibilidad de servicios profesionales y empleo protegido, tiene un rol importante en el acceso al empleo competitivo (Bouwman et al., 2015) dado que las tasas de empleo parecen ser más bajas en los países con un mayor nivel de seguridad social, tal como se informó en el estudio de Thornicroft et al. (2004).

En cuanto al estigma social, incluso cuando están en remisión completa y en ausencia de un comportamiento bizarros, las personas con esquizofrenia a menudo descubren que están sujetos a discriminación y rechazo social (Thornicroft, 2006). Esto porque comúnmente se asume que los problemas de salud mental representan estados permanentes y de recuperación incierta (Link, & Cullen, 1986). Los potenciales empleadores no son ajenos a estas influencias y frecuentemente presentan una serie de preocupaciones en torno a la capacidad de trabajo de las personas con problemas de salud mental, y la capacidad de lidiar con dinero e información confidencial (Biggs, Hovey, Tyson, & MacDonald, 2010), principalmente si tienen escasa experiencia e información respecto a la contratación de personas con necesidades de salud mental y no reciben soporte de los servicios de rehabilitación (Gilbride, Stensrud, Vandergoot, & Golden, 2003). Respecto a los profesionales de la salud mental, existe la creencia de que el trabajo pueda causar una recaída de la psicosis (Vogel, Bell, Blumenthal,

Neumann, & Schuttler, 1989) o bien que las personas con problemas psiquiátricos tienen expectativas de empleo poco realistas (Becker, Drake, Farabaugh, & Bond, 1996), razón por la cual algunos profesionales de la salud consideran que los trabajos más apropiados para personas con psicosis son aquellos que requieren bajos niveles de habilidad técnica y no siempre se ofrecen en el mercado de trabajo competitivo (Marwaha, Balachandra, & Johnson, 2009).

En síntesis, acceder a un puesto de trabajo da soporte y garantiza el ejercicio de derechos ciudadanos en las personas con esquizofrenia, a la vez que constituye una herramienta empíricamente asociada a la mejoría clínica y psicosocial. Pese a esto, las cifras de acceso son reducidas y reflejan la dificultad para superar un conjunto de barreras que involucran tanto variables individuales como la propia enfermedad y sus efectos en la educación y formación para el empleo, así como variables contextuales asociadas con el mercado de trabajo, el estigma y la discriminación y, por supuesto, el acceso a determinados programas vocacionales que brinden soporte a la inclusión laboral de personas con esquizofrenia.

Los Modelos de Intervención en Empleo

Tanto en Estados Unidos como en Europa se han desarrollado un conjunto de iniciativas y modelos de intervención orientadas a mejorar la empleabilidad en colectivos con serias dificultades de acceso al mercado laboral. Un número importante de estas iniciativas se han generado para brindar soporte a personas con dificultades de aprendizaje, pasando gradualmente a cubrir el colectivo de personas con diagnóstico de trastorno mental severo y específicamente personas con esquizofrenia. En esta sección se abordan los principales enfoques de trabajo utilizados, comenzando desde aquellos modelos más tradicionales como el Empleo Protegido, hasta el modelo de Empleo con Apoyo y su implementación en España, para posteriormente abordar las intervenciones combinadas, con especial énfasis en aquellas

que disponen de procedimientos estandarizados y estudios de eficacia en personas con esquizofrenia.

Rehabilitación Vocacional Tradicional

Consiste en programas dirigidos a la orientación y adquisición de hábitos laborales y habilidades necesarias para la integración laboral, por tanto, se espera que los participantes se sometan a un período de preparación, antes de que se les anime a buscar un empleo competitivo (Crowther, Marshall, Bond, & Huxley, 2001). Estos modelos se caracterizan por la utilización del paradigma *train and then place*, es decir, primero se prepara a la persona y luego se la ubica laboralmente. Específicamente, este tipo de programas involucra capacitación prevocacional (enseñanza de habilidades laborales y de búsqueda de empleo), Empleo de Transición o de prueba (es decir, trabajo a tiempo parcial con salario inferior al mínimo) y empleo voluntario antes del trabajo competitivo (Twamley, Jeste, & Lehman, 2003). Bajo esta formulación, las personas con una discapacidad más severa se colocarían en los espacios de trabajo menos exigentes, manteniendo la hipótesis de que adquirirán habilidades y confianza para en el futuro trabajar competitivamente (Bond, 1998).

Dentro de los modelos tradicionales más difundidos se encuentran el Empleo Protegido y el movimiento de Casa Club. El Empleo Protegido se define como el empleo que se genera para personas con discapacidad y que pretende asegurar un empleo remunerado a aquellas personas que no puedan acceder a un empleo normalizado. La actividad laboral se desempeña en empresas ordinarias, que en el caso de España son conocidas como Centros Especiales de Empleo (CEE), las cuales brindan una serie de apoyos que facilitan la incorporación de trabajadores con discapacidad al mercado laboral (Laloma, 2007).

Los CEE constituyen empresas con al menos 75% de la plantilla de trabajadores compuesta por personas con discapacidad, participando plenamente en las actividades del mercado. Para su financiación disponen de exenciones de impuestos y subsidios financieros

sobre el salario de los trabajadores con discapacidad, por ende, el mantenimiento de los CEE involucra una gran inversión de fondos del gobierno (Jordán de Urríes, & Verdugo, 2013).

Entre los objetivos del Empleo Protegido desarrollado en los CEE destacan, por un lado, facilitar la realización de una actividad productiva a aquellas personas con discapacidad que no puedan acceder a un empleo normalizado; y por otro, preparar a estas personas para una posible transición al empleo ordinario. En cuanto a cumplimiento de objetivos, Jordán de Urríes y Verdugo (2013) señalan que el primer objetivo planteado es ampliamente cubierto, no obstante la transición hacia un empleo competitivo es un asunto pendiente difícil de abordar. De hecho, la dificultad para avanzar hacia un empleo en el mercado abierto y la falta de adaptación del trabajo a los intereses de los individuos constituyen las principales críticas a los modelos de Empleo Protegido (Young, 2001).

Otro abordaje lo constituye el movimiento de Casa Club, iniciativa que surge en los años 50 como una reacción al Empleo Protegido tradicional (Macias, Propst, Rodican, & Boyd, 2001). En sus orígenes, esta iniciativa plantea que pueden alcanzarse mejores resultados laborales al promover la autonomía del paciente en ambientes que no son psiquiátricos. Por tanto, una Casa Club constituye una comunidad de trabajo terapéutica integrada, conformada y gestionada por personas con diagnóstico de trastorno mental severo y personal asistencial dentro de una relación igualitaria (Doyle, Lanoil, & Dudek, 2013).

Los principios básicos del modelo incluyen la creencia de que cada miembro tiene fortalezas individuales para recuperarse de los efectos de la enfermedad mental y llevar una vida personalmente satisfactoria, y que el trabajo y las relaciones mediadas por el trabajo son elementos reconstituyentes (McKay, Nugent, Johnsen, Eaton, & Lidz, 2018). Bajo estos principios cualquier persona que tenga un historial de enfermedad mental puede ser miembro de una Casa Club con pleno derecho de reingreso de por vida y acceso a todos los servicios de la misma (Beard, Propst, & Malamud, 1982; Macias, Kinney, & Rodican, 1995).

Al igual que en el Empleo Protegido, los miembros de la Casa Club pasan por un período de preparación antes de la colocación en un empleo competitivo. En un primer momento los clientes se unen a grupos de trabajo, junto con el personal asistencial, para hacerse cargo del manejo y mantenimiento del Club. El trabajo en equipos se percibe como un paso de preparación al Empleo de Transición (Beard et al., 1982). Este tipo de empleo consiste en la ubicación de los clientes en una serie de trabajos remunerados y temporales controlados por el Club, con el fin de ayudarlos a desarrollar sus habilidades y la confianza necesaria para afrontar un empleo competitivo (Bond, 1998). El Empleo de Transición enfatiza la autonomía, el potencial y la dignidad de los empleados (Beard et al., 1982), ya que durante el desarrollo de la actividad laboral el cliente recibe apoyo de otros miembros de la comunidad, del personal asistencial y de un profesional de la rehabilitación vocacional si es necesario (Macias et al., 1995).

En cuanto a evidencia del modelo, un estudio (Macias, Jackson, Schroeder, & Wang, 1999) reportó que las Casas Club presentaron en promedio un 19.6% de miembros activos participando en empleos transitorios y un 17.5% en empleos competitivos. En tanto, una reciente revisión sistemática de 52 estudios (McKay et al., 2018) respaldó la eficacia del modelo de Casa Club en la promoción del empleo, la reducción de las hospitalizaciones y la mejora de la calidad de vida de las personas.

Empleo con Apoyo

El Empleo con Apoyo (en inglés Supported Employment) es una modalidad de empleo que surge en los años ochenta en los Estados Unidos y Canadá como una reacción a las limitaciones del Empleo Protegido en personas con discapacidad (Laloma, 2007; Wehman, Sale, & Parent, 1992). En este movimiento participaron tanto proveedores de servicios de rehabilitación profesional como investigadores en universidades. Así fue como desde los programas tradicionales de rehabilitación e inserción laboral se pasó gradualmente a los

enfoques individualizados y a las ubicaciones laborales individualizadas en empresas del mercado ordinario, aplicándose los principios de la psicología del comportamiento bajo la premisa que las conductas laborales, como cualquier otra conducta, pueden ser aprendidas y entrenadas (Observatorio Estatal de la Discapacidad [OED], 2017). Precusores relevantes del movimiento fueron Paul Wehman y David Mank, quienes plantearon que si el empleo competitivo era la meta final, debían dirigir los esfuerzos de la rehabilitación al empleo competitivo y no a objetivos intermedios (Bellamy, Rhodes, Bourbeau, & Mank, 1986; Wehman, Moon, Everson, Wood, & Barcus, 1987; Wehman, 1992). En este escenario, surgieron interrogantes respecto a qué factor diferencial podía llevar al éxito tanto en la adquisición como en el mantenimiento de los aprendizajes, para concluir que el elemento crucial era el apoyo, en consecuencia, se requería entrenamiento individualizado y apoyo en el puesto de trabajo con la intervención de un especialista en empleo en la comunidad (OED, 2017). Por tanto, este nuevo modelo, en contraste con la filosofía convencional de entrenamiento y luego colocación (*train and then place*), se orientó a reducir la evaluación prevocacional colocando a los clientes en empleos competitivos y brindando apoyo a largo plazo, es decir, una filosofía centrada en la colocación inmediata para luego entrenar en el lugar de trabajo (*place and then train*). Inicialmente, los programas de Empleo con Apoyo se dirigieron a personas con discapacidades intelectuales, pero los conceptos básicos elaborados por Wehman y sus colaboradores se adaptaron posteriormente a programas para personas con enfermedades mentales graves (Wehman et al., 1987). De esta manera, el Empleo con Apoyo se define como un tipo de empleo, no un método de preparación para el empleo ni un tipo de actividad de los servicios de rehabilitación (Wehman et al., 1992).

Hoy en día el Empleo con Apoyo es conocido como el modelo que se orienta al fomento del empleo integrado dentro de empresas normalizadas u ordinarias, dirigido tanto a personas con discapacidad como a otros colectivos en especial situación de desventaja social, los cuales

no han tenido posibilidad de acceso al mercado laboral. Este tipo de empleo se logra a través de entrenamiento y apoyo tanto dentro como fuera del lugar de trabajo, a lo largo de la vida laboral, y en condiciones de empleo lo más similares posibles a las de otro trabajador sin discapacidad (Jordán de Urríes, & Verdugo, 2001; Verdugo, Jordán de Urríes, & Bellver, 1998). Por tanto, la esencia del modelo podría resumirse en: orientación al logro de un empleo con sueldos y condiciones de seguridad y trabajo normalizados, provisión de un apoyo continuado para obtener y mantener un empleo, énfasis en las oportunidades de empleo más que solo la provisión de un servicio, participación plena independiente de la discapacidad, variedad y flexibilidad en función de las ofertas del mercado laboral y las preferencias del usuario (Wehman et al., 1992).

Empleo con Apoyo en España.

El Empleo con Apoyo emerge en España entre finales de los ochenta y principios de los noventa. El primer proyecto que se puso en marcha fue el Projecte Aura (Cataluña) en 1989, iniciado por Gloria Canals y Montse Domenech, orientado a la integración laboral de personas con síndrome de Down (Canals, & Domènech, 1991). En el año 1991, comenzó el segundo programa de Empleo con Apoyo denominado Treball amb Support (Mallorca) dirigido por Ferrán Bellver (Bellver, Moll, Roselló, & Serra, 1993). Además de estas iniciativas, según Verdugo et al. (1998) el desarrollo del modelo fue posible gracias a dos hitos fundamentales. Primero, la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (Ley13/1982), la cual en su artículo 37 menciona como una finalidad primordial de la política de empleo de trabajadores minusválidos su integración en el sistema ordinario de trabajo. Y segundo, el Programa de Integración Escolar, iniciado por el Ministerio de Educación y Ciencia en 1985 (Real Decreto 334/1985), la cual siguiendo el mandato del artículo 23 de la mencionada Ley señala como punto importante el apoyo a la

integración de la persona con minusvalía al sistema ordinario de educación general (Ley13/1982).

También resultó fundamental para la difusión del modelo la celebración del I Simposio Internacional sobre Empleo con Apoyo en Mallorca en 1991, en el cual participó uno de los padres del Empleo con Apoyo, Paul Wehman, y el precursor de su aplicación en Europa, Christy Lynch. En esta instancia también se presentaron las dos experiencias pioneras exitosas, es decir, el Projecte Aura y Treball amb Suport, hecho que sirvió de base para difundir los beneficios del modelo y su posterior implementación en otras ciudades españolas (Jordán de Urríes, & Verdugo, 2001).

Dos años más tarde, en junio de 1993, se creó la Asociación Española de Supported Employment (AESE), principal impulsora de esta metodología, que se planteó como misión impulsar el desarrollo del Empleo con Apoyo en España y Latinoamérica, con el fin de que puedan beneficiarse del acceso al mundo laboral integrado un número cada vez mayor de personas con discapacidad o en riesgo de exclusión social (Clavain, & Serra, (2013).

Finalmente, en 1995 se incluyó el modelo de Empleo con Apoyo en planes oficiales tanto para fomentar el empleo de las personas con discapacidad (Consejo Económico y Social, 1995), como para el desarrollo de programas generales de atención a la discapacidad (Ministerio de Asuntos Sociales, 1995; Verdugo et al., 1998).

En la actualidad, el marco de trabajo del Empleo con Apoyo en España se ancla en los planteamientos de la AESE, la cual refleja el modelo de Empleo con Apoyo de la Unión Europea (European Union of Supported Employment) (OED, 2017), que define al modelo como la dotación de apoyo a personas con discapacidades y otros grupos desfavorecidos a fin de garantizar y mantener un empleo remunerado en el mercado ordinario de trabajo (Evans et al., 2005). Sin embargo, solo en el año 2007, a través del Real Decreto 870/2007 de 2 de julio (2007), se concretó el marco normativo en España, definiendo el modelo como un conjunto de

acciones de orientación y acompañamiento individualizado en el lugar de trabajo, con el objetivo de facilitar la adaptación social y laboral de personas con discapacidad con dificultades de inserción laboral en el mercado abierto de trabajo (OED, 2017).

En cuanto a la proliferación de programas de Empleo con Apoyo, este proceso no ha sido uniforme en todas las comunidades españolas. Al finales de 1996 se identificaron 34 iniciativas, con una mayor concentración en la comunidad de Cataluña (10 programas), seguida por Islas Baleares y Andalucía (5 programas respectivamente), acumulando las tres comunidades el 55% de los programas existentes (Verdugo et al., 1998). Al año 2004, existían al menos 57 programas distribuidos en 14 de las 17 comunidades autónomas, con Cataluña como el principal foco de desarrollo con 11 programas, representando el 18% del total (Jordán de Urríes, Verdugo, & Vicent, 2005). Al año 2009 se produjo el mayor número de programas implementados con 236 servicios de Empleo con Apoyo, con una brusca caída en los siguientes años, identificándose solo 49 programas en el año 2015 (OED, 2017).

Desde la implementación del programa en España, la cifra de personas con discapacidad psiquiátrica que obtiene los beneficios del programa es reducida. Un estudio (Verdugo et al., 1998) señaló que solo el 4% de personas con alguna enfermedad psiquiátrica fue usuaria de un programa de Empleo con Apoyo en contraste con el 71% de personas con algún tipo de discapacidad intelectual. Otro estudio (Jordán de Urríes et al., 2005) informó que si bien existe una aplicación más amplia del Empleo con Apoyo en diferentes tipos de discapacidad, al año 2004 solo un 0.48% las personas con problemas de salud mental accedieron y se beneficiaron del programa. Es más, según el Informe Anual 2012 de la AESE (Clavain, & Serra, 2013), entre 3.280 de personas que buscaban un empleo en 34 servicios vocacionales, solo el 9.1% eran personas con una enfermedad mental, y de esta proporción solo el 30.8% obtuvo un empleo competitivo. Un informe más reciente (OED, 2017) reportó que al año 2016 solo 17.0% de las entidades de Empleo con Apoyo tenían entre sus destinatarios a

personas con discapacidad por enfermedad mental. En cuanto a cifras de acceso al programa por edad y sexo, el tramo mayoritario correspondió a 26-45 años, con una sobrerrepresentación de los varones (61.91% hombres frente a 38.65% de mujeres). Respecto de estudios de eficacia en España en población con esquizofrenia, los datos disponibles son escasos y proceden principalmente de iniciativas desarrolladas en Tenerife, las cuales se describen en el apartado denominado *Individual Placement and Support en España*.

Individual Placement and Support

Dentro del modelo de Empleo con Apoyo existe un modelo que ha sido ampliamente estudiado: El Individual Placement and Support (IPS). El IPS nace en Estados Unidos, formulado por Deborah Becker y Robert Drake, influenciados tanto por el modelo de Empleo con Apoyo desarrollado por Wehman y sus colaboradores (Bellamy et al., 1986; Wehman et al., 1992; Wehman, 1992) como por el modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) (Stein, & Test, 1980; Test, & Stein, 1976). Del Empleo con Apoyo se deriva la idea de reducir el entrenamiento prelaboral, proporcionar apoyo ilimitado en el tiempo en un entorno de trabajo integrado. Del modelo ACT se recoge el concepto de rehabilitación y tratamiento integral (Bond, 1998), que se traduce en la integración del IPS en entornos de salud mental a fin de que los participantes tengan acceso a profesionales de la salud y especialistas vocacionales (Twamley et al., 2003).

El modelo IPS se describe con detalle en un manual con las pautas a seguir (Becker & Drake, 1993), mientras que la referencia principal para orientar su práctica es la Escala de Fidelidad de Empleo con Apoyo (Supported Employment Fidelity Scale), la cual mide la adhesión a las normas y principios del programa (Bond, Becker, Drake, & Vogler, 1997), es decir, una serie de parámetros basados en evidencias prácticas a las cuales debe ajustarse un programa IPS para conseguir resultados óptimos en el logro del empleo competitivo. La investigación al respecto muestra asociaciones positivas consistentes entre la fidelidad al

modelo y el logro del empleo competitivo (Bond, 1998). En la Tabla 2 se exponen los principios que guían el modelo IPS.

Tabla 2

Principios del modelo IPS

Principio	Descripción
I. El empleo competitivo como meta.	La meta es el empleo competitivo en espacios integrados en la economía de la comunidad.
II. Disponible para las personas que quieran trabajar.	Todas las personas con discapacidad pueden trabajar en empleos ordinarios en la comunidad si quieren hacerlo y cuentan con el apoyo necesario.
III. Búsqueda rápida de empleo.	Los usuarios se colocan rápidamente en un puesto de trabajo en vez de seguir un largo entrenamiento prelaboral.
IV. Integración de salud mental y rehabilitación.	La rehabilitación es un componente integral del tratamiento de la salud mental en lugar de un servicio separado.
V. Atención a las preferencias del usuario.	Los servicios brindados se basan en las preferencias y elecciones de los usuarios.
VI. Continua valoración comprensiva.	La valoración es continua y está basada en experiencias reales de trabajo, comenzando con el contacto inicial con el usuario y continuando después de este ha sido empleado.
VII. Apoyo continuo y sin tiempo límite.	Los clientes del programa reciben apoyo individualizado a largo plazo

Adaptado de Bond (1998)

El modelo IPS ha acumulado un considerable cuerpo de evidencia de su eficacia en el logro de un empleo competitivo en personas con trastornos mentales severos y en personas con esquizofrenia. Esta evidencia es resultado de ensayos clínicos aleatorizados en Estados Unidos (Bond et al., 2007; Drake et al., 1999; Gold et al., 2006; Mueser et al., 2004; Lehman

et al., 2002; Twamley et al., 2012), algunos países europeos (Bejerholm, Areberg, Hofgren, Sandlund, & Rinaldi, 2015; Burns et al., 2007; Howard et al., 2010; Michon et al., 2014), Australia (Killackey, Jackson, & McGorry, 2008; Waghorn, Dias, Gladman, Harris, & Saha, 2014) y China (Tsang, Chan, Wong, & Liberman, 2009; Wong, Chiu, Tang, Mak, Liu, & Chiu, 2008; Zhang et al., 2017). Además, revisiones sistemáticas (Crowther et al., 2001; Heffernan, & Pilkington, 2011; Marshall et al., 2014; Kinoshita et al., 2013) y metaanálisis (Campbell, Bond, & Drake, 2011; Modini et al., 2016) también dan cuenta de la eficacia del modelo en la mejora de la tasa de empleo competitivo.

No obstante, los beneficios del IPS para ayudar a las personas a mantener un empleo durante largos periodos de tiempo son modestos (Bond, 2004; Contreras et al., 2012; Mueser, Becker, & Wolfe, 2001; Murphy, Mullen, & Spagnolo, 2005) y una variable habitualmente omitida en estudios metaanalíticos y revisiones, como es caso del estudio de Modini et al. (2016). La evidencia empírica señala que en promedio usuarios del IPS mantienen su trabajo por seis meses (Drake et al., 1999; Drake, McHugo, Becker, Anthony, & Clark, 1996; Bond, Drake, Becker, & Mueser, 1999). Este corto periodo de empleo plantea dudas respecto de la eficacia del modelo para apoyar el mantenimiento del empleo en personas con trastorno mental severo y particularmente en personas con esquizofrenia. Por lo mismo, cabe preguntarse qué elementos y apoyos adicionales al modelo IPS serían necesarios para una colocación a largo plazo, además de qué variables contextuales (como los beneficios y subsidios por discapacidad disponibles en cada país, las oportunidades de empleo y la existencia de un mercado de trabajo eminentemente temporal) estarían afectando el mantenimiento del empleo. Es por esta razón que se han propuesto mejoras del modelo ya sea mediante la combinación con un programa de entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con el trabajo o bien con un programa de remediación cognitiva.

Individual Placement and Support en España.

Si bien es cierto en el año 2013 se anuncia la prueba piloto del modelo IPS en Cataluña dirigido a personas con trastorno mental severo, iniciativas de este tipo ya se venían desarrollando en Tenerife. En el año 2003 se crearon los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo en dicha localidad (EAIA), como parte de los recursos establecidos dentro del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial. Estos equipos se plantean como meta favorecer la rápida integración al empleo ordinario de las personas con discapacidad por trastorno mental de larga evolución que manifiesten su determinación a emplearse según sus preferencias de empleo (Rodríguez Pulido, Caballero Estebaranz, Tallo Aldana et al., 2011). El perfil típico de usuario del EAIA lo constituye un varón de entre 26 a 45 años, con estudios primarios, graduado escolar o bachillerato, con experiencia laboral previa y diagnóstico de esquizofrenia (Rodríguez Pulido, Caballero Estebaranz, González Dávila et al., 2011). En cuanto a efectividad del modelo IPS en Tenerife, un reciente estudio que comparó a personas con trastorno mental severo (66.1% con esquizofrenia) recibiendo IPS frente a aquellas recibiendo tratamiento usual (asesoramiento y orientación profesional), reportó que 99% de los participantes en IPS obtuvo un empleo competitivo y se mantuvo en dicho empleo 30.1 semanas frente al 75% del grupo de tratamiento usual que obtuvo un empleo y se mantuvo trabajando 7.4 semanas (Rodríguez Pulido et al., 2017). Cabe destacar, que al igual que otros estudios de efectividad de IPS (Burns et al., 2007; Howard et al., 2010) el estudio mencionado definió como lograda la adquisición del empleo si los participantes se mantenían en el puesto de trabajo *al menos un día*.

Otro proyecto que incluye los principios del IPS en su quehacer es el proyecto Incorpora de la Obra Social La Caixa, el cual funciona desde el año 2006 y se orienta a fomentar la integración laboral de colectivos desfavorecidos (personas con discapacidad, inmigrantes, jóvenes en situación de vulnerabilidad y personas mayores de 45 años), con una línea

específica para personas con discapacidad por enfermedad mental (Departament de Comunicació de la Obra Social la Caixa, 2013). Según datos reportados para el año 2012, de 1185 personas, alrededor del 40% encontró un trabajo y de esta proporción un 49% logró un empleo competitivo. Además, 71 de los servicios de empleo para el año 2012 apoyaron a 3074 personas con enfermedad mental en el tramo 2010-2012 (Fioritti et al., 2014). En la actualidad, el proyecto Incorpora reúne 92 entidades colaboradoras en Cataluña.

Respecto a la prueba piloto desarrollada en Cataluña, esta forma parte de una iniciativa europea que contempla Holanda, Italia y España, involucrando un trabajo colaborativo entre el Dartmouth IPS Supported Employment Center, Obra Social la Caixa (proyecto Incorpora) y tres departamentos del gobierno regional en Cataluña (Departament de Salut, Departament d'Empresa i Ocupació y Departament de Benestar i Família). Este proyecto busca mejorar la inclusión laboral y social de las personas con trastornos mentales desde un trabajo integrado que contempla tres áreas: cuidado de la salud, servicios sociales y empleo (Koatz, Hilarión, Bonet, & Suñol, 2016). Desde octubre de 2013, siete sitios han adaptado sus programas para implementar el IPS y a septiembre de 2016 un promedio de 393 personas con enfermedades mentales graves han participado trimestralmente en estos programas, pasando de 50 personas empleadas competitivamente al año 2013 a 206 personas el año 2016 (Sunol Sala, Koatz, Bonet i Dalmau, & Hilarion Madariaga, 2017). Esta implementación no ha estado exenta de obstáculos entre los cuales destacan la crisis económica y el estigma asociado a las personas con enfermedades mentales, además de la falta de integración de los servicios de empleo y las entidades de salud mental, incluida la falta de registros electrónicos compartidos (Koatz et al., 2016), pese a que la iniciativa se encuentra incluida en el Plan Integral de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña.

Intervenciones Combinadas

Además de las alternativas descritas, como una forma de potenciar el efecto de un programa vocacional se ha considerado la integración de otras intervenciones potencialmente eficaces para hacer frente a las dificultades en la esfera cognitiva, social o relacional presentes en personas con trastorno mental severo. En este apartado se describen las iniciativas más relevantes y los estudios de eficacia llevados a cabo en una proporción importante de participantes con esquizofrenia.

Individual Placement and Support y Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Integrated Supported Employment.

Una propuesta que combina IPS y entrenamiento en habilidades sociales es el programa que emerge en China denominado Integrated Supported Employment (ISE). La lógica de la combinación reside en el rol que desempeñan las dificultades interpersonales en la continuidad de un empleo (Becker et al., 1998), así como el rol predictivo que tiene la competencia social para el logro de un empleo remunerado.

El programa ISE sigue el protocolo del IPS según su manual de aplicación (Becker, & Drake, 1993), incorporando en la fase de evaluación vocacional una estimación de las habilidades sociales necesarias en la búsqueda y mantenimiento de un trabajo, para posteriormente incluir un módulo de capacitación. Tsang y Pearson (2001) han denominado a este módulo Work-related Social Skills Training (WSST), es decir, Entrenamiento en Habilidades Sociales relacionadas con el Trabajo. El WSST es un procedimiento estandarizado y manualizado orientado a enseñar a los usuarios del programa habilidades que son esenciales para mantener un trabajo. El programa consiste en 10 sesiones grupales con sesiones de una hora y media a dos horas de duración, en las cuales inicialmente se abordan habilidades básicas de conversación, comunicación verbal y no verbal, asertividad y cuidado de la apariencia personal. Posteriormente, se enseñan habilidades básicas relacionadas con el

trabajo, incluidas las necesarias para realizar una búsqueda de empleo, enfrentar una entrevista, manejar conflictos en el lugar de trabajo y habilidades para resolver problemas (Tsang & Pearson, 1996, 2001). Este programa también incluye apoyos continuos en la comunidad para ayudar a la generalización de las habilidades (Tsang, 2003).

Respecto a estudios de eficacia, un ensayo controlado aleatorizado en China con 163 participantes diagnosticados con trastorno mental severo (77.3% de personas con esquizofrenia), comparando ISE, con IPS y un tratamiento usual (evaluación y entrenamiento vocacional), reportó que el 78% del grupo ISE obtuvo un empleo competitivo comparado con el 53.6% del grupo IPS y el 7.3% del grupo de tratamiento usual, existiendo una diferencia estadísticamente significativa favorable a ISE. Esta diferencia también se presentó en la variable mantenimiento del empleo, el grupo ISE presentó un período más largo de mantenimiento del empleo con un promedio de 23.84 semanas, comparado con 12.34 y 1.05 semanas para el grupo IPS y tratamiento usual, respectivamente (Tsang et al., 2009). Un ensayo más reciente, con 162 participantes con diagnóstico de esquizofrenia, también reportó una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos y una tasa más elevada de empleo competitivo en el grupo ISE, con cifras de 63.0%, 50.0% y 33.3% para ISE, IPS y tratamiento usual, respectivamente. Así mismo, para la variable mantenimiento del empleo se observó que el grupo ISE logró una media de 29.56 semanas de trabajo comparado con el grupo IPS y tratamiento usual que lograron 25.47 y 9.91 semanas, respectivamente (Zhang et al., 2017).

Workplace Fundamentals Program.

Una propuesta similar al programa ISE se desarrolló en Estados Unidos combinando Empleo con Apoyo con una intervención denominada Workplace Fundamentals Program (WFP). Esta intervención, creada por Wallace y colaboradores, es un programa estandarizado de entrenamiento de habilidades dirigido a mejorar el funcionamiento social en el lugar de

trabajo (Wallace, Tauber, & Wilde, 1999). El programa se encuentra en un manual y enseña información básica sobre el trabajo y cómo solucionar problemas en este entorno mediante el abordaje de nueve áreas incluyendo: cómo el trabajo cambia tu vida, aprendizaje sobre el lugar de trabajo específico, identificación de estresores, resolución de problemas, gestión de la salud mental, gestión de la salud física, mejoramiento del desempeño laboral, hacer amigos y soporte y motivación (Wallace, & Tauber, 2004). Las sesiones duran aproximadamente dos horas, con sesiones semanales grupales (tres a cinco participantes) y se requieren aproximadamente de tres a cuatro meses para completar el programa (Mueser et al., 2005). En cuanto a la evidencia, un ensayo controlado aleatorizado de 42 participantes que comparó la efectividad de agregar el programa WFP a un programa de Empleo con Apoyo en participantes con trastorno mental severo (54% esquizofrenia) concluyó que durante el período de seguimiento de 18 meses los participantes recibiendo WFP lograron una mayor adquisición de habilidades relacionadas con el trabajo, una rotación significativamente menor y mayor satisfacción con sus empleos en comparación a aquellos que recibieron solo Empleo con Apoyo. Sin embargo, no hubo diferencias entre los grupos en cuanto a tasa de empleo, número de horas trabajadas y salarios obtenidos (Wallace, & Tauber, 2004). Otro estudio de con 35 participantes (66% esquizofrenia/trastorno esquizoafectivo) obtuvo similares resultados (Mueser et al., 2005).

Individual Placement and Support y Tratamiento Asertivo Comunitario.

Como una manera de mejorar las posibilidades de obtener un empleo competitivo y el ajuste comunitario, en Estados Unidos se han desarrollado programas de rehabilitación vocacional que combinan el IPS con ACT. La ventaja de esta combinación reside en los principios que rigen la implementación del ACT, que potencian características propias del IPS como la integración de los servicios.

El ACT es un tratamiento comunitario de salud mental para personas con trastorno mental severo diseñado por Stein y Test (1980), quienes plantearon que proporcionar capacitación y apoyo después del alta en los entornos comunitarios era más efectivo que los programas hospitalarios orientados a tal fin. Por tanto, la evaluación en el contexto, la capacitación y el apoyo se convirtieron en la piedra angular del ACT. Fue así como se propuso un enfoque holístico de los servicios en la comunidad, traducido como apoyos en diversos ámbitos, desde el manejo de la enfermedad y la administración de medicamentos, hasta el apoyo en la administración de las finanzas y cualquier otro apoyo necesario para el ajuste en la comunidad (Bond, & Drake, 2015).

Estudios de eficacia del ACT y revisiones han definido al modelo como una práctica basada en la evidencia para el tratamiento de la esquizofrenia (Dixon et al., 2010) y de efectividad probada en aquellas poblaciones de trastorno mental severo con altos ingresos hospitalarios (Dieterich, Irving, Park, & Marshall, 2010).

En cuanto a la efectividad de la intervención combinada, en un ensayo clínico aleatorizado en un entorno rural en Estados Unidos, 143 participantes con trastorno mental severo (68.53% de personas con esquizofrenia) fueron aleatoriamente asignados a la combinación ACT-IPS o rehabilitación vocacional tradicional (grupo de control). El 64% del grupo ACT-IPS obtuvo un empleo competitivo frente al 26% del grupo de rehabilitación vocacional. Además, el grupo de intervención ACT-IPS obtuvo más ingresos en comparación al grupo de control (Gold et al., 2006).

Intervención Vocacional y Rehabilitación Cognitiva.

La rehabilitación cognitiva es un método ampliamente utilizado como intervención para hacer frente a los déficits cognitivos en personas con trastorno mental severo y particularmente en personas con esquizofrenia. Si bien es cierto no constituye un método de intervención vocacional propiamente tal, ha demostrado ser clave a la hora de potenciar los

efectos de determinados programas dada la fuerte vinculación existente entre la cognición y el funcionamiento vocacional en personas con trastornos mentales severos (McGurk, Mueser, & Pascaris, 2005). De hecho, la evidencia metaanalítica reporta que participantes con trastorno mental severo que reciben remediación cognitiva asistida por computador muestran una tasa de empleo 20% más alta, trabajan más días y ganan más dinero en comparación a aquellos que no reciben la intervención (Chan, Hirai, & Tsoi, 2015).

Neurocognitive Enhancement Therapy.

Uno de los procedimientos de rehabilitación cognitiva descrito como coadyuvante de programas vocacionales es el programa Neurocognitive Enhancement Therapy (NET). Esta intervención se orienta a la remediación de las deficiencias cognitivas persistentes y limitantes de la esquizofrenia, las cuales restringen el funcionamiento social y vocacional de estas personas (Bell, Bryson, Greig, Corcoran, & Wexler, 2001). El método NET incluye un conjunto de tareas intensivas de capacitación cognitiva basadas en computadora, extraídas de CogRehab software (Bracy, 1995) y de SciLearn (Scientific Learning, 2003), además de intervenciones grupales consistentes en un grupo de procesamiento de información social y un grupo de retroalimentación de trabajo (Bell, Zito, Greig, & Wexler, 2008a).

El entrenamiento cognitivo se realiza por un máximo de 10 horas por semana durante un año, con ejercicios de dificultad progresiva dirigidos a la atención, el lenguaje, la memoria y el funcionamiento ejecutivo. También se realizan observaciones en el lugar de trabajo y entrevistas con los supervisores y se hacen comentarios específicos a los participantes en el grupo de retroalimentación de trabajo. En los grupos de procesamiento de la información social se enseña a los participantes a hacer presentaciones mutuas de sus respectivos empleos, hacer preguntas y dar su opinión (Boycott, Schneider, & McMurrin, 2012).

La intervención NET se combina con un programa de intervención vocacional híbrido (VOC), el cual incluye tanto un empleo de transición como los principios y características del

IPS. El modelo VOC también incluye grupos de apoyo semanales y fondos de transición. Los grupos de apoyo se orientan a mejorar la adecuación al contexto laboral y el funcionamiento comunitario, abordando tanto temáticas que emergen en la actividad laboral, como las preocupaciones sociales, incluida la forma de manejar los ingresos. Los fondos de transición se utilizan para facilitar la colocación laboral rápida del usuario del programa, ya que reducen los gastos de salario que debe cumplir el empleador, a la vez que aprovechan la motivación inicial, condición que reduce la frustración y el temor al fracaso (Bell et al., 2008a). En consecuencia, los participantes se ubican en trabajos reales en la comunidad por un período de prueba de duración flexible. El período de prueba tiene una doble funcionalidad, sirve al usuario que ha tenido poca o ninguna experiencia laboral a moverse gradualmente hacia un trabajo competitivo, y además, sirve al empleador para decidir sobre la viabilidad de la persona que ocupa el puesto de trabajo. La principal desventaja reside en que el período de prueba puede prolongarse, favoreciendo la dependencia del subsidio, el temor a la búsqueda de trabajo y el paso a un empleo competitivo (Greig, Zito, & Bell, 2004).

Respecto a estudios de eficacia, un ensayo controlado aleatorizado de 72 pacientes ambulatorios con diagnóstico del espectro esquizofrenia (reclutados en un centro de salud mental urbano en Estados Unidos), asignados a la combinación NET-VOC o solo VOC informó que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en mantenimiento del empleo evaluado como horas trabajadas durante un período de intervención de 12 meses. Sin embargo, en el período de seguimiento de 12 meses el grupo NET-VOC trabajó significativamente más horas y obtuvo tasas de empleo trimestrales más altas en comparación al grupo de solo VOC (Bell, Zito, Greig, & Wexler, 2008b). Otro estudio en Singapur, con 70 participantes diagnosticados con esquizofrenia reportó que el grupo de tratamiento (NET más un programa híbrido de Empleo de Transición y Empleo con Apoyo) trabajó más horas y obtuvo un salario medio significativamente superior a los 12 meses posteriores a la

intervención, en comparación al grupo que no recibió remediación cognitiva (Tan, & King, 2013). Recientemente uno de los autores involucrados en el desarrollo de la combinación NET-VOC formó parte de una nueva iniciativa, esta vez comparando una intervención derivada de CogLab con juegos cognitivos portátiles. En este estudio, 77 personas con algún diagnóstico del espectro esquizofrenia, que participaban ya sea en un empleo de transición o bien en Empleo con Apoyo, fueron asignadas aleatoriamente a seis meses de intervención CogLab o bien a juegos cognitivos portátiles, concluyéndose que el grupo de intervención vocacional más CogLab mostró un efecto significativo sobre la cognición y el funcionamiento comunitario, sin embargo no hubo diferencias entre los grupos en los resultados de empleo (Bell, Laws, Pittman, & Johannesen, 2018).

Cognitive Enhancement Therapy.

Otro programa de remediación cognitiva utilizado para mejorar resultados vocacionales es la intervención denominada Cognitive Enhancement Therapy (CET) desarrollada por G. E. Hogarty y colaboradores. El método CET constituye una intervención integral para hacer frente a problemas en la neurocognición y en la cognición social en fases de recuperación de la enfermedad (Hogarty, & Greenwald, 2006), es decir, en personas sintomatológicamente estables, pero que continúan con déficits en el ámbito social y vocacional (CET Training, 2005-2017). El programa consta de 60 horas de ejercicios basados en computadora diseñados para mejorar la atención, la memoria y las habilidades para resolver problemas; utilizando el módulo denominado Orientation Remediation Module de Ben-Yishay (Ben-Yishay, Piasefsky, & Rattok, 1985) y el software de memoria y solución de problemas de Bracy (Bracy, 1994). La administración se hace a parejas de participantes, quienes reciben el soporte de un terapeuta CET. A este bloque se integran 45 sesiones de terapia de grupo para abordar la cognición social, mediante intercambios sociales no ensayados, ejercicios cognitivos basados en el aprendizaje experimental, retroalimentación a compañeros, etc. A través de

estas actividades los participantes aprenden habilidades socio-cognitivas tales como tomar perspectiva respecto de los demás, evaluar el contexto social, manejar las emociones y captar la esencia de las situaciones sociales, entre otras (CET Training, 2005-2017). Un estudio de dos años, en Pittsburgh-Estados Unidos, evaluando los efectos del programa CET (Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty, & Keshavan, 2011) en los resultados vocacionales de 58 participantes con esquizofrenia derivados a servicios vocacionales, informó que 54% de individuos recibiendo CET fueron competitivamente empleados después de 2 años de tratamiento en comparación con el 18% de participantes recibiendo EST (terapia individual de manejo de la enfermedad y psicoeducación), mostrando una diferencia estadísticamente significativa a favor de CET.

Thinking Skills for Work.

Los programas de rehabilitación cognitiva también se han usado en combinación con Empleo con Apoyo, como en el caso de los estudios de McGurk y colaboradores en Estados Unidos. McGurk et al. (2005) describen un procedimiento basado en computadora denominado Thinking Skills for Work (TSW), con ejercicios derivados del programa de entrenamiento COGPACK que ha mostrado mejorar el funcionamiento cognitivo en esquizofrenia (Sartory, Zorn, Groetzinger, & Windgassen, 2005). Para optimizar el rendimiento cognitivo en el trabajo el programa utiliza tres enfoques: la práctica del ejercicio cognitivo, la orientación estratégica y la enseñanza de estrategias de afrontamiento y compensación (McGurk et al., 2015). La práctica de ejercicios cognitivos consiste en aproximadamente 24 horas de ejercicios de dificultad creciente, entregados por un especialista en entrenamiento cognitivo en colaboración con un especialista en Empleo con Apoyo, cubriendo una amplia gama de funciones cognitivas, incluyendo atención y concentración, velocidad psicomotora, aprendizaje y memoria y funciones ejecutivas. Las sesiones requieren entre 45 y 60 minutos para completarse, con dos o tres sesiones por semana durante un

período total de aproximadamente 12 semanas. Los participantes reciben puntuaciones de rendimiento después de cada ejercicio, dando cuenta de la precisión y la velocidad de desempeño, las cuales se utilizan para orientar y reforzar el progreso (McGurk et al., 2005). Los usuarios del programa también participan en un grupo semanal en la cual se aborda el rol de la cognición en el desempeño laboral y la resolución de problemas, además de estrategias compensatorias para enfrentar desafíos comunes en el trabajo tales como recordar tareas, permanecer focalizado en las mismas y mejorar la velocidad de trabajo (McGurk, Mueser, DeRosa, & Wolfe, 2009). En cuanto a evidencia de eficacia, un estudio realizado en Estados Unidos por McGurk et al. (2005), en 44 participantes con trastorno mental severo (71.5% del espectro esquizofrenia), informó que el grupo asignado a Empleo con Apoyo-TSW mostró una tasa de empleo acumulada en el período de un año significativamente más alta que el grupo de solo Empleo con Apoyo (69.6% frente a 4.8%, respectivamente), además de trabajar más horas y obtener una mejores ingresos monetarios. En la misma línea, un ensayo de 107 personas con trastorno mental severo (46% con diagnóstico del espectro esquizofrenia) que habían fracasado al obtener o mantener un empleo competitivo pese a recibir Empleo con Apoyo de alta fidelidad (IPS), también reportó en el grupo IPS-TSW mejores resultados en empleo competitivo durante el período de seguimiento de dos años comparado con el grupo de solo IPS. Concretamente, el grupo IPS-TSW obtuvo una tasa de empleo competitiva de 60% frente al 36% del grupo de solo IPS, además de una cantidad significativamente superior de semanas trabajadas competitivamente e ingresos monetarios por salarios (McGurk et al., 2015). No obstante, un ensayo realizado en Japón con 109 participantes del espectro esquizofrenia concluyó que el grupo asignado a Empleo con Apoyo-TSW mostró una mejor sintomatología psiquiátrica, mejores relaciones interpersonales y mejor funcionamiento social y cognitivo frente al grupo que recibió solo Empleo con Apoyo, pero no se observó

diferencias significativas entre los grupos en términos de tasa de empleo y salarios obtenidos (Sato et al., 2014).

Un ensayo en Australia (Harris et al., 2017), en el cual también se evalúa la combinación de remediación cognitiva y Empleo con Apoyo, describió un procedimiento basado en Internet denominado CogRem. CogRem consiste en una serie de intervenciones de remediación cognitiva que varían ampliamente en términos de duración, intensidad, estímulos de entrenamiento utilizados y el grado en que la generalización está explícitamente dirigida (McGurk et al., 2013). Estudios de eficacia muestran que CogRem produce desde mejoras leves a moderadas en las medidas de cognición global y en un rango de dominios cognitivos específicos como la atención/vigilancia y la velocidad de procesamiento (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). En el estudio de Harris et al. (2017), una muestra de 86 personas diagnosticadas con trastorno mental severo (58.14% esquizofrenia), desempleadas y participando en un programa de Empleo con Apoyo, se asignaron al azar a un grupo de intervención de Empleo con Apoyo-CogRem o a un grupo de control de Empleo con Apoyo-WebInfo (información de libre disposición en internet como noticias, sitios web de entretenimiento). A los seis meses posteriores al tratamiento el grupo de intervención había trabajado significativamente más horas y había ganado más dinero en comparación al grupo de control, sin embargo, no se observaron cambios en la cognición.

Indianapolis Vocational Intervention y Work Therapy.

El Indianapolis Vocational Intervention Program (IVIP) es un programa que utiliza métodos adaptados de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para abordar creencias que interfieren con el regreso al trabajo en personas con trastorno mental severo (Mervis et al., 2017). La intervención IVIP se encuentra en un manual que describe grupos semanales y sesiones individuales para mejorar la metacognición, identificar y reestructurar las creencias derrotistas sobre sí mismo y aquellas asociadas a la actividad laboral en particular (Davis,

Lysaker, Lancaster, Bryson, & Bell, 2005). La intervención grupal incluye contenido didáctico y entrenamiento en habilidades, mientras que la intervención individual involucra la aplicación activa y personalizada del material grupal a las creencias que se tienen en torno a las experiencias personales relacionadas con el trabajo (Davis et al., 2005; Lysaker, Davis, Bryson, & Bell, 2009). El programa consta de cuatro módulos de dos sesiones cada uno, con una hora de duración por sesión, avanzando en una complejidad creciente de objetivos a seguir. Específicamente se trabaja en identificar y cambiar los pensamientos sobre el trabajo, identificar problemas y generar estrategias para prevenirlos y solucionarlos, entender e interactuar con otros en el lugar de trabajo y, finalmente, identificar, comprender y optimizar las fortalezas y debilidades personales en el contexto laboral (Mervis et al., 2017). La combinación de sesiones grupales e individuales se realiza para facilitar y adaptar la aplicación de conceptos tanto a las preferencias y estilos personales de aprendizaje como a las diferencias en cuanto a capacidad cognitiva y tipo de problema relacionado con el trabajo (Davis et al., 2005).

El IVIP se complementa con Work Therapy (WT), una intervención vocacional implementada en un Centro Médico de Veteranos en Estados Unidos (VA Medical Center). El modelo WT consiste en proporcionar colocaciones laborales en dicho establecimiento, supervisados por un miembro del centro, con una asignación horaria de entre 10 a 20 horas de trabajo semanales, las cuales se dedican a actividades como servicios de limpieza y lavandería, servicio de acompañantes y administración médica. Los participantes reciben una asignación en dinero de 3.5 dólares por hora por un máximo de 20 horas (Lysaker, Bond, Davis, Bryson, & Bell, 2005). En cada asignación laboral se intenta ajustar los puestos de trabajo con los intereses y habilidades de los participantes (Lysaker et al., 2009).

En cuanto a estudios de eficacia de la intervención, se han realizado tres ensayos controlados aleatorizados en Estados Unidos. El primer ensayo realizado en 50 participantes

con diagnóstico del espectro esquizofrenia, asignados aleatoriamente a seis meses de IVIP-WT o solo WT, reportó que el grupo IVIP-WT trabajó significativamente más horas durante el período de seis meses frente al grupo de control (Lysaker et al., 2005). Un nuevo ensayo de 100 participantes, con similares características en cuanto a diagnóstico de los participantes y duración de la intervención, reportó similares resultados (Lysaker et al., 2009). Un estudio más reciente con 64 participantes de la misma población diagnóstica, asignados a cuatro meses de intervención IVIP-WT o solo WT y seguidos durante doce meses, informó que el grupo IVIP mostró menos creencias derrotistas, mayor motivación para participar en un empleo en la comunidad y mejor tasa de retención (Mervis et al., 2017). Cabe destacar que la colocación laboral en los tres estudios no se realiza en un empleo competitivo convencional, ubicándose en dependencias del centro médico de veteranos desde el cual han sido reclutados. Así mismo, los participantes son mayoritariamente varones trabajando en empleos de baja calificación y no siempre adecuados a sus intereses y habilidades.

En síntesis, tal como se ha documentado las cifras de empleo en personas con esquizofrenia son reducidas, situación dada tanto por las características propias del mercado laboral y el acceso a determinados programas vocacionales como por las dificultades para superar una serie de barreras al empleo en el mercado ordinario, lo cual da cuenta que gran parte de la población con un diagnóstico de esquizofrenia no ejerce un derecho ciudadano y no recibe los beneficios asociados a la práctica de una actividad remunerada.

Las intervenciones vocacionales aquí descritas esquematizan los esfuerzos para mejorar el acceso al empleo de personas con trastorno mental severo, reflejando también los avances en cuanto a espacios destinados para la actividad laboral, desde los ámbitos más protegidos hasta la plena integración en el mercado de trabajo competitivo. Entre las herramientas que contribuyen a mejorar los resultados de empleo, la evidencia muestra que el modelo de Empleo con Apoyo y particularmente el IPS, son las aproximaciones más útiles

principalmente en el fomento de la tasa de empleo competitiva. No obstante, dada las dificultades en el funcionamiento diario y el funcionamiento ocupacional de las personas con esquizofrenia (Bowie, & Harvey, 2006; Üçok et al., 2012), y la menor probabilidad de beneficiarse de programas de empleo dirigidos a personas con discapacidad, en comparación con otros grupos (Killackey, 2008), cabe preguntarse si un enfoque basado en el Empleo con Apoyo es potencialmente útil en este colectivo. Más aún si la retención de un puesto de trabajo continúa siendo un reto, incluso para el IPS.

También emergen interrogantes respecto al rol que podrían desempeñar algunas intervenciones en la neutralización de variables que afectan el rendimiento y el manteniendo del puesto de trabajo, tales como el entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con el trabajo (Tsang, 2001) o la remediación cognitiva (McGurk et al., 2005; McGurk et al., 2015). En la misma línea, sería interesante conocer el efecto potencial de otras aproximaciones que trabajan en el fomento de los resultados de empleo, no necesariamente competitivos. Como muestra se encuentran los estudios de Lysaker et al. (2005), Lysaker et al. (2009) y Mervis et al. (2017). Lo anterior, porque independiente del tipo de colocación laboral, la oportunidad de realizar una actividad puede ser potencialmente valiosa tanto para mejorar la autoconfianza como para adquirir habilidades (Dunn et al., 2010; Peckham, & Muller, 1999).

Finalmente, y considerando el actual panorama de la rehabilitación vocacional, cabe preguntarse a qué modelos de intervención vocacional acceden las personas con diagnóstico de esquizofrenia, qué modelos son más efectivos para mejorar el acceso al mercado laboral y el mantenimiento del empleo en este colectivo, cuáles son las variables que median la eficacia de estos modelos y, por supuesto, qué apoyos específicos al empleo requieren estas personas.

Enfoque de Trabajo

Dado que esta tesis doctoral se organiza como compendio de publicaciones, por tanto, la metodología utilizada y los procedimientos de investigación se describen en cada uno de los estudios publicados, se exponen brevemente los lineamientos generales que permitieron el desarrollo de estos.

En vista de la relevancia del empleo como actividad asociada a una mejor calidad de vida y un mayor ajuste social en personas con esquizofrenia, la identificación de distintos programas vocacionales se tornó un imperativo necesario de llevar a cabo, sobre todo por la ausencia de estudios en el área. De este modo se planteó como meta la realización de un estudio metaanalítico que permitiera valorar la eficacia de distintas intervenciones orientadas a mejorar el acceso y la permanencia tanto en un empleo competitivo como en cualquier tipo de trabajo. En consecuencia, este estudio constituyó el primer metaanálisis que evaluó resultados de empleo derivados de múltiples intervenciones vocacionales en personas con algún diagnóstico del espectro esquizofrenia.

Los resultados obtenidos de la investigación mencionada originaron interrogantes en torno a las estrategias requeridas para mejorar la permanencia en el puesto de trabajo. Principalmente al no observarse efectos significativos de la intervención en algunos resultados de empleo. A fin de buscar respuestas a estas cuestiones se consideró oportuno realizar un segundo estudio consistente en una revisión exploratoria orientada a examinar un nuevo campo del conocimiento, las necesidades de soporte al empleo, esta vez enunciadas desde sus actores principales, las personas con esquizofrenia interesadas en obtener un empleo.

En el apartado siguiente se detallan los objetivos que guiaron el desarrollo de esta tesis doctoral.

Objetivos

Este trabajo incluyó cinco objetivos los cuales se abordaron de la siguiente manera:

Estudio 1

1. Identificar las intervenciones vocacionales más eficaces para la adquisición de empleo en personas con esquizofrenia.
2. Evaluar la eficacia de las intervenciones vocacionales en función de la tasa de adquisición de trabajo de las personas con esquizofrenia.
3. Evaluar la eficacia de las intervenciones vocacionales en función de la permanencia en el empleo de las personas con esquizofrenia.
4. Identificar y evaluar las variables mediadoras de la eficacia de las intervenciones vocacionales en personas con esquizofrenia.

Estudio 2

5. Explorar el conocimiento disponible en la literatura sobre necesidades de apoyo al empleo de las personas con esquizofrenia.

Resultados

Estudio 1: Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials.

Autores: Carmona, V. R., Gómez-Benito, J., Huedo-Medina, T. B., & Rojo, J. E.

Año: 2017

Revista: International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health

Base de datos: Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Social Science Citation Index, SCOPUS, PsycINFO, Google Scholar, EBSCO Biomedical Reference Collection, EBSCO CINAHL, ProQuest Central, ProQuest Health & Medical

Area: Public, Environmental & Occupational Health

Factor de impacto: 1.367

Cuartil: 3

Resumen

Este trabajo se propuso como objetivos identificar y evaluar la eficacia de los tratamientos para mejorar los resultados de empleo en personas con esquizofrenia en función de dos variables principales: la inserción laboral y la permanencia en el empleo, además de identificar variables mediadoras de estos resultados. Como resultado secundario también se evaluó el efecto de la intervención vocacional en los salarios obtenidos. Para el logro de estos objetivos se realizó una búsqueda bibliográfica de ensayos controlados aleatorizados en las bases de datos CINAHL, Cochrane Databases, MEDLINE, ProQuest XML, PsycINFO, Scopus y Web of Science. También se revisaron bases de datos de literatura gris y listas de referencias de los artículos recuperados. Se usaron diferentes índices de tamaño del efecto, con intervalos de confianza del 95%, dependiendo de la naturaleza continua o dicotómica del

resultado. Se calcularon razones de riesgo (RR) para la variable inserción laboral y diferencias de medias estandarizadas (DME) en el caso de la permanencia en el empleo (horas o semanas trabajadas) y los salarios obtenidos. Para cada una de las variables principales se determinó si esta correspondía a un resultado de empleo competitivo o bien a cualquier tipo de empleo (empleo protegido, empleo de transición, etc.). Se utilizó un modelo de efectos aleatorios cuando se encontró heterogeneidad estadísticamente significativa y un modelo de efectos fijos cuando no se observó heterogeneidad significativa en los tamaños del efecto. Se investigó el sesgo de publicación utilizando la estrategia de Begg y la prueba de Egger. Se realizó un análisis de subgrupos para las dos variables principales, considerando la naturaleza del empleo (competitivo, cualquier tipo de empleo) y el tipo de intervención vocacional (Empleo con Apoyo, otras intervenciones). Finalmente, se llevó a cabo un análisis de metaregresión con el fin de evaluar las fuentes de heterogeneidad e identificar las variables afectando los resultados de empleo. Los análisis se realizaron con Metafor Package, v. 1.9-7 en el software estadístico R-Project, versión 3.1.2.

Se seleccionaron 25 ensayos controlados aleatorizados conducidos principalmente en Estados Unidos. La eficacia de los tratamientos fue probada frente a otras intervenciones vocacionales provistas por los servicios locales de rehabilitación. El Empleo con Apoyo y el modelo IPS fueron las modalidades más utilizadas. En la inserción laboral en un empleo competitivo se observó una diferencia estadísticamente significativa favorable al grupo de tratamiento. Además, los participantes recibiendo Empleo con Apoyo mostraron significativamente mejores resultados frente a aquellos que recibieron otras intervenciones vocacionales en la variable evaluada. En cuanto a la permanencia en un empleo competitivo no se observó efecto del tratamiento como tampoco efecto del Empleo con Apoyo. No obstante, en la variable permanencia del empleo en cualquier tipo de trabajo, los participantes en el grupo de intervención trabajaron significativamente más horas en comparación a los del

grupo de control. Participantes en programas de Empleo con Apoyo también trabajaron más horas que los grupos recibiendo otras intervenciones. No se observó efecto del tratamiento en la variable salarios obtenidos. Se observó sesgo de publicación en el análisis de subgrupo compuesto por 14 intervenciones de Empleo con Apoyo que reportaron datos para la variable inserción laboral en un empleo competitivo. Tamaños del efecto más grandes se asociaron con estudios de baja calidad metodológica en la variable permanencia del empleo en cualquier tipo de trabajo.

Dado el tremendo impacto de la esquizofrenia en varias áreas de funcionamiento diario, la sola participación en un programa de intervención vocacional es insuficiente para garantizar la estabilidad laboral. Se requieren intervenciones integrales para abordar los déficits funcionales que obstaculizan la estabilidad y el rendimiento laboral en las personas con esquizofrenia.

Employment outcomes for people with schizophrenia

Employment Outcomes for People with Schizophrenia Spectrum Disorder: A Meta-analysis of
Randomized Controlled Trials

Viviana R. Carmona¹, Juana Gómez-Benito^{1,2}, Tania B. Huedo-Medina³, J. Emilio Rojo^{4,5}

¹Department of Behavioral Sciences Methods, University of Barcelona, Barcelona, Spain

²Institute for Brain, Cognition and Behavior (IR3C), University of Barcelona, Barcelona, Spain

³Department of Allied Health Sciences, University of Connecticut, USA

⁴Hospital Benito Menni CASM, Sisters Hospitalers, Sant Boi de Llobregat, Spain

⁵Department of Psychiatry, International University of Catalonia, Barcelona, Spain

Corresponding author:

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología,
Universidad de Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebron 171, C.P. 08035, Barcelona, Spain.

Tel.: +34 933125082; fax: +34 934021359

E-mail address: juanagomez@ub.edu

Funding

This work was supported by Spain's Ministry of Economy and Competitiveness (grant number PSI2015-67984-R) and the Agency for the Management of University and Research Grants from the Government of Catalonia (grant number 2014SGR1139).

Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest.

Abstract

Access to employment plays a critical role in the recovery and functioning of people with schizophrenia. We have investigated the effectiveness of treatments used to enhance employment outcomes for people with schizophrenia and evaluated the potential moderators of these Outcomes. A literature search was conducted in CINAHL, Cochrane Databases, Medline, ProQuest XML, PsycINFO, Scopus, and Web of Science. Grey literature databases, references lists of the retrieved articles and specialized journals in the field were also inspected. Job placement, job tenure and wages earned were tested. Risk ratios were extracted for job placement and standardized mean differences were calculated for job tenure and wages earned. Twenty five randomized controlled trials published between 1986 and December 2015 were analyzed. Engaging in a vocational intervention increases the likelihood of obtaining a competitive job (RR = 2.31, 95% CI: 1.85-2.88) and has a positive impact on hours worked in any job (SMD = 0.42, 95% CI: 0.16-0.68). There was no evidence of intervention efficacy with regard to wages earned from competitive employment. Participation in rehabilitative vocational treatment is not sufficient to ensure work participation for people with schizophrenia. Comprehensive treatments are necessary to address functional deficits that hinder labour stability and job performance in people with schizophrenia.

Key words: job placement; job tenure; supported employment; unemployment; vocational rehabilitation; wages earned

INTRODUCTION

Though most people with psychiatric disabilities show a desire to work, they are more likely to experience adverse labour market outcomes than people without psychiatric disabilities [1]. In fact, the literature indicates that employment rates for people with schizophrenia are much lower than in the general population, ranging between 14.5-17.2% in the USA [2-3] and 11.5% in France, 12.9% in the UK and 30.3% in Germany [4], placing people with schizophrenia among those disability groups that are highly likely to be unemployed [5].

These findings mean that the schizophrenia has a considerable economic burden on families and health systems; they also suggest that people with schizophrenia do not enjoy the multiple benefits of paid employment, which are widely documented. Employment is known to increase self-esteem, foster a sense of belonging and physical well-being, and provide a normative context that helps people develop a sense of control over their lives [6-9]. On the basis of these benefits, current reviews focus on providing evidence of the supported employment model as an effective approach to improve employment outcomes, concluding that this model produces better competitive employment outcomes in people with severe mental illness than other vocational programmes [10-13]. These reviews provide additional evidence for the efficacy of the supported employment approach; however, they focus on only one vocational approach and assess employment in a heterogeneous population of people with different diagnoses and specific characteristics. With the exception of two narrative reviews [14-15], and one meta-analysis [16], there is less evidence regarding the impact of a variety of interventions used to enhance employment outcomes for people with schizophrenia. Characteristics associated with schizophrenia, such as the high level of disability in multiple domains of daily functioning [17], the lesser likelihood of benefiting from employment programmes for people with disabilities [5], and the specific employment patterns [16], call for a comprehensive approach to address unemployment, considering both the specific characteristics of the illness and the employment context in each case. Therefore, the aim of this report is to investigate the effectiveness of treatments used to enhance employment outcomes for people with schizophrenia, based on an exhaustive search of the literature that focuses on randomized controlled trials and includes outcomes for competitive employment and any employment. We assessed the efficacy of these programmes in terms of job placement and job tenure. As a secondary outcome, we assessed the wages earned from competitive employment. The efficacy of these treatments was tested against other vocational interventions provided by local vocational rehabilitation services. We also proposed to identify predictor variables that may influence employment outcomes based on sample and study characteristics.

METHODS

Data collection

For the meta-analysis we adhered to PRISMA guidelines [18]. Three strategies were used to identify studies for possible inclusion in our meta-analysis. First, we conducted a literature search in the following electronic databases: CINAHL, Cochrane Databases, Medline (via Pubmed), ProQuest XML, PsycINFO, Scopus, and Web of Science. Grey literature databases (Conference Papers Index and SIGLE) were also used. Second, we identified potentially relevant studies through the references of the articles identified in the literature search. Third, we manually inspected specialized journals in the field to identify studies that might have been published after the initial search was conducted. The following key terms were utilized in the search: *schizophrenia, schizophrenic, schizoaffective, psychosis, psychotic, supported employment, individual placement and support, employment rehabilitation, psychosocial rehabilitation, psychiatric rehabilitation, occupational rehabilitation, work rehabilitation, job rehabilitation, sheltered work, transitional employment, rehabilitation counselling, vocational rehabilitation, randomized controlled trial, clinical trial*. The search strategy in PsycINFO database was as follows: ((schizophre* OR schizoa* OR psychosis OR psychotic) AND ((supported employ*) OR (individual placement) OR (employment rehab*) OR (psychosocial rehab*) OR (psychiatric rehab*) OR (occupational rehab*) OR (work rehab*) OR (job rehab*) OR (sheltered work*) OR (transitional employ*) OR (rehabilitation counselling) OR (vocational rehabilitation))) AND ((randomized controlled trial) OR (clinical trial)) in Abstract The search covered the period from 1900 to December 31 2015, and studies from any country or reported in any language, although only reports in English were found.

Inclusion criteria

Trials were included in the meta-analysis if (a) they were randomized controlled trials that provided employment outcomes. (b) The sample included at least 50% of individuals with schizophrenia spectrum disorder (schizophrenia, schizoaffective disorder and schizophreniform disorder). (c) The study measured at least one primary outcome, job placement or job tenure. Trials were excluded if (a)

the samples included people with diagnoses of a first psychotic episode, since one episode is not necessarily indicative of a full schizophrenia diagnosis, and this population corresponds to younger people with other needs associated with recent interruption of work and educational trajectories [19, 20]. (b) The intervention duration was less than six months. (c) No inference test was reported or insufficient descriptive information was provided (percentages or means and variability measures for both groups).

Data extraction

A coding manual and form were developed and pilot tested (available upon request to the corresponding author). Two coders were trained to extract information reliably. For each study we extracted statistical data for vocational treatment and control, and sample and study characteristics. The characteristics of participants included proportion of men, age, educational level, ethnicity, interest in getting a job, and diagnosis and other clinical characteristic such as illness duration and illness onset. For study characteristics we included blinding, interventions, comparisons, treatment duration, sample size, and statistics reported. Finally, we included dimensions such as study identifier, publication year and study location.

Outcomes measures

The primary employment outcomes for this study were job placement and job tenure. Job placement was defined as the number of people in employment and job tenure was defined as the number of hours or weeks that the person remained in employment (hereinafter, “hours worked” and “weeks worked”). Both competitive and any employment were considered for these primary outcomes. As a secondary outcome, we assessed the wages earned from competitive employment.

The data for competitive employment corresponded to outcomes derived from integrated paid work with at least minimum wage, and not reserved for people with disabilities [21]. The data for any employment corresponded to outcomes derived from any paid work, including sheltered workshops or transitional employment with wages. The outcomes from studies that gave data in combined form

(example: one rate of paid employment including both competitive employment and sheltered employment) were coded as any employment. When the study did not specify the nature of the employment outcome (competitive or any employment) we reviewed the coincidence between the concept defined in the trial and the definition of competitive employment [21]. When we could not establish which type of employment outcome was obtained, we used a conservative approach and coded the outcome as any job. A methodological quality scale adapted from Miller et al. [22], and Jadad et al. [23], was used to assess the methodological quality of the included studies. This scale has 16 items and a response range of 0-22 points, with higher scores indicating greater methodological quality of the study. The inter-rater reliability was calculated: mean Cohen's [24] $\kappa = 0.90$ for categorical variables and mean intraclass correlation $r = 0.91$ for continuous variables. Disagreements were solved by discussion with a third expert.

Data synthesis and analysis

Different effect size indexes, with 95% confidence intervals (95% CI), were used depending on the continuous or dichotomous nature of the outcome. Risk ratios (RRs) were calculated for job placement, and standardized mean differences (SMDs) were calculated for job tenure and wages earned. The data used to generate RR were entered such that values above 1 indicated a greater likelihood of obtaining a job for the intervention group relative to the control group. The sign of the SMD for job tenure and competitive wages earned was positive for increases in hours or weeks worked and wages earned. The SMD was corrected for biases due to small sample sizes using the method of Hedges [25]. In cases of job tenure and wages earned, when mean and standard deviations were unavailable, SMDs were calculated from t-test values, F-tests or Z-tests. For studies that compared three vocational approaches, using one intervention as a control condition [26, 27], we followed the recommendations of the Cochrane Collaboration and divided the control group into two equal groups, so the total number of participants in both groups made up the size of the original sample. Heterogeneity was examined using Q test [28] and the I^2 index and its corresponding 95% confidence intervals [28, 29] were calculated to determine the variability of effect sizes. I^2 describes

the percentage of total variation across trials that are due to heterogeneity rather than sampling error, with values of 25%, 50% and 75% indicating low, moderate, and high heterogeneity, respectively [30]. We used a random-effects model when statistically significant heterogeneity was found and fixed-effects model when no significant heterogeneity was observed in the effect sizes [31]. Forest plots were used to display the combined results. Publication bias was investigated using Begg's strategy [32] and Egger's test [33], with p -value $< .05$ representing a significant bias. In the absence of publication bias, there is no relationship between effect sizes and variance, but if publication bias is present, a large variance should be associated with a large effect size because small studies with larger variances are more likely to be published if they show larger effects sizes [34]. Subgroup analyses were performed according to (a) the nature of employment (competitive job or any employment) and (b) types of vocational rehabilitation interventions (supported employment, including individual placement and support, and non-supported employment treatments). Sensitivity analysis was conducted to test the impact of the following studies on the overall effect size: the study with the largest sample size, the study with the largest effect size, studies in which treatment was augmented with other interventions, studies with two interventions and only one control group, and studies in which the employment outcome was a secondary goal. Meta-regression analysis was carried out to assess sources of heterogeneity and to identify the variables that may influence employment outcomes based on sample characteristics (age, educational level, gender, ethnicity, interest in getting a job and diagnosis) and study characteristics (sample size, treatment duration, blinding, publication year and methodological quality score). The analyses were performed with Metafor Package, version 1.9-7 [35] in the statistical software R-Project package, version 3.1.2 [36].

RESULTS

Literature search

A list of 40 abstracts was retrieved from the databases and reference lists. Of these, 15 studies were excluded. The definitive analysis included 25 randomized controlled trials. The selection process is illustrated in Figure 1.

Insert Figure 1 about here

Study characteristics

Studies were conducted in the United States (19 trials), China (two trials), Canada (one study), Sweden (one trial) and the United Kingdom (one study), and one study examined a sample drawn from different European countries. The mean duration of the studies was 16.08 months (range 6 to 24; SD = 6.81). Methodological quality scores ranged from 7 to 16 (mean = 11.88; SD = 2.00). The mean age of subjects was 37.69 years (range 24.5 to 51.03; SD = 6.61), 62.51% were men and 47.52% were from a non-Caucasian population.

The sample comprised 866 people with schizophrenia, 299 with schizoaffective disorder and 1199 with schizophrenia spectrum diagnosis; this last category corresponded to 12 studies that included samples of patients with schizophrenia, schizoaffective disorder and other psychotic disorders but did not report exact numbers. All subjects were under antipsychotic treatment. Nineteen studies reported work status which included the categories “unemployed” and “substantially underemployed”. Sixteen trials reported on participants interested in getting work. Of the eight studies that reported educational level in years, the mean value was 12.5 (range 11.9 to 12.7, SD = 0.27). Data for illness duration were only obtained from 12 studies. The average illness duration was 15.37 years (range 3.19 to 24.2; SD = 5.73) (see Table 1).

Insert Table 1 about here

Intervention and control

All studies compared vocational treatments used to enhance employment outcomes in people with schizophrenia with other vocational approaches used as standard treatment to help people access employment, provided by the local vocational rehabilitation services. Modalities derived from supported employment approach were the most commonly used for all variables considered. A smaller number of interventions focused on pay and job placement, job-related social skills training, neurocognitive rehabilitation and cognitive-behavioural intervention. Ten of the 25 studies used

combined treatments. The main combinations consisted of paid employment and job placement at medical centre, as single interventions or accompanied by other treatments such as neurocognitive enhancement therapy or cognitive-behavioural interventions. Neurocognitive enhancement therapy is used to address cognitive impairments in people with schizophrenia; cognitive-behavioural interventions were targeted to address dysfunctional beliefs and to assess their influence on experiences and work. Two studies compared three approaches to vocational rehabilitation [26, 27]. The study by Mueser et al. [26] used individual placement and support, psychosocial rehabilitation and standard services including supported employment; the study by Tsang et al. [27] used integrated supported employment defined as an individual placement and support augmented with social skills training, individual placement and support alone, and traditional vocational rehabilitation, which included pre-vocational training. Twelve studies characterized a treatment similar to “train then place” as the main control group. This treatment involved pre-vocational training (work skills, job search skills or social skills) and volunteer placement or transitional employment before the competitive job. One control group treatment did not focus on employment [47], although it did target the acquisition of skills to cope with job stress. Other control interventions provided a structured system targeting competitive job [48] or paid employment [39].

Main findings

Job placement

Competitive job placement

We identified 21 treatments versus control group comparisons for competitive job placement (19 studies), comprising 2687 participants. A statistically significant heterogeneity was found among these trials ($I^2 = 59.89\%$, 95% CI: 32.77-87.83; $p < .001$). Random-effects meta-analysis showed a statistically significant difference favourable to experimental treatments compared to other vocational approaches used as control groups (RR = 2.31, 95% CI: 1.85-2.88, $p < .001$, $k = 21$) (Figure 2). Fourteen comparisons provided by 13 studies were found in the subgroup of supported employment

treatments. The effect sizes were homogeneously distributed ($I^2 = 00.00\%$, $p = .06$) and results from a fixed-effects model indicated that participants receiving supported employment-based treatments showed significantly better competitive job placement outcomes than those receiving other vocational treatments (RR = 2.49; 95% CI: 2.16-2.88; $p < .0001$) (Figure 3). Another subgroup of seven interventions not based on the supported employment approach (seven studies) showed a lesser but significant difference indicating better outcomes for participants in intervention groups (RR = 1.41, 95% CI: 1.10-1.81, $p < .001$). The effect sizes were also homogeneously distributed ($I^2 = 00.00\%$, $p = .11$).

Insert Figure 2 and Figure 3 about here

Job placement in any job

We found 12 comparisons from 11 trials that provided data for job placement in any job, involving 1501 participants. The results from the random-effects model showed no significant difference between treatment and control (RR = 1.25, 95% CI: 0.79-2.00, $p = .33$) and high heterogeneity in effect sizes ($I^2 = 94.67\%$, 95% CI: 88.63-98.29, $p < .001$). Similarly, no significant difference was observed between supported employment and other vocational treatments across eight comparisons (from eight trials) (RR = 1.33, 95% CI: 0.69-2.57, $p = .39$). Finally, four comparisons of non-supported employment interventions (from three studies) reported no significant differences between treatment and control (RR = 1.09, 95% CI: 0.61-1.94, $p = .76$).

Job tenure

Competitive job tenure

Ten comparisons for job tenure measured as hours worked (from nine trials) and 11 comparisons for job tenure assessed as weeks worked (nine studies) were identified. Both analyses involved 1962 participants. Trials targeting competitive job tenure did not report a significant difference between treatment and control in terms of hours worked (SMD = 0.88, 95% CI: -0.25-2.01, $p = .12$) or weeks worked (SMD = 1.19; 95% CI: -0.06-2.45, $p = .06$). In the subgroup of supported employment

treatments, no significant difference was seen between participants receiving supported employment and those taking part in other interventions across seven comparisons that reported competitive hours worked (seven trials) (SMD = 1.31, 95% CI: -0.24-2.86; $p = .09$). The same result was obtained for 10 comparisons of supported employment (nine studies) that reported competitive week worked (SMD = 1.33, 95% CI: -0.02-2.69; $p = .06$). Another subgroup of three comparisons (three studies) that incorporated treatments not based on supported employment and measured competitive hours worked did not produce statistically significant results (SMD = -0.09, 95% CI: -0.33-0.13, $p = .41$). Only one comparison in this subgroup was obtained for competitive weeks worked and the intervention was not found to have a significant effect (SMD = -0.16, 95% CI: -0.57-0.25, $p = .44$).

Job tenure in any job

We identified 13 comparisons (12 studies) of job tenure in any job measured as hours worked and five comparisons (four trials) of job tenure in any job assessed as week worked. Both analyses comprised 1527 participants. A significant and high heterogeneity in effect sizes was found for hours worked in any job ($I^2 = 82.79\%$, 95% CI: 65.88-93.80, $p < .001$). The random-effects model showed a small but significant difference for this outcome [60] favorable to participants in intervention groups (SMD = 0.42, 95% CI: 0.16-0.68; $p = .001$) (Figure 4). No significant difference was observed between treatment and control in five comparisons assessing weeks worked in any job (SMD = 0.34; 95% CI: -0.06-0.74; $p = .10$). Among six comparisons (six trials) derived from a subgroup of supported employment interventions, participants receiving supported employment treatments worked more hours than those receiving other treatments (SMD = 0.38, 95% CI: 0.03-0.73, $p = .03$); however, high heterogeneity among effect sizes was found ($I^2 = 84.30\%$, 95% CI: 59.05-97.48, $p < .001$) (Figure 5). Seven comparisons of hours worked in any job were identified in a subset of seven studies with treatments not based on supported employment. The results revealed high heterogeneity in effect sizes ($I^2 = 82.50\%$, 95% CI: 57.70-96.32, $p < .001$), and random-effects meta-analysis showed significantly better outcomes among participants in intervention groups (SMD = 0.45, 95% CI: 0.04-0.86, $p = .02$). A subgroup analysis of supported employment interventions for weeks worked in any job was not

carried out because these studies corresponded to the same set of trials previously analysed in the overall analysis. We did not identify studies reporting data on weeks worked from interventions not based on supported employment.

Insert Figure 4 and Figure 5 about here

Wages earned

Ten studies that provided 11 treatments versus control comparisons were identified. We did not find a significant difference between treatment and control in the overall analysis (SMD = 0.84, 95% CI: -0.16-1.85, $p = .10$), in a subgroup analysis of seven comparisons for supported employment (seven trials) (SMD = 1.25, 95% CI: -0.29-2.80, $p = .11$), or in a subgroup analysis of four comparisons (four studies) for interventions not based on supported employment (SMD = 0.12, 95% CI: -0.27-0.51, $p = .54$).

Publication bias

We found evidence suggestive of publication bias for competitive job placement in subgroup analysis of 14 supported employment interventions (Egger = 2.82, $p = .015$). There was no evidence of publication bias in the remaining significant variables of this study.

Sensitivity analysis

Sensitivity analysis did not significantly alter the outcomes for competitive job placement. No significant treatment effect on hours worked in any job was observed when combined treatments and studies in which employment outcome was a secondary goal were omitted. A sensitivity analysis of the subgroup of supported employment interventions showed no significant changes in competitive job placement outcomes. Due to the small number of studies, sensitivity analysis for hours worked in any job was not carried out in the subgroup of supported employment interventions or the subgroup of interventions not based on supported employment. Similarly, sensitivity analysis for competitive

employment was not conducted in the subgroup of non-supported employment interventions (see Table 2).

Insert Table 2 about here

Moderator effects on employment

In the overall analysis, the study and sample characteristics had no moderator effects on competitive job placement. For hours worked in any job, the meta-regression model containing quality scores as predictors and effect sizes as dependent variables was significant ($\beta = -0.157$, $p = .01$), indicating that lower quality was associated with larger effect sizes. The residual heterogeneity was high ($I^2 = 76.25\%$, 95% CI: 51.57- 91.99). In the subgroup of supported employment interventions and the subgroup of non-supported employment interventions, sensitivity analysis for hours worked in any job was not conducted due to the insufficient number of trials.

DISCUSSION

This study provides a quantitative synthesis of 25 interventions that have been used to enhance the employment outcomes of people with schizophrenia. Overall, intervention had an effect on competitive job placement and job tenure in any job (measured as hours worked). Participants from treatments corresponding to experimental groups increased their likelihood of obtaining a competitive job during the course of the studies (RR = 2.31, 95% CI: 1.85-2.88, $k = 21$, $p < .001$). Intervention also had a small effect [60] on job tenure assessed as hours worked in any job (SMD: 0.42, 95% CI: 0.16-0.68, $k = 13$, $p = .001$). Analysis of heterogeneity within competitive job placement did not reveal an association with the collected variables. The large heterogeneity for hours worked in any job was mainly accounted for by the quality score of the studies. Intervention targeting hours worked in any job was more likely to be effective in studies of lower methodological quality, illustrating that the quality with which employment programmes are implemented is particularly relevant in trials designed to assess the effectiveness of these programmes.

Similarly to the overall analysis, in the subgroups of trials that applied vocational treatments based on the supported employment approach and treatments not based on supported employment, competitive job placement and tenure in any job (measured as hours worked) were significant. The effect of the supported employment interventions on competitive job placement was greater than the effect obtained from the overall analysis and the effect obtained for the subgroup of studies that used non-supported employment treatments, a pattern that confirms a previous report in the literature for people with schizophrenia [16] and severe mental illness [11, 13]. By contrast, the effect of supported employment-based interventions on hours worked in any job was less than the effect obtained from the overall analysis and the effect obtained for subgroup of studies that used non-supported employment treatments. We believe that this difference may be due to the nature of the supported employment approach, which specifically targets competitive employment, and to the small number of studies considered in these analyses.

Treatment was not found to have an effect on job placement in any job, competitive job tenure (measured as hours or weeks), job tenure in any job (measured as weeks worked) or competitive wages earned. It is possible that the consideration of short periods as indicative of job placement success could overestimate the employment rate. For example, Macias et al.[54] defined job acquisition as successful if the participants worked “at least five days”; Burns et al.[45] and Howard et al.[49] defined a period of “at least one day”. Therefore, the competitive job tenure and wages earned would reflect the sum of hours or weeks worked by many individuals, each of whom only worked for a short period of time. Similarly, although there is consensus about the importance of remaining in employment to increase opportunities for involvement in the community and for economic self-sufficiency, early onset of schizophrenia may hinder educational achievement, work experience or the development of life skills necessary for work [61]. The general labour market conditions of each country or region, such as employment rates in the general population, access to welfare benefits and availability of vocational services, may also influence employment opportunities and outcomes for people with disabilities [62]. For example, the study by Latimer et al. [50] reported that the advantages of sheltered employment, such as free public transportation or the large number of alternative

vocational programmes, seemed to have reduced the relative attractiveness of competitive employment for participants. Uncertainty about continued employment and continuity of the care received through vocational services, mainly in interventions configured as a controlled trial with a scheduled end, may also reduce motivation and lead to job abandonment.

For job placement in any job, we believe that the nature of treatments and the aim of trials could have influenced this result, since the majority of the studies were supported employment-based interventions targeting competitive employment, so non-competitive job acquisition was a secondary objective. Although interest in obtaining a job was not significant as a moderator variable in any analysis, participants were mostly recruited for their interest in competitive employment; therefore, their expectations did not correspond to non-competitive job acquisition. Moreover, there were differences in the methods used to address this interest among trials. For examples, Drake et al.[46] and Howard et al.[49] recruited people interested in work and assessed eligibility through introductory meetings, whereas Macias et al.[54], due to the nature of their intervention model, did not screen for work interest. The study by Howard et al. [49], which included a single introductory session, is likely to have recruited less motivated patients, who would have been excluded from the study by Drake et al.[46]. The availability of employment services and the benefit systems could also affect job placement, especially for people with prolonged illness, the long-term unemployed, and those who choose to work non-competitively. Finally, in term of weeks worked in any job, we believe the small number of studies considered here and the high heterogeneity of effect sizes did not allow the effects of the intervention to be detected.

Sensitivity analysis did not significantly alter outcomes in competitive job placement. However, in the overall analysis there was no evidence of intervention efficacy for hours worked in any job, when studies with combined treatments and studies in which employment was a secondary goal were omitted (see Table 2). Coincidentally, most the studies omitted were trials that applied programmes to enhance cognitive deficits [40] and dysfunctional beliefs [39,52, 53] or approaches that used pay as an incentive [39] and provided weekly support group [44]. This result provides valuable information

about the relevance in vocational rehabilitation of the improvement of cognitive functions [6] and interventions not only provide opportunities to develop specific job skills for job integration but also offer support groups and encourage participants to reflect on their status as workers and their relationship with employment.

Some limitations should be considered when interpreting our findings. We included studies conducted mainly in the United States, some European countries and trials with samples of at least 50% of people with schizophrenia, because studies that address only people with schizophrenia are very limited. In terms of methodological quality, we worked only with summation across items of scale and did not conduct item-level statistical analysis to identify which methodological characteristics were most closely related to outcome. Moreover, quality assessment was based on available information for each published report. Additionally, underreporting of potential valuable information regarding people and study characteristics (e.g. years of work experience, type of employment in which people were employed, and socioeconomic status) hindered the analysis of other possible sources of heterogeneity, mainly in overall analysis for competitive job placement, which could not be explained on the basis of the design or the sample features. Analysis of some of the potential moderators was also limited due to a small number of studies. We also found evidence suggestive of bias through the Egger procedure for one significant variable. This suggests that additional studies are necessary to normalize the effect size distribution of these variables; as such, publication bias may be present in this outcome.

Future research should go beyond overcoming these limitations and must focus on people who want to work and their specific employment needs. Furthermore, it should be considered different socio-economic and cultural contexts, in order to learn how these particular environments influence the value afforded to work and productivity. Inquiring into participants' beliefs and opinions about employment, to gauge whether their notions of success coincide with the definition proposed in the specific vocational rehabilitation treatments, and the views of their caregivers and relatives is also very important to improving intervention design. Another important aspect to address is the view of some

health professionals regarding the negative impact of job stress on people with severe mental disorders, which has a bearing on referrals to vocational services and references for competitive job positions. The scenario requires health professionals to be better equipped to deal with vocational issues, acknowledging job stress as a fact of life that must be accepted and managed with their help, rather than considering it a threat against which people with severe mental disorders must be protected [63]. In addition, both people with schizophrenia and their families and caregivers must remember that relapse is a possibility in the course of the illness. Therefore, better preparation and close accompaniment for coping with risk factors such as job stress might be useful in enabling people with schizophrenia to remain and make progress in their jobs.

Crucially, more studies are needed to assess the influence of other demographic variables (e.g. the patients' desire to work and their neurocognitive functioning) and features of the labour market (e.g. salary, unemployment rates and benefits) on treatment outcomes. Studies with a longer follow-up should be conducted to discern the durability of the effect, the influence of work activity on symptomatic stability, and the subsequent incidence of relapses. Without substantial follow-up periods, we can learn little about how people with schizophrenia fit into the workplace and develop their careers.

CONCLUSIONS

Our findings suggest that, given the tremendous impact of schizophrenia on several areas of daily functioning, participation in rehabilitation treatment targeting employment outcomes is not sufficient to ensure labour stability. A comprehensive approach that considers dynamic interaction between unemployment rates, personal characteristics and vocational rehabilitation outcomes, and a coordinated effort between health services, employment services and social services, are imperative to address unemployment. Similar to previous findings [15, 16], the supported employment approach combined with interventions targeting the significant deficits associated with schizophrenia, such as neurocognitive therapy and job related social skill training, appears to hold the key to successfully

addressing the multicausality of work disability, since these interventions would be applicable to a greater number of cases and compatible with a wider range of employment outcomes in schizophrenia.

REFERENCES

1. Chow CM, Cichocki B. Predictors of job accommodations for individuals with psychiatric disabilities. *Rehabil Couns Bull.* 2015; 1-13, 72, <http://dx.doi.org/10.1177/0034355215583057>
2. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiat.* 2006; 163(3): 411-17.
3. Salkever DS, Karakus MC, Slade EP, Harding CM, Hough RL, Rosenheck RA, et al. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatr Serv.* 2007; 58:315-24.
4. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry.* 2007; 191: 30-7.
5. Killackey E. Something for everyone: employment interventions in psychotic illness. *Acta Neuropsychiatr.* 2008; 20(5): 277-79.
6. Charzyńska K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of existing evidence. *Int J Occup Med Environ Health.* 2015; 28(3):407-18. <http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00341>
7. Kager A, Lang A, Berghofer G, Henkel H, Schmitz M. The impact of work on quality of life for persons with severe mental illness. *Nervenheilkunde.* 2000; 19, 560-565
8. Krupa T. Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 28:8-15
9. Tandberg M, Ueland T, Andreassen OA, Sundet K, Melle I. Factors associated with occupational and academic status in patients with first-episode psychosis with a particular focus on neurocognition. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47(11): 1763-773, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0477-x>

10. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: A meta-analytic study. *Schizophr Bull.* 2011; 37(2), 370-80, <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp066>
11. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 13:9:CD008297.
12. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Supported employment: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 2014; 65(1):16-23.
13. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry.* 2016; 1-9.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>
14. Cook JA, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull.* 2000; 26(1): 87-103.
15. Lim Y, Millington M, Mpofo E. The evidentiary basis for supported employment practice for workers with schizophrenia: A thematic analysis. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2014; 17: 93-113, <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2013.877409>
16. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and others psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J. Nerv Ment Dis.* 2003; 191(8): 515-23, <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69>
17. Harvey PD, Heaton RK, Carpenter WT, Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophr Res.* 2012; 140(1-3): 1-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.025>
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, and de PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* 2009; 151(4): 264-269.

19. Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, Ruggero C, et al. Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry*. 2011; 168(11):1186-94, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010048>
20. Rinaldi M, Killackey E, Smith J, Shepherd G, Singh SP, Craig T. First episode psychosis and employment: A review. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22(2):148-62, <http://dx.doi.org/10.3109/09540261003661825>
21. 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, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.505>
22. Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, et al. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, Boston: Allyn and Bacon; 1995: 12-44.
23. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996; 17(1): 1-12.
24. Cohen J. Weighted kappa: Nominal scale agreement provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychol Bull*. 1968; 70(4): 213-20.
25. Hedges LV. Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *J Educ Behav Stat*. 1981; 6(2): 107-28.
26. 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. *J Consult Clin Psychol*. 2004; 72(3): 479-90.
27. Tsang HW, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009; 40(2): 292-305, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.007>

28. Higgins JP, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med.* 2002; 21(11):1539-558, <http://dx.doi.org/10.1002/sim.1186>
29. Huedo-Medina TB, Sanchez-Meca J, Marin-Martinez F, Botella J. Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I2 index? *Psychol Methods.* 2006; 11(2):193-206.
30. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ.* 2003; 327(7414):557-60, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
31. Hedges LV, Olkin I. *Statistical Methods for Meta-Analysis.* Orlando: Academic Press; 1985.
32. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics.* 1994; 50(4): 1088-101.
33. Egger M, Davey SG, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ.* 1997; 315(7109):629-34.
34. Sterne JAC, Becker BJ, Egger M. The Funnel Plot. In: Rothstein HR, Sutton AJ, Borenstein M, editors. *Publication Bias in Meta-Analysis: Prevention, Assessment and Adjustments.* Chichester, UK: Wiley; 2005: 75-98, <http://dx.doi.org/10.1002/0470870168.ch5>.
35. Viechtbauer W. Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *J Stat Softw.* 2010; 36(3), 1-48.
36. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [software online]. Version 3.1.2. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2014. Available from <http://www.R-project.org/>
37. Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual Placement and Support in Sweden - A randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry.* 2015; 69(1): 57-66, <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2014.929739>
38. Bell MD, Milstein RM, Lysaker PH. Pay as incentive in work participation by patients with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry.* 1993; 44(7):684-686, <http://dx.doi.org/10.1176/ps.44.7.684>
39. Bell MD, Lysaker PH, Bryson G. A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback. *J Vocat Rehabil.* 2003; 18(1): 43-50.

40. Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: Work outcomes at two-year follow-up. *Schizophr Res.* 2008; 105(1-3): 18-29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.06.026>
41. Bond GR, Dincin J. Accelerating entry into transitional employment in a psychosocial rehabilitation agency. *Rehabil Psychol.* 1986; 31: 143-55.
42. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil Psychol.* 1995; 40: 75-94.
43. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake RE, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol.* 2007; 75(6), 968-982.
44. Bryson G, Lysaker P, Bell M. Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002; 28(2): 249-57.
45. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2007; 370: 1146-152.
46. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized control trial of supported employment for inner city patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(7): 627-633.
47. Eack SM, Hogarty GE, Greenwald DP, Hogarty SS, Keshavan MS. Effects of cognitive enhancement therapy on employment outcomes in early schizophrenia: Results from a 2-year randomized trial. *Res Soc Work Pract.* 2011; 21(1): 32-42, <http://dx.doi.org/10.1177/1049731509355812>
48. 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): 378-395.

-
49. Howard LM, Heslin M, Leese M, Leese M, McCrone P, Rice C, et al. Supported employment: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010; 196(5): 404-11, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061465>
50. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR, Drake RE, Duclos I, Piat, 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: 65-73.
51. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(2): 165-172.
52. Lysaker P, Bond G, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: Effects on hope and work. *J Rehabil Res Dev*. 2005; 42(5), 673-82.
53. Lysaker PH, Davis LW, Bryson GJ, Bell MD. Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2009; 107(2-3): 186-191, <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.018>
54. Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA, Jones DR, Barreira PJ, Wang Q. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv*. 2006; 57(10): 1406-1415.
55. McFarlane WR, Dushay RA, Stastny P, Deakins SM, Link B. A comparison of two levels of family-aided assertive community treatment. *Psychiatr Serv*. 1996; 47(7): 744-750.
56. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM, Stastny P, Lukens EP, Toran J, et al. Employment outcomes in family-aided assertive community treatment. *Am J Orthopsychiatry*. 2000; 70(2): 203-214.
57. Rogers ES, Anthony WA, Lyass A, Penk WE. A Randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabil Couns Bull*. 2006; 49(143): 143-156

-
58. Twamley EW, Vella L, Burton CZ, Becker DR, Bell MD, Jeste DV. The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012; 135(1-3): 100-104.
 59. Wong K, Chiu R, Tang B, Mak D, Liu J, Chiu SN. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv.* 2008; 59(1), 84-90.
 60. Cohen J. (1992). A power primer. *Psychol Bull.* 1992; 112, 155-59.
 61. Jonikas JA, Laris A, Cook J. The passage to adulthood: psychiatric rehabilitation service and transition-related needs of young adult women with emotional and psychiatric disorders. *Psychiatr Rehabil J.* 2003; 27(2):114-21.
 62. Bouwmans C, de Sonnevile C, Mulder CL, Hakkaart-van Roijen L. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11:2125-42, <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S83546>.
 63. Saavedra J, López M, Gonzales S, Cubero R. Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Cult Med Psychiatry.* 2016; 40:507-532, <http://dx.doi.org/10.1007/s11013-015-9481-4>.

Table 1. Summary of studies on effectiveness of treatments to enhance employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder included in the meta-analysis of randomized controlled trials (RTC)

Study	Country	Design	Sample characteristics	Treatment and Control
Bejerholm et al. (2015) [37]	Sweden	18-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 120, mean age = 38 years, 44.17% female, 64.16% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) (evidence-based supported employment approach). CG: Traditional vocational rehabilitation (train-place vocational services).
Bell et al. (1993) [38]	United States	6-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 7	N = 100, mean age = 40 years, education = 12.5 years, 6% female, 24% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Paid and job placement at VAMC (pay \$3.40/hour for up to 20 hours per week). CG: Job placement (no pay and only job placement at VAMC).
Bell et al. (2003) [39]	United States	6-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 10	N = 63, mean age = 44 years, education = 12.7 years, 0% female, 38.09% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Behavioural interventions, paid and job placement at VAMC (pay \$3.40/hour for up to 20 hours per week and behavioural intervention utilizing work performance feedback and goal setting). CG: Usual support conditions paid and job placement at VAMC (usual support included vocational services available at VAMC).
Bell et al. (2008) [40]	United States	12-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 14	N = 72, mean age = 39.56 years, education = 12.8 years, 45.83% female, 52.78% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Neurocognitive enhancement therapy (NET) and vocational rehabilitation (VOC) (NET is a cognitive training programme; VOC is a hybrid transitional and supported employment programme). CG: Vocational rehabilitation (VOC) (included only two weekly support groups).

Study	Country	Design	Sample characteristics	Treatment and Control
Bond et al. (1986) [41]	United States	15-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 9	N = 131, mean age = 24.5 years, 31% female, 25.19% non-Caucasian, 55% schizophrenia spectrum	EG: Accelerated transitional employment programme (immediate placement in paid work). CG: Gradual transitional employment programme (unpaid pre-vocational employment for 4 months before any other placement).
Bond et al. (1995) [42]	United States	12-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 9	N = 86, mean age = 31.5 years, 49% female, 20% non-Caucasian, 66% schizophrenia spectrum	EG: Accelerated condition of supported employment programme (immediate placement in paid work). CG: Gradual condition (4 months pre-vocational work training before any employment).
Bond et al. (2007) [43]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 187, mean age = 30.85 years, 36.37% female, 63.63% non-Caucasian, 56.15% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Diversified placement approach (stepwise approach to employment that focuses on work readiness).
Bryson et al. (2002) [44]	United States	6-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 97, mean age = 43.37 years, education = 12.6 years, 4.12% female, 35% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Paid, job placement at VAMC and weekly support group CG: Job placement at VAMC and weekly support group
Burns et al. (2007) [45]	Europe	18-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 312, mean age = 37.8 years, education = 11.9 years, 40% female, 80% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Vocational services (available in the local area).

Drake et al. (1999) [46]	United States	18-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 11	N = 152, mean age = 39.4 years, 61.18% female, 82.8% non-Caucasian, 66.45% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Enhanced vocational rehabilitation (stepwise vocational services provided by vocational agencies).
Eack et al. (2011) [47]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 58, mean age = 25.92 years, 31.04% female, 31.03% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Cognitive enhancement therapy (psychosocial cognitive rehabilitation for cognitive impairment in schizophrenia). CG: Enriched supportive therapy (individual sessions to learn and practice stress management techniques designed to enhance adjustment).
Gold et al. (2006) [48]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 143, 62.24% female, 81.12% non-Caucasian, 68.53% schizophrenia spectrum	EG: Assertive community treatment (ACT) and individual placement and support (IPS) (ACT is an intensive and integrated approach for community mental health services). CG: Supported employment programme (usual vocational and mental health services provided by local agencies) [†]
Howard et al. (2010) [49]	United Kingdom	12-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 16	N = 219, mean age = 38.35 years, 32.88% female, 61.64% non-Caucasian, 67.58% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Usual treatment available in the local area (psychosocial rehabilitation and day care programmes).
Latimer et al. (2006) [50]	Canada	12-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 150, mean age = 40.25 years, 38.67% female, 18% non-Caucasian, 75.33% schizophrenia spectrum	EG: Supported employment (SE)* CG: Usual support (included sheltered workshops and creative workshops).

Study	Country	Design	Sample characteristics	Treatment and control
Lehman et al. (2002) [51]	United States	24-months RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 219, mean age = 41.5 years, 43.38% female, 75.34% non-Caucasian, 65.30% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Psychosocial rehabilitation (included day care programmes).
Lysaker et al. (2005) [52]	United States	6-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 12	N = 50, mean age = 48.1 years, education = 12.5 years, 0% female, 58% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Indianapolis vocational intervention programme (IVIP), paid and job placement at VAMC (IVIP provided weekly support and individual cognitive-behavioural interventions targeted at dysfunctional beliefs). CG: Standard support, paid and job placement at VAMC (standard support included weekly support group).
Lysaker et al. (2009) [53]	United States	6-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 100, mean age = 46.53 years, education = 12.57 years, 15% female, 59% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Indianapolis vocational intervention programme, paid and job placement at VAMC CG: Support services, paid and job placement at VAMC (support services included VAMC work programme and weekly support groups).
Macias et al. (2006) [54]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 14	N = 121, mean age = 38.01 years, 42.15% female, 16.5% non-Caucasian, 52.06% schizophrenia spectrum	EG: Assertive community treatment (ACT) from supported employment (vocational integrated programme of ACT). CG: Clubhouse (certified programme modelled on Fountain House and focused on rapid placement).

McFarlane et al. (1996) [55]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 16	N = 68, mean age = 29.8 years, 35.29% female, 20.6% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Assertive community treatment (ACT) and family psychoeducation groups CG: Assertive community treatment (ACT) and crisis family intervention
McFarlane et al. (2000) [56]	United States	18-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 9	N = 69, mean age = 33 years, 30.43% female, 9% non-Caucasian, 65.21% schizophrenia spectrum	EG: Family-aided assertive community treatment (FACT) and vocational specialist (FACT is similar to IPS programme, but support is limited). CG: Conventional vocational rehabilitation (counsellors gave family support and supervised use of agency services).
Mueser et al. (2004) [26]	United States	24-month RTC (2 experimental conditions, 1 control), MQ = 13	N = 204, mean age = 41.23 years, 38.73% female, 76% non-Caucasian, 74.5% schizophrenia spectrum	EG1: Individual placement and support (IPS). EG2: Psychosocial rehabilitation (based on prevocational training). CG: Usual support (any vocational services available in local area including supported employment).
Rogers et al. (2006) [57]	United States	24-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 11	N = 135, mean age = 33.89 years, 45.93%, female, 40.74% non-Caucasian, 63% schizophrenia spectrum	EG: Psychiatric vocational rehabilitation (based on Choose-Get-Keep psychiatric rehabilitation approach). CG: Enhanced state vocational rehabilitation (traditional vocational rehabilitation services with enhancements for people with psychiatric disabilities).

Study	Country	Design	Sample characteristics	Treatment and control
Tsang et al. (2009) [27]	China	15-month RTC (2 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 163, mean age = 34.54 years, 50% female, 100% non-Caucasian, 77.30% schizophrenia spectrum	EG1: Integrated supported employment (individual placement and support [IPS] with social skills training). EG2: Individual placement and support (IPS) CG: Traditional vocational rehabilitation (involved comprehensive vocational assessment and pre-vocational training).
Twamley et al. (2012) [58]	United States	12-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 13	N = 58, mean age = 51.03 years, education = 12.43 years, 36% female, 60.34% non-Caucasian, 100% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Conventional vocational rehabilitation (included vocational evaluation, employment preparation, job development and job retention).
Wong et al. (2008) [59]	China	18-month RTC (1 experimental condition, 1 control), MQ = 14	N = 92, mean age = 33.55 years, 40% female, 100% non-Caucasian, 70% schizophrenia spectrum	EG: Individual placement and support (IPS) CG: Conventional vocational rehabilitation (involved hospital-based prevocational preparation programs and community-based sheltered workshops).

EG: experimental group; CG: control group; MQ: methodological quality score of the studies; RTC: randomized controlled trial; VAMC: VA Medical Centre Department of Veterans Affairs.

^a Supported employment is an employment service for people with significant disabilities who require ongoing support services to succeed in competitive employment.

^b This treatment corresponded to a model with traditional vocational rehabilitation philosophy.

Table 2. Sensitivity analyses of the studies on effectiveness of treatments to enhance employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder included in the meta-analysis of randomized controlled trials (RTC)

Employment outcome	Criteria	All interventions				Supported employment subgroup			
		Excluded study	<i>k</i>	Effect sizes (95% CI)	P	Excluded study	<i>k</i>	Effect sizes (95% CI)	p
Competitive job placement	Study with the largest sample size	Burns et al. (2007) [45]	20	RR = 2.36 (1.85-2.99)	<.001	Burns et al. (2007) [45]	13	RR = 2.68 (2.27-3.17)	<.001
	Study with the largest effect size	One comparison from Tsang et al. (2009) [27] that tested IPS-SST with TVR.	20	RR = 2.23 (1.81-2.74)	<.001	One comparison from Tsang et al. (2009) [27] that tested IPS-SST with TVR.	13	RR = 2.45 (2.12-2.83)	<.001
	Studies with combined treatments	Gold et al. (2006) [48], McFarlane et al. (1996) [55], McFarlane et al. (2000) [56] and one comparison from Tsang et al. (2009) [27] that assessed IPS-SST with TVR.	17	RR = 2.25 (1.76-2.88)	<.001	Gold et al. (2006) [48] and one comparison from Tsang et al. (2009) [27] that tested IPS-SST with TVR	12	RR = 2.45 (2.10-2.86)	<.001
	Studies with the same control group	Two comparison from study by Mueser et al. (2004) [26] and two comparisons from Tsang et al. (2009) [27]	17	RR = 2.15 (1.89-2.45)	<.001	Two comparison from Tsang et al. (2009) [27]	12	RR = 2.42 (2.09-2.80)	<.001
	Studies in which the employment outcome was a secondary goal	Eack et al. (2011) and [47] McFarlane et al. (1996) [55]	19	RR = 2.33 (1.85-2.94)	<.001				
Job tenure in any job: hours worked	Study with the largest sample size	Lehman et al. (2002) [51]	12	SMD = 0.38 (0.11-0.66)	.006				
	Study with the largest effect size	Bejerholm et al. (2015) [37]	12	SMD = 0.37 (0.11-0.63)	.005				
	Studies with combined treatments	Bell et al. (1993) [38], Bell et al. (2003) [39], Bell et al. (2008) [40], Bryson et al. (2002) [44], Lysaker et al. (2005) [52], Lysaker et al. (2009) [53], Gold et al. (2006) [48]	6	SMD = 0.30 (-0.09-0.71)	.13				

Employment outcome	Criteria	All interventions			Supported employment subgroup				
		Excluded study	<i>k</i>	Effect sizes (95% CI)	<i>P</i>	Excluded study	<i>k</i>	Effect sizes (95% CI)	<i>p</i>
	Studies with the same control group	Two comparisons from study by Mueser et al. (2004) [26]	11	SMD = 0.49 (0.21-0.77)	<.001				
	Studies in which the employment outcome was a secondary goal	Bell et al. 1993 [38], Bell et al. 2003 [39], Bell et al. 2008 [40], Bryson et al. 2002 [44], Lysaker et al. 2005 [52], Lysaker et al. 2009 [53]	7	SMD = 0.30 (-0.03-0.63)	.08				

CI: confidence interval; IPS: individual placement and support; TVR: traditional vocational treatment; SST: social skill training

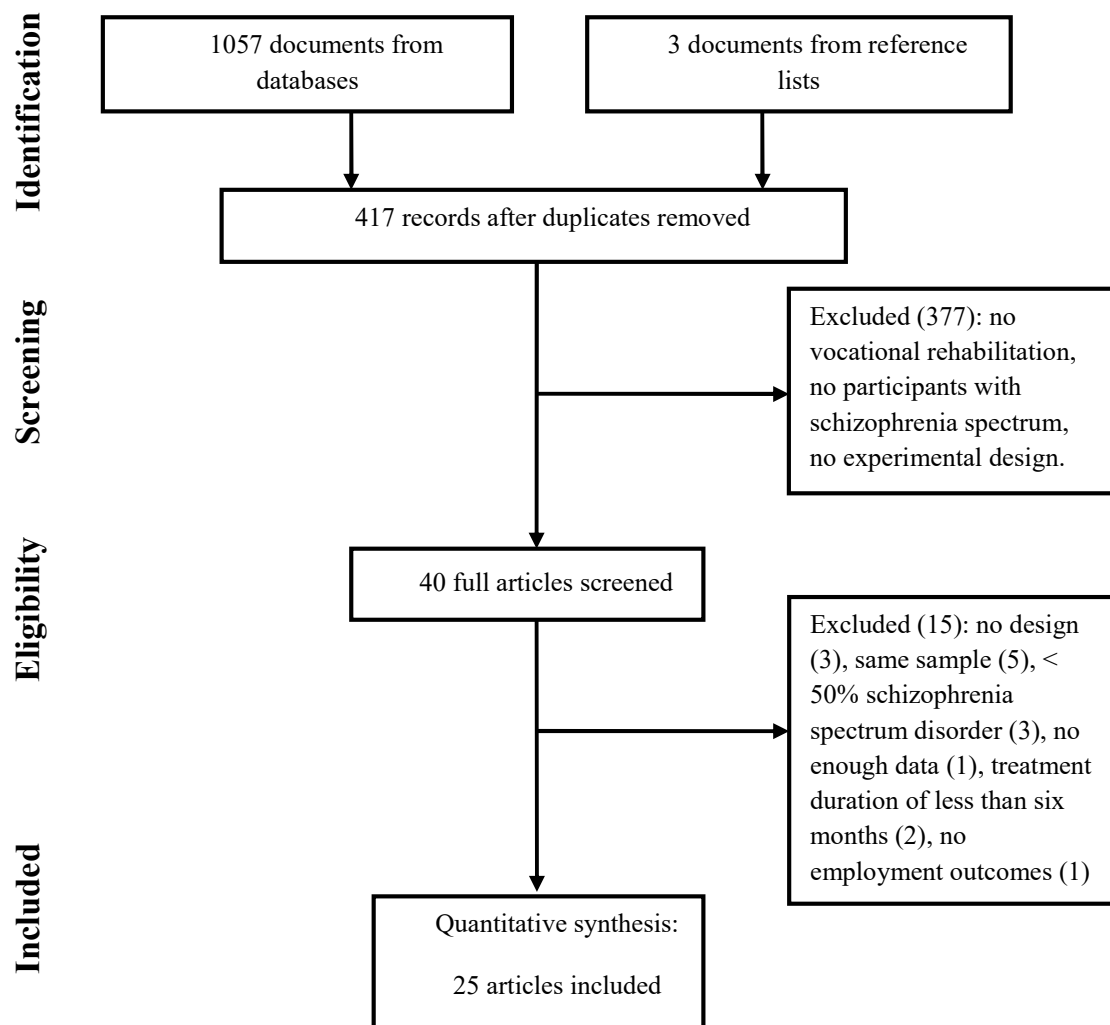


Fig. 1. Selection process for study inclusion in the meta-analysis of the studies on effectiveness of treatments to enhance employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder

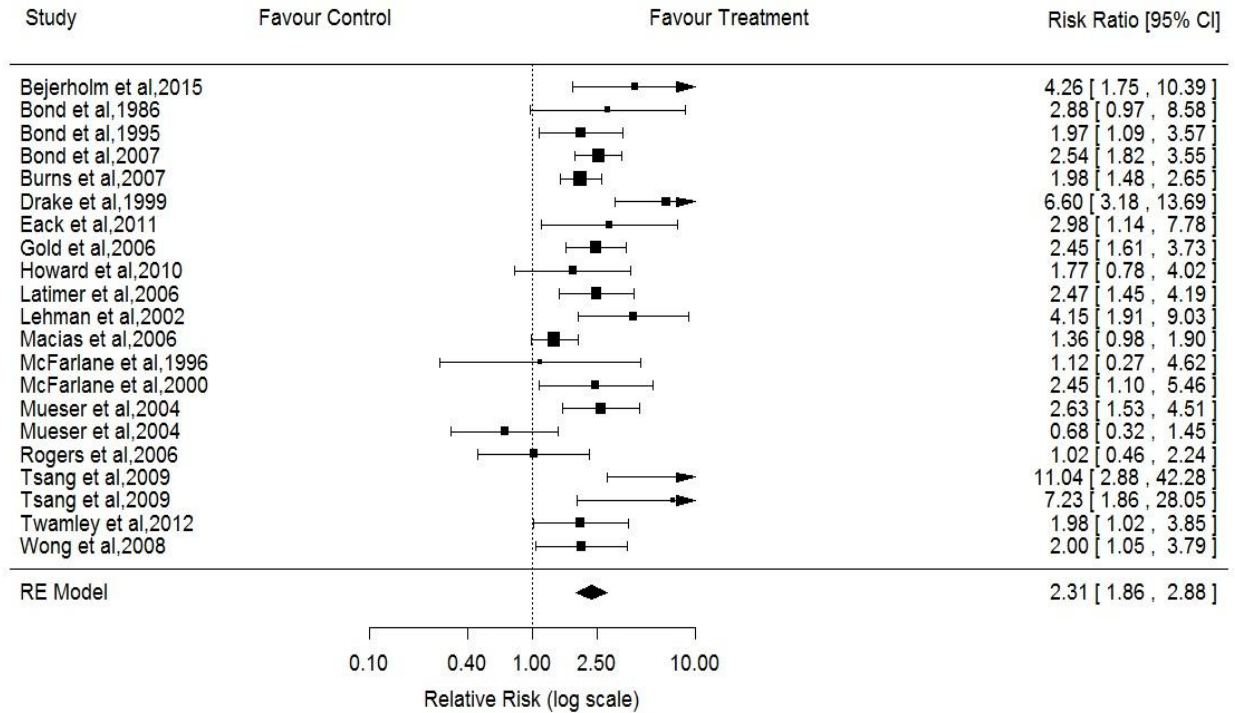


Fig. 2. Forest plot for competitive job placement. Risk ratio values greater than 1 indicate better treatment efficacy in the intervention group relative to the control groups. The arrow to the right of the confidence interval (CI) indicates that the value exceeds the limit set for the effect size axis and is therefore situated further to the right. The area of the squares is proportional to the contribution of each study to the global outcome.

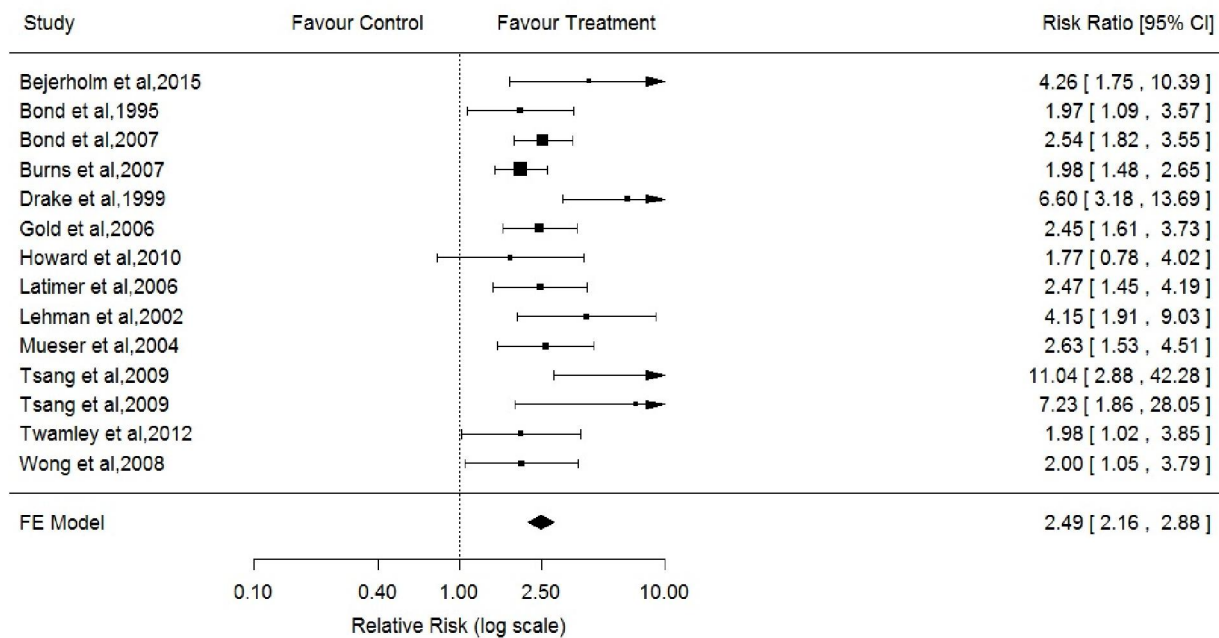


Fig. 3. Forest plot for competitive job placement from supported employment interventions. Risk ratio values greater than 1 indicate better treatment efficacy in the intervention group relative to the control groups

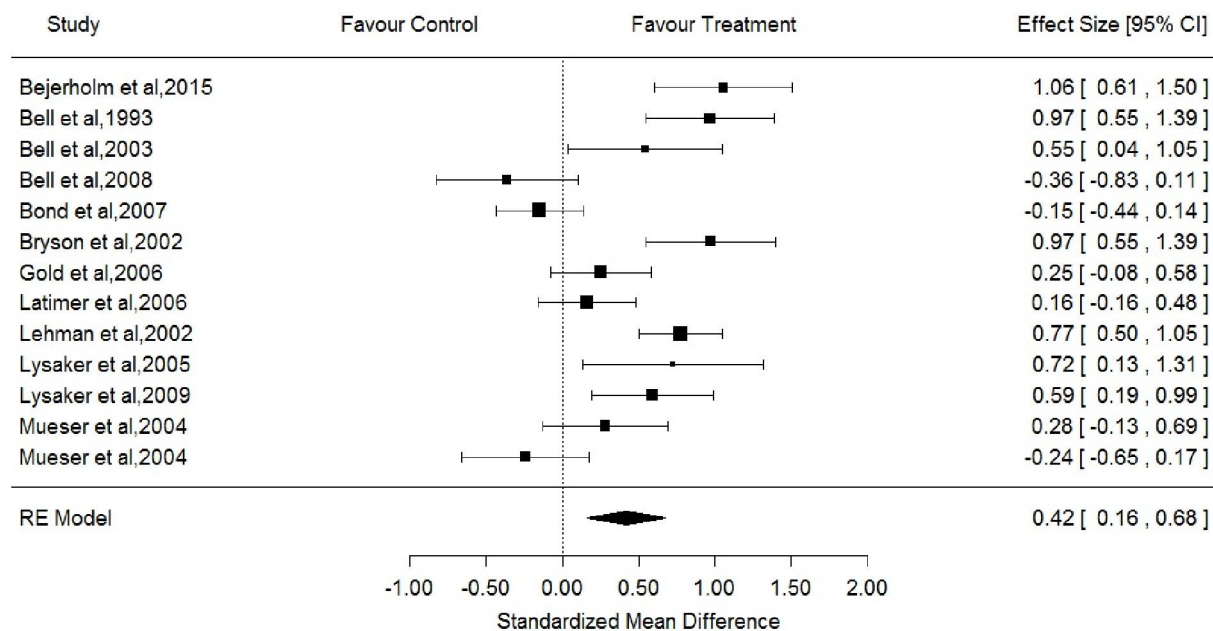


Fig. 4. Forest plot for job tenure in any job measured as hours worked. Standardized mean difference values greater than 0 indicate better treatment efficacy in the intervention group relative to the control group. The area of the squares is proportional to the contribution of each study to the global outcome.

CI: confidence interval.

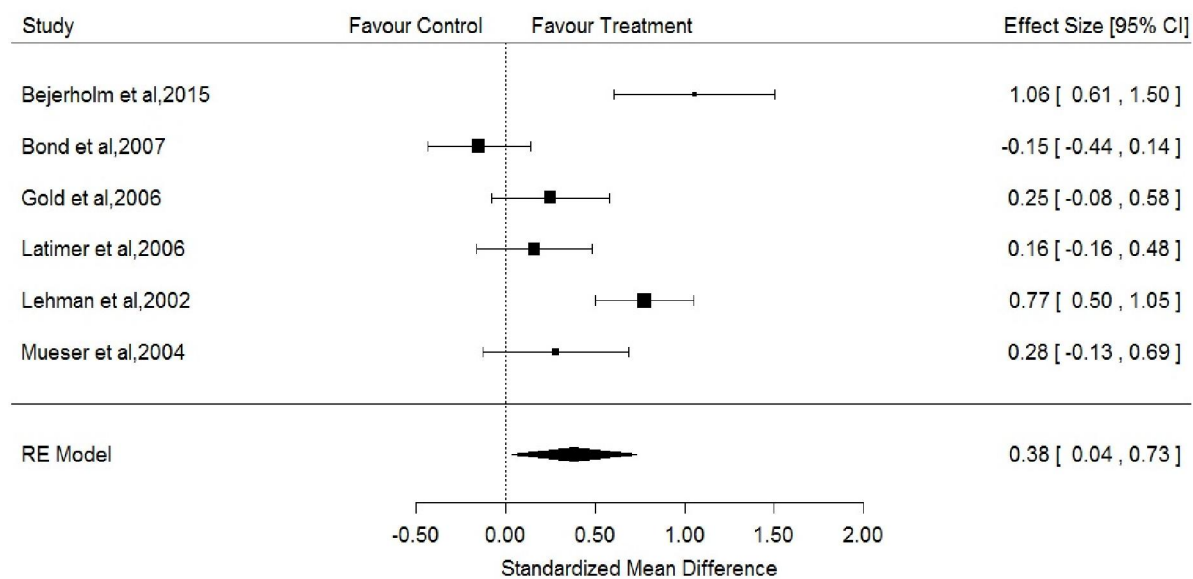


Fig. 5. Forest plot for job tenure in any job measured as hours worked from supported employment interventions. Standardized mean difference values greater than 0 indicate better treatment efficacy in the intervention group relative to the control group.

Estudio 2: Employment support needs of people with schizophrenia: A scoping study

Autores: Carmona, V. R., Gómez-Benito, J., & Rojo, J. E.

Año: 2018

Revista: Journal of Occupational Rehabilitation

Base de datos: Journal Citation Reports/Social Sciences Edition, Social Science Citation Index, SCOPUS, PsycINFO, Google Scholar, EBSCO Biomedical Reference Collection, EBSCO CINAHL, ProQuest Central, ProQuest Health & Medical Collection.

Area: Rehabilitation

Factor de impacto: 1.858

Cuartil: 1

Resumen

Este estudio se propuso explorar el conocimiento disponible en la literatura sobre las necesidades de soporte al empleo en personas con esquizofrenia a través de una metodología de estudio de alcance. La pregunta de investigación para tal fin fue: ¿Qué necesitan las personas con esquizofrenia para trabajar?

Se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos relevantes: CINAHL, Medline, PsycINFO, SCOPUS y Web of Science. Se realizó una búsqueda manual de publicaciones en revistas especializadas. También se identificó material adicional a través de la revisión de las referencias de los artículos extraídos. Las búsquedas cubrieron el período comprendido entre 1945 y el 30 de agosto de 2017 sin restricciones de idioma. Siguiendo la metodología del estudio de alcance se utilizaron dos enfoques para mostrar los datos: análisis descriptivo y análisis temático.

Se incluyeron 12 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión, la mayoría de los cuales discutieron experiencias de participación en programas IPS. El análisis temático identificó cuatro necesidades de apoyo al empleo: desarrollo de habilidades, intervención vocacional, apoyo y aliento, y un ambiente laboral amigable.

Este estudio de alcance mostró que la literatura sobre las necesidades de soporte al empleo es escasa y se deriva principalmente de estudios en personas con esquizofrenia participando en programas de IPS. Así también, pese al amplio enfoque de búsqueda de literatura, solo se identificaron estudios publicados en inglés y provenientes de países de altos ingresos, donde existe una amplia y documentada experiencia de investigación en el campo de la rehabilitación vocacional.

En base a estos hallazgos se plantea que el tratamiento para las personas con esquizofrenia debe ir más allá del simple alivio de los síntomas, posibilitando un plan de vida que proporcione suficiente autonomía para mantener una vida ocupacional, recreacional y emocional satisfactoria en comunidad. Esto requiere de un enfoque que trascienda la intervención individual, incorporando la educación para reducir el estigma, las enmiendas a la legislación existente para facilitar la inserción laboral, la adaptación de los sistemas de bienestar y, por supuesto, la escucha activa ante las necesidades enunciadas por los propios involucrados, es decir, las personas con esquizofrenia interesadas en trabajar.

Employment support need of people with schizophrenia

Employment support needs of people with schizophrenia: A scoping study

Viviana R. Carmona^a, Juana Gómez-Benito*^{a, b}, J. Emilio Rojo-Rodes^{c, d}

^aDepartment of Social Psychology and Quantitative Psychology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^bInstitute of Neurosciences, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^cHospital Benito Menni CASM, Sisters Hospitallers, Sant Boi de Llobregat, Spain

^dDepartment of Psychiatry, International University of Catalonia, Barcelona, Spain

* Address for correspondence: Juana Gómez-Benito, Departamento de Psicología Social y Psicología Cuantitativa, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona (Spain). Phone +34 933125082, fax: +34 934021359; E-mail: juanagomez@ub.edu

Abstract

Purpose People with schizophrenia continue to encounter barriers to employment acquisition. The aim of this scoping study was to identify and synthesize existent evidence about the employment support needs of people diagnosed with schizophrenia. **Methods** Five relevant databases were used: CINAHL, Medline, PsycINFO, SCOPUS, and Web of Science. Additional material of potential interest was identified through the references of the retrieved articles. A manual search for publications from the 3 months immediately prior to the electronic search was carried out in specialized journals. Searches covered the period between 1945 and August 30, 2017 without language restrictions. Two approaches were used to display the data: descriptive analysis and thematic analysis. **Results** Twelve articles met the inclusion criteria, most of which discussed experiences of participation in individual placement and support programmes. Thematic analysis identified four support needs: developing skills, vocational intervention, support and encouragement, and a supportive work environment. **Conclusions** There is a paucity of literature examining and evaluating employment support needs from the perspectives of people with schizophrenia. Future research must look beyond individual factors affecting employment outcomes to consider societal attitudes, stigma and work-related legislation.

Keywords:

Employer; Employment specialist; Individual placement and support; Paid job; Work-related skills

Introduction

For most people, employment is a core area around which everyday life is organized, interpersonal network are created, and physical and mental activities are carried out. It is therefore unsurprising that people spend much of their lives preparing for the practice of a remunerated activity, from the first childhood role plays to learning a trade or profession. Previous research in people with psychiatric disabilities has found work participation to have a positive influence on health, daily structure, development of coping strategies, and meaning of life [1-4].

Employment also offers opportunities for leisure and socializing, as well as providing financial gain [5]. Work benefits are particularly valuable to people with schizophrenia because of the high level of disability associated with the disorder [6]. Impairments in neurocognitive and social function contribute to deficits in everyday functioning that extend to all domains, including social, vocational, and everyday living [7-8]. Therefore, returning to work or engaging in employment are important intervention goals because they are visible signs of recovery [9], indicating less severe expression or sufficient control of symptoms to enable a connection to the

social world [10-11].

Research in vocational rehabilitation can be broadly classified into two approaches: studies about the effectiveness of different vocational rehabilitation models, and studies of work-related abilities and capacities [12]. Findings from the first approach showed that vocational rehabilitation using different approaches can improve the employment rate of individuals with schizophrenia [13-15], while findings from the second approach showed the most consistent predictors of employment to be recent work history, motivation and self-efficacy [12, 16, 17]. Research focused on variables affecting the employment rate of this population has also identified the need for wider implementation of and access to supported employment to help individuals with schizophrenia achieve their employment goals [18].

Qualitative studies involving people diagnosed with severe mental illness have found that there are a number of requirements associated with job characteristics and work environment which may affect employment outcomes. For example, the study by Henry and Lucca [19] of people with psychiatric disabilities and employment service providers concluded that quality consumer-provider relationships and individualized employment services were the most important factors in helping clients to achieve their employment goals. For Tse and Yeats [20], goodness of fit between the worker and workplace characteristics, maintaining a sense of hope, and self-determination may help individuals with bipolar disorder to achieve their vocational goals. Despite significant progress, these efforts have not yielded effective solutions for assisting job acquisition and improving job tenure among individuals diagnosed with schizophrenia. As such, research suggests that the subjective experiences of people with schizophrenia must be explored in order to gain greater insight into their needs [21,22]. With this in mind, there has been little study of employment support needs from the perspective and through the experience of people with schizophrenia who want to work. We believe that an approach focused on understanding employment support needs in this population is crucial not only to improving the employment rate but also to designing models and programmes more specifically adapted to their individual contexts and requirements. Therefore, the purpose of this study was to explore the knowledge available in the literature about the employment support needs of people with schizophrenia. The scoping study methodology was used to explore the literature, enabling us to examine, summarize and disseminate research findings in the particular area of study [23]. The research question addressed by the scoping review was: What do people with schizophrenia need in order to work?

Method

We conducted a scoping study following the approach of Arksey and O'Malley [23], with recommendations provided by Levac et al. [24] to clarify and enhance each stage. Five steps proposed by Arksey and O'Malley [23] were followed.

Identifying the research question

Step one involved formulating the research question and designing a search strategy that would identify relevant articles as comprehensively as possible [23,24]. We focused on the employment support needs of people diagnosed with schizophrenia. Considering that *employment support needs* is an ambiguous term that could encompass various forms of support provided by both employment services and social security services, we restricted the definition to those facilitators relevant to obtaining a competitive job and remaining employed from the perspective of people with schizophrenia. These may include encouragement, on-site counselling and problem-solving. The criteria for competitive job were employment with minimal or higher remuneration, in an integrated setting, and not reserved for people with a mental health diagnosis. We also considered for inclusion people participating in supported employment programmes or individual placement and support, because programmes of this type target competitive employment. Following recommendations by Arksey and O'Malley [23], a wide approach was used to generate breadth of coverage, as reflected in the research question: What do people with schizophrenia need in order to work?

Identifying relevant studies

In order to identify primary studies for answering our research question, a scholarly literature review was conducted using five relevant databases: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline, PsycINFO, SCOPUS and Web of Science. These databases were chosen due to their broad coverage of mental illness, rehabilitation and recovery. The selection of search terms and inclusion criteria was an interactive process based on capacity to respond to the research question. The following search terms were initially selected: schizophrenia, psychotic, psychosis, severe mental illness, severe mental disorder, serious mental illness, serious mental disorder, employment, occupation, job, work, placement, need and support. The preliminary terms were piloted in order to refine and add new terms to the search strategy [23]. The literature search covered the period from 1945 to August 30 2017 and studies from any country or reported in any language, although only reports in English were found. Additional documents were identified through the references of the articles retrieved in the

initial search. Next, a manual search for the three months immediately prior to the electronic search (June through August) was carried out to increase confidence in the search. The following specialized journals were inspected: *Cult Med Psychiatry*, *Int J Occup Med Environ Health*, *Int J Soc Psychiatry*, *J Ment Health*, *J Vocat Rehabil*, *Psychiatr Q*, *Psychiatr Rehabil J*, *Psychiatry*, *Psychiatry Res*, *Scand J Caring Sci*, *Schizophr Res*, *Schizophr Res Treatment*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *Work*, *Work Occup*. These journals were examined because they were found to contain relevant material in the initial search. Inspection of journals did not identify additional studies that were not found in the database search, indicating that the database search was sufficiently comprehensive. Although a scoping review includes non-published literature in order to examine as broad a knowledge base as possible [23], we decided to focus on published literature to ensure that the implications are relevant to evidence-based practice. More details can be found in Appendix.

Study selection

A total of 841 potentially interesting abstracts were selected, after identifying and removing duplicate studies. Following recommendations by Levac et al. [24], abstracts were inspected by two researchers working independently. Next, copies of the full articles were obtained and examined by reviewers to assess their relevance to the research question and their best fit with the following inclusion criteria: a) Studies providing knowledge about the employment support needs of people diagnosed with schizophrenia, psychosis or severe mental illness; b) Articles including participants with severe mental illness, provided that at least 50% of the participants were diagnosed with schizophrenia or psychosis; c) Studies focused on competitive employment.

The following articles were excluded: a) Reviews, meta-analyses, editorials, dissertations, conference abstracts and letters to editor; b) Articles focused on general daily occupations or unpaid activities. We excluded meta-analyses and reviews because their individual studies and references were inspected and assessed for inclusion at previous step. Since the scoping study does not seek to assess quality of evidence and cannot therefore determine whether particular studies provide robust or generalizable findings [23], we did not use the methodological quality of studies as a criterion for inclusion.

Authors were contacted by e-mail in cases where the proportion of participants with schizophrenia diagnosis was unclear. Where a single research group had published more than one paper for the same target with the same population, only the article with the largest sample was included. If the same research group had published more than one paper with the same population but for different purposes, all of the papers were considered. Two

independent reviewers carried out the study selection; any discrepancies were discussed at a consensus meeting with a third reviewer.

Charting the data

This stage involved charting the data collected into key categories to synthesize and interpret the results and their relevance to employment support needs. A data-charting form and code-book were developed for this study, and the form was continually updated via an interactive process [24]. The initial categories were: year, author, country, title, journal, affiliation of authors, sample and study characteristics, and outcomes relevant to the research question and purpose of the scoping study. The data charting form was modified over the course of the charting phase to incorporate other data pertinent to the key question. Two reviewers independently extracted data from the first five studies using the data-charting form and met to determine whether the approach to data extraction was consistent with the research question [24]. Changes to the form were made after pilot testing and throughout the extraction process. Two reviewers performed data extraction; any disagreement in the codification process was addressed by discussion at consensus meeting involving a third reviewer.

Collating, summarizing and reporting the results

Following recommendations by Arksey and O'Malley [23], two approaches were used to display the charted data as a narrative description in this study. First, a descriptive analysis was made of information pertaining to the scope, nature and distribution of the articles using numerical calculations of frequency. The descriptive analysis focused on country, type of study, design, data analysis and synthesis technique, and the demographics characteristics of the sample. These initial analyses identified the predominant research methods and geographical locations in the literature [23]. Second, the articles were organized and analyzed by identifying and synthesizing recurring themes, points of agreement and points of disagreement [25], as is recommended by Levac [24]. All of the articles were reviewed independently by two authors and summarized to extract information on employment support needs of people with schizophrenia. Four emerging themes were identified: developing skills, vocational intervention, support and encouragement, and a supportive work environment.

Results

Descriptive analysis

A list of 58 abstracts was retrieved from the databases and reference lists. Of these, 46 studies were excluded and 12 met the inclusion criteria. Details of the selection process are illustrated in Figure 1.

Insert Figure 1 about here

The articles were published between 1999 and 2017. Australia, Canada, Sweden, United Kingdom and United States contributed 83.33% of the production, with articles published mainly in journals in the fields of psychiatry and occupational therapy. Research was classified in three categories: qualitative studies, mixed studies and quantitative studies. Ten of the 12 studies had qualitative designs, and five of these used a grounded-theory approach. One article used a mixed approach integrating grounded theory and quantitative methods, and one study used a quantitative approach only. None of the 12 articles directly addressed employment support needs. Six articles explored experiences of participation in individual placement and support programmes. Of these, four articles used convenience sampling considering available and volunteer participants. The remaining six studies focused on employment perspectives such as barriers, recommendations to improve employability, and the relationship between employment and vocational recovery. A purposive sampling method was described in five of these articles. Eleven studies collected information through face-to-face interviews, which were described as structured or semi-structured. Only three articles included 100% of participants diagnosed with schizophrenia or psychosis [26-28]. The remaining articles included between 53.33% [29] and 80% [30] of participants with these diagnoses. The studies involved a minimum of seven and a maximum of 60 participants. Studies by Areberg et al. [31] and Lexén et al.[32] included the same sample from an individual placement and support trial. More details can be found in Table 1.

Insert Table 1 about here

Thematic analysis

Developing skills

The need for acquiring and developing abilities was reported in six of the articles [26,28,31-33,35]. People with schizophrenia participating in these studies and interested in working emphasised that a job entailed implicit requirements at two levels: employees should work responsibly, independently and perform the required tasks; and they should have specific social skills, such as the ability to cooperate, converse with co-workers and adapt to social demands [32]. This suggests that beyond performing the required work activities, social skills, problem-solving abilities and better coping skills are needed to ensure employment success [28,32]. Furthermore, having knowledge, skills and education increases the chances of receiving support from an employment specialist and finding an employer [31].

People with schizophrenia also described useful contexts for skill learning. Two studies defined paid employment as a context that provides opportunities to develop job-related skills [35,36]. For Khalaf et al. [36], the continual provision of new circumstances makes the workplace an ideal context in which to acquire new experiences and competences. Similarly, daily contact and social interactions with co-workers increase the individual's sense of belonging and the possibility of building a social network. However, acquisition of work-related skills was not exclusive to the competitive work context. There were a variety of useful contexts for developing specific skills that increased employability, including part-time or volunteer employment, returning to school, or participating in a vocational programme [28,35].

Vocational intervention

Four of the articles [26,31,33,35] reported that support from an employment specialist was a critical resource for job acquisition. Two studies described specific facets of employment specialists that contributed to their effectiveness [31,34]. Participants in the study by Areberg et al. [31] noted that abilities such as the sensitivity to needs, a focus on solutions and an attitude that does not question individual experiences or dwell on difficulties were key to building positive relationships. Similarly, practical help in finding a job and a "neutral third party with whom participants could talk about their difficulties at work and search for solutions" (p315) made the job search more effective [34]. In fact, for some people, individual placement and support workers provided crucial assistance in times of instability due to the cyclical nature of their mental illness [33]. Despite these advantages, one study described that over-assistance could be a hindrance in work-related situations, as it could cause some people to doubt their own competence and diminish their self-confidence [26]. Moreover, given the limited support received by some participants with previous employment experiences in the private sector, it was concluded that the employment specialist should have a proper knowledge of companies in the area in order to support participants with different needs and preferences [31].

Three studies [26,32,33] identified the supported employment approach – particularly individual placement and support - as a useful form of intervention to help people to obtain competitive employment. An individual placement and support programme, the evidence-based model of supported employment, involves a rapid job search, eligibility focused on client preferences, ongoing follow-up with individualized support, and integration of mental health and employment services. These characteristics give people with schizophrenia the opportunity and support to access and perform a worker role, not only as a first job but also after several previous jobs, in the development of a career, and in the maintaining of a stable worker role [32]. However, some people with

schizophrenia in a study by Liu et al. [26] noted that supported employment was only a useful tool to remove barriers in the search for a job, whereas personal readiness and job-seeking effort were the key factors in obtaining employment.

Support and encouragement

Six studies described support and encouragement as important to employment success [28,31,33-35,37].

Supportive relationships with family, mental health professionals, employers and co-workers were sources of hope and encouragement, which enhanced the confidence to work and increased work-related skills. Participants who worked in a family business experienced a level of support and flexibility, and ongoing assistance that would have been hard to find elsewhere; however, these participants also noted that they needed to be willing to accept this support from family members [35]. Support and encouragement from health professionals were also essential to strengthening the confidence to work, especially when a trusting therapeutic relationship was established and when health professionals provided advice about mental health and gave ongoing support through fluctuations in participants' mental health. In fact, clinicians who had a good relationship with the participants were more likely to persuade them to accept help from services [37]. Furthermore, support provided by mental healthcare teams and welfare systems increased the participants' belief that finding employment was a realistic outcome [31].

Some intrinsic characteristics were also identified as sources of self-encouragement in two studies [27,34]. For participants engaged in competitive employment, the belief that they could succeed and an overall trust in themselves were the major factors that had helped them to find or maintain a job [27]. Similarly, confidence of others in their capabilities increased their self-confidence, providing a buffer against stress in the workplace. Thus, participants' readiness, effort toward job-seeking [26], and work-related self-efficacy [27] appear to be relevant aspects to understanding continuity in a particular job.

Supportive work environment

Two studies described a range of employer attitudes that influenced work integration [31,32]. Employers who provided feedback on work performance and adaptations in the workplace helped to foster connection and integration at work [31]. Similarly, employers perceived as being supportive, tolerant and friendly played an important role in creating a welcoming social environment in the workplace. By contrast, employers perceived as being demanding or controlling had a negative effect on participants' work performance [32].

An appropriate adjustment between job and worker and a flexible working schedule were identified as relevant requirements in four studies [29,30,33,35]. Ensuring person-job fit in terms of vocational interests, abilities, experiences and career goals [30,35] not only helped the worker feel connected to the workplace [35] but also increased job tenure [30]. Similarly, working a few hours a day rather than a whole day and working a few days a week rather than a whole week were identified as very helpful measures, with two particular advantages: participants were subjected to fewer demands than in full-time work but maintained access to social security and health care benefits [33]. Moreover, participants who were unemployed noted that part-time work was preferable because they could not envisage coping with full-time work [29]. Other important requirements were that employers made some time allowances at the start of employment and provided a structure with step-by-step instructions for carrying out the work, supervising and giving feedback about performance [32]. Specific characteristics of the job itself such as not involving overly challenging or repetitive tasks and receiving a stable and a reasonable salary also encouraged people to continue working [30].

Discussion

Access to employment is a central factor to psychosocial integration, contributing to health improvements, facilitating the organization of daily life [1,3] and increasing opportunities for recreation and socialization [5]. For people with schizophrenia, access to employment entails overcoming a series of obstacles and dealing with a series of needs, appropriate handling of which can improve not only the likelihood of getting a job but also the chances of remaining in employment.

This scoping study shows that the literature on employment support needs is scarce and was published between 1999 and 2017. The studies included were found in several journals in the fields of psychiatry and occupational therapy. High-income countries - Australia, Canada, Sweden, United Kingdom and United States - were the major contributors. Most studies reported qualitative research using a grounded-theory approach. Sample sizes varied across the studies and the proportion of participants diagnosed with schizophrenia and psychosis ranged from 33% to 80%. Four themes were identified in the thematic analysis, which broadly summarize the current knowledge and may serve to guide future research and evidence-based intervention designs.

The findings suggest that, in addition to job-specific abilities, there is an unmet need for training in practical abilities such as work-related social skills, coping skills and problem-solving skills among individuals with schizophrenia who want to work. This may be partially attributed to early illness onset, which hampers the

completion of formal education and preparation for employment. As a result, people with these conditions are likely to remain unemployed or have only brief and discontinuous employment experiences. These findings also suggest that people with schizophrenia face a major challenge in the workplace: establishing proper social relationships, which are essential to professional adaptation and integration. Indeed, the literature notes that employers focus on workers' social and emotional skills once their professional skills and qualifications have been assessed [38,39]. As such, finding employment is contingent on more than simply possessing the skills and competences to perform the functions of the desired role. Addressing social, emotional and coping abilities to enhance employment prospects, in addition to education and training, can help people with severe mental illness to gain the competitive work skills needed to move beyond entry-level employment [19].

Beyond these initiatives, it is evident that the brief job tenure of workers diagnosed with severe mental illness or schizophrenia continues to be a problem [14,40]. Consequently, a receptive and comprehensively trained employment specialist and an individual placement and support intervention were also identified as essential employment support needs [26,33,32]. Support from an employment specialist capable of building good relationships with employers and adopting a client-centered approach can not only improve employment rates [41] but also help people with mental health diagnoses to cope better with challenges in the workplace, thereby contributing to improved job tenure. Moreover, characteristics of individual placement and support as flexibility and accommodation for varying degrees of disability, an emphasis on finding a job that fits each individual's skills and experiences, and effective relationships between employment specialists and clients were key factors in facilitating access to employment [42]. Consequently, a combined vocational intervention comprising a model aimed at enhancing the employment rate and other interventions targeting the significant deficits associated with schizophrenia, such as neuro-cognitive therapy and job-related social skills training, appears to hold the key to addressing job acquisition and job tenure [14,43].

Different sources of support and encouragement were also described as resources for coping with working life and illness. For people who wanted to work, the encouragement and support of family, health professionals and employers increased their confidence in the value of employment as an important means of recovery. The ability of health professionals and welfare workers to provide individualized and flexible support was essential to empowering people to achieve their employment goals, particularly for those with restricted employment experiences. However, there is also evidence that health professionals and welfare systems play a contradictory role in job-seeking depending on resource availability. Support for job acquisition is difficult to attain when

consultation time is limited and integrated employment services are unavailable [44]. Moreover, the views of health professionals influence the type of support they provide and the work roles that they consider suitable for people with schizophrenia. Indeed, some health professionals consider that the most appropriate jobs are those that require low levels of technical skill and are not always offered on the open market [45]. Welfare systems provide benefits for many people with schizophrenia, yet this also makes them a barrier to employment, as many people who could work do not attempt to for fear of losing these benefits [18,42]. Also, the availability of adapted companies and social enterprises, or benefits such as free public transport for participants in sheltered employment programmes, can be considered obstacles to the pursuit of competitive employment [46].

At the healthcare level, incentives for recovery must go beyond treatment of symptoms to include as far as possible the appropriate intervention to enable people with severe mental illness to operate in the community. An intervention conceived in these terms offers several advantages to people with schizophrenia, such as increasing their chances of interacting with other people and putting into practice the social skills and problem-solving abilities needed to adapt to the workplace, as well as ensuring the support of patient organizations and associations. This scenario calls for health professionals with the training and willingness to treat employment and life in the community as relevant recovery goals. It also requires health professionals to be competent at developing strategies that enable individuals to envisage a vocation or personal future, and to provide extensive assistance in re-learning the nature of decision-making and the steps involved in goal-setting [20].

Consistent with the current literature [47,48], positive attitudes from employers were described as a decisive factor for connection and adaptation at work among people with schizophrenia. Employer attitudes clearly play a central role in the success of workplace inclusion, both in the extent to which people with disabilities are accepted in professional life and in the degree to which reasonable job accommodations are made. Those employers who report positive interactions with individuals with mental illness are more willing to hire a person with such a diagnosis [49]. Again, employers with experience of a diverse workforce find it easier to accommodate a person with a disability because they consider disability to be another form of diversity [47]. Employer attitudes can also influence the willingness to make reasonable job accommodations for staff with disabilities. In this study, similar to previous findings [48, 50], we found job accommodations needed to enhance the job tenure of people with schizophrenia, such as flexible work-schedule, modified training and supervision. Moreover, a proper fit between vocational interests, talents and job goals was reported as relevant not only to meeting the demands of the job itself but also to feeling competent and qualified, which boosts self-confidence.

In fact, there is evidence to suggest that achieving a proper job match for people with mental disorders who are working competitively and receiving employment support services is associated with higher job satisfaction and longer job tenure [19,39]. However, studies involving employers indicate that individuals with mental disability must overcome a series of barriers to employment deriving from concerns about their condition, potential job performance and ability to deal with money and confidential information [48]. Lack of knowledge and understanding among employers about the respective disability and what constitutes reasonable accommodation, and concerns over high accommodation costs and training time, are also barriers to employment [50]. Consequently, employment outcomes can be enhanced if employers have more accurate information about what is entailed in hiring individuals with mental health needs and if the rehabilitation community provide active support to employers with less experience and limited internal personnel resources [47].

Gaps and limitations

Although the literature included in this study has contributed to the knowledge base on employment support needs, certain gaps and limitations were identified. First, our aim was to explore current knowledge about the employment support needs of people diagnosed with schizophrenia. Given that there was no specific published literature on the topic, we mainly considered the needs or requirements identified by people who participated in individual placement and support programmes, which use a model intended to improve access to competitive employment. Therefore, the findings presented here must be interpreted within in a context where people received individualized and sustained support over time, which helped them to identify their interests and employment goals. Second, despite the broad approach used to identify potential studies, we only found articles in English, most of them from high-income countries, where there is extensive and widely documented experience of research in the field of vocational rehabilitation. Therefore, the trends and gaps identified in the literature can only be considered for the countries in question and are not representative of other contexts in which people present different needs in relation to the labour market, the welfare system and disability inclusion legislation. Third, consistent with scoping study methodology [23], we did not assess the quality of the literature included; nevertheless, this could hamper the detection of gaps in the literature, particularly when the quality of existing research is uncertain. Finally, given the dearth of studies in which all participants have been diagnosed with schizophrenia, we included studies of mixed samples with at least 50% of people with schizophrenia or psychosis. Despite the limitations, this examination of employment support needs identified certain factors that affect employment retention in people with schizophrenia.

Conclusions

It is clear that treatment for people with schizophrenia must target more than the simple alleviation of symptoms, enabling people to pursue a life plan that provides sufficient autonomy to maintain satisfactory occupational, recreational and emotional lives in the community. Employment support needs must be addressed for people with schizophrenia who wish to work, to tackle the barriers to job acquisition and the difficulties of remaining in employment. This requires an approach that targets - but is not restricted to - individuality and rehabilitation, stressing the importance of education to reduce stigma, amendments to existing legislation to facilitate job acquisition, and the adaptation of welfare systems to allow workers with serious mental illness continued access to social benefits. Future research should also address employment support needs from the perspective of all participants in the job acquisition process, from the jobseekers themselves to those who take the hiring decisions. This should provide answers to some of the questions regarding the poor job tenure of people with schizophrenia and provide the knowledge to design programmes through which the problem can be addressed.

Conflict of Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

References

- [1] Eklund M, Hermansson A, Håkansson C. Meaning in life for people with schizophrenia: Does it include occupation? *J Occup Sci.* 2012; 19(2): 93-105. doi: 10.1080/14427591.2011.605833
- [2] Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatr Rehabil J.* 2008; 32(1):59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62.
- [3] Krupa T. Employment, recovery, and schizophrenia: integrating health and disorder at work. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 28(1):8-15.
- [4] Saavedra J, López M, González S, Cubero R. Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Cult Med Psychiatry.* 2016; 40(3):507-532. doi: 10.1007/s11013-015-9481-4
- [5] Charzynsk K, Kucharska K, Mortimer A. Does employment promote the process of recovery from

- schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015; 28(3):407-418. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00341.
- [6] World Health Organization. The global burden of disease, 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [7] Harvey PD, Bellack AS. Toward a terminology of functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept? *Schizophr Bull*. 2009; 35(2):300-306. doi: 10.1093/schbul/sbn171.
- [8] Harvey PD, Heaton RK, Carpenter WT, Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophr Res*. 2012; 140(1-3):1-8. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.025.
- [9] Matthewson M, Langworthy J, Higgins D. Psychological predictors of vocational success for people with psychotic illness. *AJRC*. 2015; 21(1), 29-64. doi: 10.1017/jrc.2015.2.
- [10] Pachoud B, Plagnol A, Leplege A. Outcome, recovery and return to work in severe mental illnesses. *Disabil Rehabil*. 2010; 32:1043-1050. doi: 10.3109/09638281003775618.
- [11] Üçok A, Gorwood P, Karaday G; EGOFORS. Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORS Study. *Eur Psychiatry*. 2012; 27(6):422-5. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.01.014.
- [12] Rinaldi M, Perkins R, Glynn E, Montibeller T, Clenaghan M, Rutherford J. Individual placement and support: From research to practice. *Adv Psychiatr Treat*. 2008; 13:50-60. doi: 10.1192/apt.bp.107.003509.
- [13] Lim Y, Millington M, Mpofu E. The evidentiary basis for supported employment practice for workers with schizophrenia: A thematic analysis. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2014;17:93-113. doi: 10.1080/15487768.2013.877409
- [14] Carmona VR, Gómez-Benito J, Huedo-Medina TB, Rojo JE. Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trial. *Int J Occup Med Environ Health*. 2017; 30(3):345-366. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01074.
- [15] 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):515-523. doi: 10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69

-
- [16] Campbell K, Bond GR, Drake RE, McHugo G, Xie H. Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: a regression analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2010; 198(8):556-553. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181ea1e53
- [17] Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, et al. Predictors of employment and IPS effectiveness for people with severe mental illness: results of an international six-centre RCT. *Br J Psychiatry.* 2008; 192(3):224-231. doi: 10.1192/bjp.bp.107.041475
- [18] Bond GR, Drake RE. Making the case for IPS supported employment. *Adm Policy Ment Health.* 2014; 41(1):69-73. doi: 10.1007/s10488-012-0444-6
- [19] Henry AD, Lucca AM. Facilitators and barriers to employment: The perspectives of people with psychiatric disabilities and employment service providers. *Work.* 2004; 22:169-182.
- [20] Tse S, Yeats M. What helps people with bipolar affective disorder succeed in employment: A grounded theory approach. *Work.* 2002; 19: 47-62.
- [21] Auerbach ES, Richardson P. The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2005; 28(3):267-273.
- [22] Strauss, J. S. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophr Bull.* 1989; 15:179-187.
- [23] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8: 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- [24] Levac D, Colquhoun H, O'Brien K. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci.* 2010; 5:69. doi: 10.1186/1748-5908-5-69.
- [25] Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.; 2006.
- [26] Liu KW, Hollis V, Warren S, Williamson DL. Supported-employment program processes and outcomes: Experiences of people with schizophrenia. *Am J Occup Ther.* 2007; 61(5):543-554.
- [27] Gladman B, Waghorn G. Personal experiences of people with serious mental illness when seeking, obtaining and maintaining competitive employment in Queensland, Australia. *Work.* 2016; 53: 835-843. doi: 10.3233/WOR-162252.

- [28] Peckham J, Muller J. Employment and Schizophrenia: Recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 1999; 22(4), 399-402. doi: 10.1037/h0095210.
- [29] Marwaha S, Johnson S. Views and experiences of employment among people with psychosis: A qualitative descriptive study. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(4):302-316. doi: 10.1177/0020764005057386
- [30] Mak DC, Tsang HW, Cheung LC. Job termination among individuals with severe mental illness participating in a supported employment program. *Psychiatry*. 2006; 69(3), 239-248. doi: 10.1521/psyc.2006.69.3.239.
- [31] Areberg C, Björkman T, Bejerholm U. Experiences of the individual placement and support approach in persons with severe mental illness. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27(3):589-596. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01056.x.
- [32] Lexén A, Hofgren C, Bejerholm U. Reclaiming the worker role: Perceptions of people with mental illness participating in IPS. *Scand J Occup Ther*. 2013;20(1):54-63. doi: 10.3109/11038128.2012.693946.
- [33] Becker D, Whitley R, Bailey EL, Drake RE. Long-term employment trajectories among participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatr Serv*. 2007; 58(7):922-928. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.922
- [34] Besse C, Poremski D, Laliberté V, Latimer E. Changes in the nature and intensity of stress following employment among people with severe mental illness receiving individual placement and support services: an exploratory qualitative study. *J Ment Health*. 2017; 26(4):312-317. doi: 10.1080/09638237.2017.1294738.
- [35] Dunn EC, Wewiorski NJ, Rogers ES. A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry*. 2010; 80(2):185-194. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01022.x.
- [36] Khalaf M, Mohammadi F, Rassafiani M, Haghgoo H-A, Taherkhani H. The meaning of work in people with severe mental illness (SMI) in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. 2015; 15;29:179.
- [37] Nithsdale V, Davies J, Croucher P. Psychosis and the experience of employment. *J Occup Rehabil*. 2008; 18(2): 175-182. doi: 10.1007/s10926-008-9131-6.
- [38] Tsang HW, Angell B, Corrigan PW, Lee YT, Shi K, Lam CS, Fung, K.M. A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery. *Soc Psychiatry*

Psychiatr Epidemiol. 2007; 42(9):723-733. doi: 10.1007/s00127-007-0208-x

[39] Shankar J, Liu L, Nicholas D, Warren S, Lai D, Tan S, et al. Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *Sage Open*. 2014; 1-13. doi: 10.1177/2158244014547880

[40] Contreras N, Rossell SL, Castle DJ, Fossey E, Morgan D, Crosse C, et al. Enhancing work-focused support for people with severe mental illnesses in Australia. *Rehabil Res Pract*. 2002; 1-8. doi: 10.1155/2012/863203.

[41] Glover CM, Frounfelker RL. Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Ment Health J*. 2013;49(3):311-316. doi: 10.1007/s10597-011-9471-0.

[42] Taskila S, Steadman K, Gulliford G, Bevan SM. Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *J Vocat Rehabil*. 2014; 41(1):29-44. doi: 10.3233/JVR-140696.

[43] Tsang HW, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40(2):292-305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007.

[44] Crawley T, Fitzgerald N, Graham H. General practitioners' awareness and understanding of vocational rehabilitation in schizophrenia: A Tasmanian perspective. *J Vocat Rehabil*. 2007; 26(3), 189-196.

[45] Marwaha S, Balachandra S, Johnson S. (2009). Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44(5):349-60. doi: 10.1007/s00127-008-0447-5.

[46] 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;189:65-73. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012641.

[47] Gilbride D, Stensrud R, Vandergoot D, Golden K. Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities. *Rehabil Couns Bull*. 2003; 46(3):130-137.

[48] Biggs D, Hovey N, Tyson PJ, MacDonald S. Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *J Ment Health*. 2010;19(6):505-516. doi: 10.3109/09638237.2010.507683.

[49] Hand C, Tryssenaar J. Small business employers' views on hiring individuals with mental illness. *Psychiatr Rehabil J*. 2006;29(3):166-173.

[50] McDowell C, Fossey E. Workplace accommodations for people with mental illness: A scoping review. *J Occup Rehabil.* 2015;25(1):197-206. doi: 10.1007/s10926-014-9512-y.

[51] McCary K. The disability twist in diversity: Best practices for integrating people with disability into the workforce. *Diversity Factor.* 2005; 13(3): 16-22.

Table 1
Summary of articles included in the scoping study

Authors	Country	Approach	Sampling procedure	Data collection	Data analysis	Participants
Areberg et al. [31]	Sweden	Qualitative approach	Purposive sample from IPS trial	Interview	Qualitative content analysis inspired by Graneheim and Lundman	N = 17, 41.17% female, 64.71% schizophrenia diagnosis, 11.8% employed
Becker et al. [33]	United States	Mixed approach	Convenience sample from IPS trial	Semi-structured interview	Grounded theory: constant comparison though Glaser and Strauss method and descriptive and inferential statistical analysis	N = 38, 41.17% female, 49.2 mean age, 68.42% psychotic disorder diagnosis, 47.3% working competitively
Besse et al. [34]	Switzerland, Singapore, Canada	Qualitative approach	Convenience sample from IPS programme	Semi-structured interview	Grounded theory: constant comparison though Glaser and Strauss method	N = 16, 25% female, 39 mean age, 62.5% psychotic disorder diagnosis
Dunn et al. [35]	United States	Qualitative approach	Purposive sample (criterion-based and maximum variation sampling)	Semi-structured interview	Grounded theory: Strauss and Corbin method	N = 26, 30.4% female, 69.6% schizophrenia diagnosis, 19.2% working full-time
Gladman and Waghorn [27]	Australia	Qualitative approach	Purposive sample	Interview	Applied thematic analysis	N = 39, 41.02% female, 33.13 mean age, 100% psychotic disorder diagnosis
Khalaf et al. [36]	Iran	Qualitative approach	Purposive sample	Semi-structured interview	Qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman	N = 10, 20% female, 39.0 mean age, 60% schizophrenia diagnosis
Lexén et al. [32]	Sweden	Qualitative approach	Convenience sample from IPS trial	Semi-structured interview	Qualitative content analysis based on Graneheim and Lundman	N = 19, 42.1% female, 40 mean age, 63.16% schizophrenia diagnosis, 21.05% employed

Authors	Country	Approach	Sampling procedure	Data collection	Data analysis	Participants
Liu et al.[26]	Canada	Qualitative approach	Purposive sample based on criteria	Semi-structured interview	Groundedtheory: Strauss and Corbin method	N = 7, 57.14% female, 100% schizophrenia diagnosis, 57.14% employed
Mak et al.[30]	China	Quantitative study	Convenience sample from IPS programme	Chinese Job Termination Interview	Descriptive and inferential statistical analysis	N = 60, 66.67% female, 32.4 mean age, 80% schizophrenia diagnosis
Marwaha and Johnson [29]	United Kingdom	Qualitative approach	Purposive sample	Semi-structured interview	Thematic analysis	N = 15, 46.7% female, 53.33% schizophrenia diagnosis, 20% working competitively, 26.67% sheltered or voluntary employment
Nithsdale et al.[37]	United Kingdom	Qualitative study	Purposive sample	Interviews	Interpretative phenomenological analysis outlined by Smith	N = 8, 50% female, 42.13 mean age, 62.5% schizophrenia diagnosis, 37.5% working competitively
Peckham and Muller [28]	Australia	Qualitative approach	Not informed	Semi-structured interview	Thematic analysis	N = 7, 100% schizophrenia diagnosis

IPS: individual placement and support

Appendix

Employment support needs of people with schizophrenia: A scoping study

Journal of Occupational Rehabilitation

Viviana R. Carmona^a, Juana Gómez-Benito^{*a, b}, J. Emilio Rojo-Rodes^{c, d}

^aDepartment of Social Psychology and Quantitative Psychology, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^bInstitute of Neurosciences, University of Barcelona, Barcelona, Spain

^cHospital Benito Menni CASM, Sisters Hospitallers, Sant Boi de Llobregat, Spain

^dDepartment of Psychiatry, International University of Catalonia, Barcelona, Spain

* Address for correspondence: Juana Gómez-Benito, Departamento de Psicología social y Psicología cuantitativa, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, Passeig de la Vall d'Hebron 171, 08035-Barcelona (Spain). Phone +34 933125082, fax: +34 934021359; E-mail: juanagomez@ub.edu

Data collection

The following separate searches were performed:

1. Electronic databases were searched using Boolean operators. The search strategy was as follows:

Databases: PsycINFO

Data searched: August 26 2017

Search terms: ((Title: schiz* OR Title: psychotic OR Title: psychosis) OR (Title: severe mental illness) OR (Title: severe mental disorder) OR (Title: serious mental illness) OR (Title: serious mental disorder)) AND ((Title: employ* OR Title: occupation OR Title: job OR Title: work OR Title: placement)) AND ((Abstract: support OR Abstract: supports OR Abstract: need OR Abstract: needs))

Results: 158 documents

Database: Medline and Web of Science

Data searched: August 26 2017

Search terms: Title: ((schiz* OR psychotic OR psychosis OR (severe mental illness) OR (severe mental disorder) OR (serious mental illness) OR (serious mental disorder) AND Title: ((employ*) OR occupation OR job OR work OR placement)) AND Topic: ((support) OR supports OR need) OR needs)).

Result: 887 documents

Database: Scopus

Data searched: August 30 2017

Search terms: Title: ("schiz*" OR "psychotic" OR "psychosis" OR "severe mental illness" OR "severe mental disorder" OR "serious mental illness" OR "serious mental disorder") AND Title: ("employ*" OR "occupation" OR "job" OR "work" OR "placement") AND Abstract: ("support" OR "supports" OR "need" OR "needs").

Results: 254 records

Database: CINAHL

Data searched: December 30 2015

Search terms: Title: (((schiz* OR psychotic OR psychosis) OR (severe mental illness) OR (severe mental disorder) OR (serious mental illness) OR (serious mental disorder))) AND Title: (((employ* OR occupation OR job OR work OR placement))) AND Abstract: ((support OR supports OR need OR needs)).

Results: 126 documents

A list was created of 1425 potentially relevant documents retrieved from electronic databases: 126 from CINAHL, 422 from Medline, 158 from PsycINFO, 254 from Scopus and 465 from Web of Science. The removal of 586 duplicates gave a total of 839 abstracts, of which 783 did not meet the inclusion criteria. A total of 56 documents were retrieved from the database search.

2. We reviewed the reference lists of meta-analyses and review articles; 2 additional relevant papers were obtained.
3. Relevant journals, including *Cult Med Psychiatry*, *Int J Occup Med Environ Health*, *Int J Soc Psychiatry*, *J Ment Health*, *J Vocat Rehabil.*, *Psychiatr Q*, *Psychiatr Rehabil J*, *Psychiatry*, *Psychiatry Res*, *Scand J Caring Sci*, *Schizophr Res*, *Schizophr Res Treatment*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *Work*, *Work Occup* were individually searched online from June until August to increase confidence in the search. Searching these journals individually did not identify studies that were not found in the database search, indicating that the database search was sufficiently comprehensive.

Discusión

El acceso al empleo en personas con esquizofrenia es un tema ampliamente debatido con un auge especial en las últimas décadas. Las nuevas perspectivas de trabajo y las recientes conceptualizaciones de recuperación de la esquizofrenia han estimulado el debate, renovado la esperanza y desafiado a los proveedores de salud a adoptar una postura más optimista y, por ende, un abordaje que considere la integración laboral y social como aspectos relevantes de la recuperación. De esta manera la recuperación deja de ser un precursor necesario para el trabajo, más bien es el trabajo el que se configura como un hito importante en la recuperación de las personas que viven con psicosis (Secker, Membrey, Grove, & Seebohm, 2002), adquiriendo un rol decisivo no solo para la recuperación funcional, sino también para la recuperación clínica (Bond et al., 2001). La importancia del trabajo en el proceso de recuperación también se ha visto favorecida por los progresos en el ámbito de la rehabilitación vocacional, área de estudio orientada tanto a la propuesta de modelos de intervención para mejorar el acceso al empleo como a la identificación de predictores de resultados, es decir, una serie de variables tanto clínicas como demográficas que intentan predecir resultados de empleo en personas con trastorno mental severo (Rinaldi et al., 2008).

Considerando que los resultados obtenidos en esta tesis doctoral se discuten en cada estudio publicado, en este apartado se resumen y analizan los principales hallazgos en función de la literatura disponible y los objetivos planteados. También se abordan algunas limitaciones presentes y perspectivas de futuras investigaciones en el área.

La mayor concentración de estudios en el ámbito de la rehabilitación vocacional en trastorno mental severo se encuentra en Estados Unidos. Y es en Estados Unidos donde se gesta la mayor parte de las investigaciones que han permitido planificar e incentivar el ingreso de personas con discapacidad psiquiátrica al mundo laboral, desde la Casa Club y el Empleo

deTransición (Doyle et al., 2013) al Empleo con Apoyo y el trabajo competitivo (Wehman et al., 1987; Wehman, 1992). En el caso de España, si bien se han documentado experiencias en cuanto a modelos de rehabilitación vocacional, principalmente desde los años 90 en adelante con la emergencia del Empleo con Apoyo en el país, también es cierto que la limitada financiación de programas destinados a mejorar el empleo competitivo (Fioritti et al., 2014; Jordán de Urríes, & Verdugo, 2013), dependiendo de excedentes más que de financiamiento fijo, y la escasa o casi nula oferta de programas para personas con problemas de salud mental (OED, 2017) hacen difícil disponer de información actualizada acerca del acceso al empleo en personas con esquizofrenia en el país. Afortunadamente, la creación de los EAIA, como parte de los recursos del Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial en Tenerife, han permitido que el acceso al empleo competitivo también sea una posibilidad para personas con trastorno mental severo, dando como fruto uno de los pocos estudios en España que ponen a prueba la metodología IPS con una muestra importante de participantes con esquizofrenia (66.1%), reportando buenos resultados en cuanto a ingreso al mundo laboral y permanencia en el empleo (Rodríguez Pulido et al., 2017). Así mismo, la implementación del IPS en Cataluña como parte de un proyecto piloto, orientada también a la población con trastorno mental severo, permite visualizar un panorama más optimista en lo que respecta al acceso al empleo, principalmente en un mercado de trabajo marcado por la inestabilidad laboral y una alta tasa de desempleo. No obstante, el problema de desempleo en esta población no es algo nuevo y su solución requiere de un abordaje amplio que permita enfrentar los desafíos que supone acceder al mercado de trabajo.

Considerando que a la fecha no existía un estudio que identificara y evaluara distintos programas vocacionales en personas con esquizofrenia se diseñó y llevó a cabo el **estudio 1**. Este estudio se basó en una revisión exhaustiva de la literatura para identificar ensayos controlados aleatorizados que probaban la eficacia de distintos programas vocacionales en

personas con algún diagnóstico del espectro esquizofrenia. La mayor concentración de ensayos de rehabilitación vocacional también se localizó en Estados Unidos, con ausencia de estudios en España. Respondiendo al primer objetivo de este trabajo, se identificaron distintos modelos de intervención vocacional y estrategias de mejora de resultados de empleo de tipo competitivo y no competitivo (cualquier tipo de trabajo incluyendo empleo protegido, de transición, etc.). Desde la iniciativa desarrollada para favorecer la adquisición de un Empleo de Transición denominada Work Therapy, llevada a cabo en un entorno protegido de un centro médico (Bell, Milstein, & Lysaker, 1993; Bell, Lysaker, & Bryson, 2003; Bryson, Lysaker, & Bell, 2002), la adición de intervenciones cognitivo conductuales (Bell et al., 2003; Lysaker et al., 2005; Lysaker et al., 2009) y remediación cognitiva (Bell et al., 2001) para favorecer la permanencia en el empleo, hasta el reconocido programa de Empleo con Apoyo, junto con versiones mejoradas del mismo tales como el modelo ISE (Tsang et al., 2009) o bien la propuesta de Gold et al. (2006) combinando IPS y ACT.

El Empleo con Apoyo y su enfoque basado en la evidencia IPS constituyeron las alternativas más utilizadas en el campo de la rehabilitación vocacional y las que reportaron un tamaño del efecto más grande en cuanto a tasas de inserción laboral competitiva en personas con algún diagnóstico del espectro esquizofrenia. No obstante, no hubo evidencia de la eficacia de ninguna intervención en la tasa de empleo no competitiva, hallazgo ya discutido en el **estudio 1**. De esta manera se respondió al objetivo dos de esta tesis doctoral

En cuanto a la evidencia disponible para responder al tercer objetivo de la presente investigación, el análisis global de la variable permanencia del empleo indicó que las intervenciones vocacionales solo tenían efecto en las horas trabajadas en cualquier tipo de trabajo (ver **Tabla 4 estudio 1**), pero no cuando la variable fue medida según las semanas trabajadas. Además, en cuanto a la permanencia en un empleo competitivo, no se observó ningún efecto de la intervención y en el caso del Empleo con Apoyo tampoco hubo evidencia

de su eficacia, hallazgo coincidente con previos reportes de la literatura (Bond, 2004; Contreras et al., 2012; Lehman et al., 2002; Murphy et al., 2005). De manera similar, al realizar el análisis de subgrupos comparando Empleo con Apoyo frente a otros programas vocacionales llama la atención que intervenciones distintas al modelo señalado obtuvieran un tamaño del efecto mayor en la permanencia del empleo no competitiva (evaluada como horas trabajadas), superando incluso al análisis global que incluía todos los estudios que reportaban datos para la variable. Curiosamente, la mayoría de los estudios en este análisis consistieron en intervenciones combinadas, vale decir, una intervención vocacional proporcionada en conjunto con grupos de soporte (Bell et al., 2003; Bryson et al., 2002), remediación cognitiva (Bell et al., 2008b) o intervenciones derivadas de la terapia cognitivo-conductual (Lysaker et al., 2005; Lysaker et al., 2009). Este abordaje pudo determinar el efecto positivo de la intervención en la cantidad de horas que el grupo de intervención se mantuvo trabajando, ya que es sabido que la adición de otras intervenciones a un programa vocacional aumenta las posibilidades de mantener el puesto de trabajo en personas con esquizofrenia (Bell et al., 2001; Hogarty, & Greenwald, 2006; Tsang et al., 2009).

A fin de lograr una mejor comprensión del fracaso de algunos programas de intervención vocacional el interés investigativo también se ha focalizado en identificar variables predictoras de resultados de empleo. Entre estas variables destacan la sintomatología negativa, el funcionamiento neurocognitivo (McGurk et al., 2003; Tsang et al., 2010), la educación, la experiencia laboral previa y por consiguiente las habilidades relacionadas con el trabajo (Anthony, 1994; Killackey, 2008; Tsang et al., 2009). Es por esta razón y con el fin de responder al cuarto objetivo, en el **estudio 1** se llevó a cabo un análisis de variables moderadoras tanto para la adquisición como para la permanencia en el empleo, considerando características de los estudios (tamaño de muestra, calidad metodológica, duración del ensayo, etc.) y características de los participantes (edad, nivel educacional, interés en obtener un

empleo, etc.). En este análisis solo obtuvo significancia estadística la calidad metodológica, observándose que la intervención orientada a mejorar las horas de permanencia en cualquier tipo de trabajo tenía más probabilidad de ser efectiva en estudios de baja calidad. Esto da cuenta que la calidad con la cual los programas de intervención son implementados es clave al momento de determinar su eficacia. En efecto, gran parte de los estudios que conformaron este análisis presentaron problemas de calidad metodológica ya sea porque fallaron al incorporar estrategias de verificación colateral o self report, excluyeron del análisis los casos perdidos en el seguimiento, no utilizaron evaluadores ciegos a la asignación de los participantes, entre otras.

La calidad de la implementación de los estudios también es relevante a la hora de determinar los criterios que establecen cuándo se ha conseguido un puesto de trabajo mientras se participa en un programa de Empleo con Apoyo. La utilización de pautas como permanecer trabajando *al menos un día* (Burns et al., 2007; Howard et al., 2010; Rodríguez Pulido et al., 2017) o bien *al menos cinco días* (Macias et al., 2006) para definir como exitosa la adquisición de un empleo puede sobreestimar la eficacia del programa en el mejoramiento de la tasa de empleo competitiva y explicar en parte la breve permanencia en el trabajo reportada por varios estudios (Bond, Drake, Mueser, & Becker, 1997; Bond, & Kukla, 2011; Contreras et al., 2012; Lehman et al., 2002), ya que esta sería el resultado de la sumatoria de muchas personas trabajando por cortos períodos de tiempo. Al respecto, defensores del programa plantean que la corta duración de los ensayos de Empleo con Apoyo (18 meses como máximo) obstaculizan la captura de datos en cuanto a la permanencia real en un empleo determinado (Bond, & Kukla, 2011). Además, existiría un problema en la elección del indicador para valorar la permanencia, ya que el tiempo acumulado trabajado (en cualquier trabajo) sería un índice más significativo de éxito vocacional que la permanencia laboral en un solo trabajo, por tanto, el modelo no se orientaría a mejorar la permanencia en un trabajo

específico, sino lograr que la persona mantenga el rol de trabajador a largo plazo, tanto a través de uno o varios puestos laborales (Becker, & Drake, 2003). Este matiz agrega una cuota de esperanza en relación a la utilidad de un enfoque aplicado en un mercado laboral caracterizado por la alta inestabilidad y el empleo temporal como lo es el español. De igual forma, como se ha sugerido en esta discusión, existe un mayor reconocimiento de la necesidad de adicionar otras intervenciones para potenciar el efecto del Empleo con Apoyo en la retención laboral (McGurk et al., 2005; McGurk et al., 2015; Tsang et al., 2009), así como una mayor utilización de criterios de fidelidad al modelo, dada su estrecha vinculación con el logro y la permanencia en un empleo competitivo (Bond, 1998; Bond, & Kukla, 2011).

En cuanto a la adición de intervenciones coadyuvantes, en la literatura se han descrito dos aproximaciones que han acompañado al Empleo con Apoyo y particularmente al IPS, los programas de remediación cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales. Los programas de entrenamiento cognitivo son los que reúnen un importante cuerpo de evidencia en lo que respecta al fomento de la tasa de empleo en personas con trastorno mental severo (Chan et al., 2015). En efecto, a través de la conjunción remediación cognitiva-IPS es posible enfrentar los déficits cognitivos derivados de la enfermedad y las consecuencias de estos en la vida diaria, además de disponer de soporte ilimitado frente a problemas emergentes en un contexto altamente dinámico como lo es el entorno laboral. Desafortunadamente, todavía son escasos los estudios que combinen Empleo con Apoyo y remediación cognitiva e incluyan una proporción importante de participantes diagnosticados con esquizofrenia. Hasta el momento la evidencia disponible proviene de estudios con muestras pequeñas de participantes (Harris et al., 2017; McGurk et al., 2005; McGurk et al., 2015) e investigaciones que no adhieren completamente a los principios del Empleo con Apoyo/IPS, ya sea porque combinan metodología IPS con empleo de transición (Bell et al., 2008a; Tan, & King, 2013) o porque priorizan la intervención de remediación cognitiva por sobre la vocacional, quedando vacíos

en torno a características de los programas de empleo a los cuales son asignados los participantes y qué tipo de resultado de empleo (competitivo o no competitivo) se desea potenciar (Bell et al., 2018; Eack et al., 2011). Pese a estos inconvenientes, lo que está claro es que la remediación cognitiva potencia el logro de mejores resultados laborales cuando acompaña al Empleo con Apoyo (Harris et al., 2017; McGurk et al., 2005; McGurk et al., 2015), asociándose también con un mejor funcionamiento cognitivo y social, y una mejor expresión sintomática (Sato et al., 2014). En cuanto a su combinación con modelos vocacionales híbridos, es decir, aquellos programas que incluyen Empleo de Transición y Empleo con Apoyo, la remediación cognitiva también constituye una buena opción para el fomento de la retención de un puesto de trabajo (Bell et al., 2008b; Tan, & King, 2013).

El entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con el trabajo es otra área que ha recibido un creciente interés en los últimos años, ya que el manejo de situaciones sociales comunes en el contexto laboral tiene un efecto potencial sobre la permanencia en el empleo y, por ende, en la posibilidad de vivir una experiencia laboral más satisfactoria (Tsang, 2001). Hasta ahora, las iniciativas llevadas a cabo en personas con esquizofrenia también son escasas, no obstante, las perspectivas son alentadoras ya que investigaciones indican que incluir un programa de habilidades sociales al IPS potencia los efectos de este en términos de tasa de inserción laboral y retención del puesto trabajo (Tsang, et al., 2009; Zhang et al., 2017), a la vez que fomenta una menor rotación y una mayor satisfacción con el empleo (Wallace, & Tauber, 2004).

Con este panorama en mente, solo queda esperar los resultados de un ensayo que se desarrolla en Dinamarca, con 750 participantes diagnosticados con trastorno mental severo (Christensen et al., 2015). Este estudio sigue los pasos de una investigación conducida en China (Tsang, Bell, Cheung, Tam, & Yeung, 2016), incorporando tanto remediación cognitiva como entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con el trabajo. Las

ventajas de esta propuesta en comparación a estudios previos residen en el tamaño de la muestra y en la posibilidad de ver cómo opera un programa destinado a mejorar el empleo competitivo en un entorno con generosas propuestas desde la seguridad social.

En el debate de la adquisición y permanencia en el empleo no se debe descuidar que esta actividad se desarrolla en un entorno con ciertas características en cuanto a mercado laboral (por ejemplo tasa de empleo de la población general, presencia de empleo temporal), leyes sobre discapacidad que garantizan el acceso a determinados beneficios y, por supuesto, la imagen de la discapacidad psiquiátrica en el imaginario colectivo que incluye tanto a potenciales empleadores como compañeros de trabajo. En este complejo engranaje, existe un objeto de estudio prácticamente desconocido que se encuentra conformado por las experiencias de las personas con esquizofrenia que desean trabajar, incluso cuando la investigación sugiere que estas experiencias deben ser exploradas para obtener una mayor comprensión de las necesidades de estas personas (Auerbach, & Richardson, 2005; Strauss, 1989). Con el fin de responder a este vacío se llevó a cabo el **estudio 2**, una revisión exploratoria orientada a rastrear el conocimiento disponible en la literatura sobre necesidades de apoyo al empleo de las personas con esquizofrenia. Los resultados dieron cuenta de la escasez de investigaciones que aborden específicamente este tema, en consecuencia, los datos recopilados correspondieron mayoritariamente a experiencias de personas participando en un programa IPS. Estas experiencias configuraron cuatro áreas de necesidades emergentes: desarrollo de habilidades, intervención vocacional, apoyo e incentivo y un ambiente de trabajo amigable. Poniendo el primer ámbito en perspectiva, el *desarrollo de habilidades* es un tema coincidente con el trabajo que se ha desarrollado desde la rehabilitación vocacional y la propuesta de modelos mejorados para abordar dificultades en el ámbito de las habilidades sociales o la solución de problemas que interfieren con el rendimiento laboral. Para las personas con esquizofrenia las habilidades sociales, las habilidades para resolver problemas y

las habilidades de afrontamiento constituyeron elementos indispensables para garantizar el éxito en el trabajo (Lexén et al., 2013; Peckham, & Muller, 1999), puesto que permiten equilibrar en parte las falencias en cuanto a educación (Killackey, 2008) y las falencias en cuanto a habilidades laborales (Anthony, 1994). De hecho, son precisamente estas habilidades y su inadecuada gestión los elementos que pueden contribuir al término de la actividad laboral (Wallace et al., 1999). Por tanto, independiente de las bondades de la utilización de un paradigma de rehabilitación vocacional *place and then train*, para algunas personas con esquizofrenia disponer de experiencias que permitan desarrollar competencias para el empleo es un requisito primordial para ganar en autoconfianza. Es así como la realización de una actividad voluntaria, la participación en un empleo a tiempo parcial, retomar la educación o participar en un programa vocacional (Dunn et al., 2010; Peckham, & Muller, 1999) pueden ser actividades potencialmente útiles para estas personas.

Respecto al segundo tema emergente, *intervención vocacional*, este plantea la necesidad de contar con los servicios de un programa como el Empleo con Apoyo y particularmente el IPS, además del soporte de un especialista de empleo trabajando desde este enfoque, hallazgo en consonancia con lo reportando en el **estudio 1**, el cual define este tipo de intervención como el tratamiento de primera línea para el logro del empleo competitivo. No obstante, para algunos participantes el programa IPS solo cumple un rol en la reducción de la barreras de acceso al empleo, existiendo otras herramientas para mantenerse trabajando tales como el entusiasmo y la motivación personal (Liu, Hollis, Warren, & Williamson, 2007), el acceso a la educación y el soporte social (Baron, & Salzer, 2002; Mowbray, Bybee, & Collins, 2001). En cuanto al requerimiento de un especialista de la rehabilitación vocacional, la labor de este profesional configuró una pieza clave sobre todo si adoptaba un enfoque centrado en el cliente y sus necesidades y mantenía buenas relaciones con los empleadores (Glover, & Frounfelker, 2013). De hecho, es sabido que las variaciones significativas en el éxito vocacional de los

usuarios de programas vocacionales pueden explicarse en parte por las diferencias en las competencias de sus especialistas en rehabilitación vocacional (Corbière, Brouwers, Lanctôt, & van Weeghel, 2014). Por lo mismo, la capacidad de estos profesionales para lograr el adecuado equilibrio entre la asistencia requerida y el fomento de la autogestión es un aspecto a tener en cuenta para una relación de soporte a largo plazo.

También se ha documentado que las personas con discapacidades psiquiátricas generalmente experimentan algún grado de aislamiento social, posiblemente causado por los efectos de la enfermedad mental sobre la vida familiar y las amistades o simplemente por la falta de oportunidades sociales como resultado del desempleo (Murphy et al., 2005). Es así como la posibilidad de reconstruir redes de soporte que incluya a la familia, los amigos y los profesionales de la salud, se transforma en una herramienta básica que permite proporcionar apoyos vocacionales a largo plazo para mantener y aumentar la integración en el lugar de trabajo (Storey, 2003). En efecto, la tercera temática identificada en el **estudio 2**, *apoyo e incentivo*, mostró que para las personas con esquizofrenia las relaciones de soporte eran trascendentales al momento de plantearse como meta el empleo. Esto da cuenta que lograr un empleo no es producto exclusivo del acceso a determinados programas vocacionales. Es más, hallazgos en el ámbito sostienen que las redes sociales son fundamentales para los resultados de empleo en los participantes con discapacidades psiquiátricas en un programa vocacional (Shankar, & Collyer, 2002), ya que las personas con una red social, incluidos los contactos que tienen conocimiento de posibles opciones de empleo, tienen más posibilidades de encontrar un puesto de trabajo en menos tiempo que aquellas personas que no disponen de tales redes (Newman, 1999). En consecuencia, el empleo se configura como una meta que se inicia y desarrolla en el ámbito social y en esta conceptualización el contexto laboral también juega un rol importante en la medida que provea de experiencias positivas que faciliten la integración.

El último tema emergente del **estudio 2** refirió a la necesidad de disponer de un *entorno laboral amigable*. Este tema incluyó desde características específicas del puesto de trabajo hasta las actitudes del supervisor en relación con el empleado con esquizofrenia. Es así como se muestra que un horario de trabajo flexible y un puesto de trabajo ajustado a los intereses y habilidades del trabajador son algunos elementos que podrían favorecer la permanencia en el empleo, sobre todo si se dispone del apoyo de empleadores familiarizados con la enfermedad y suficientemente flexibles para hacer acomodaciones en el puesto de trabajo, además de brindar la guía y retroalimentación al desempeño. Desafortunadamente, estos requerimientos suponen un desafío enorme, más aún cuando existe evidencia señalando que los empleadores no están informados sobre enfermedades como la esquizofrenia, por tanto, muchos creen que la condición es permanente o que la persona tiene una personalidad dividida que conduce al estereotipo de que la persona es impredecible y peligrosa (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer, & Rowlands, 2000; Foster, 2006). Así mismo, cuando los empleadores no reconocen el rol del entorno de trabajo en la creación o perpetuación de la enfermedad, atribuyéndola únicamente a factores personales, la carga de la adaptación recae exclusivamente en el trabajador. Esto exime a los empleadores de la responsabilidad de hacer cambios, a la vez que dificulta el acceso a los recursos y el apoyo de la organización cuando se enfrentan al desafío de acomodar a personas con enfermedad mental (Shankar et al., 2014). Por tanto, disponer y disponerse a recibir apoyo es importante como herramienta para abordar con éxito el reto de emplear a una persona con discapacidad psiquiátrica, sobre todo si se trata de empleadores con escasa experiencia en la contratación de personas con problemas de salud mental (Gilbride et al., 2003).

En vista de los hallazgos aquí discutidos y pese al exhaustivo trabajo de la rehabilitación vocacional en el abordaje del desempleo en personas con trastorno mental severo, todavía existe un elemento escasamente estudiado en este ámbito del saber y que tiene un peso

considerable en el buen funcionamiento de la persona en el lugar de trabajo y la permanencia en el empleo, esto es: el estigma. Es así como la persona con discapacidad se mantiene dividida en tres frentes: haciéndose cargo de las consecuencias de la enfermedad y la medicación en el desempeño diario, de las tareas propias de su puesto de trabajo y, además, del estigma y la discriminación derivada de los estereotipos, los prejuicios y las falsas creencias en torno a la enfermedad mental tanto del contexto laboral como de la sociedad en general. Al respecto, una revisión exploratoria (Krupa, Kirsh, Cockburn, & Gewurtz, 2009) ha argumentado que la suposición de incompetencia, la suposición de peligrosidad e imprevisibilidad, la creencia de que el trastorno mental no es una enfermedad legítima y que trabajar no es saludable para personas con este diagnóstico, y la suposición de que el empleo de estos individuos representa un acto de caridad contribuyen a la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales en el contexto laboral. Por tanto, obtener y mantener un empleo bajo estas circunstancias se transforma en una lucha constante en donde el entrenamiento en habilidades recibido, la provisión de soporte al empleo y la participación en un programa vocacional pierden la batalla frente a una sociedad que no está entregando garantías de inclusión pese a la superación de numerosos requisitos de *normalización* de parte del individuo con enfermedad mental. En el caso de España, los desafíos del acceso a un empleo competitivo son mayores, dado tanto por la crisis económica y el descenso general de la tasa de empleo de la población como por la escasa disponibilidad de recursos económicos y plazas para acceder a programas de Empleo con Apoyo en personas con trastorno mental severo. Además, la mayoría de las ofertas anuales considera todo tipo de discapacidades, sin oportunidades financieras específicas para programas de salud mental. De igual forma, con contadas excepciones, estos servicios disponen de escasa o nula evaluación externa sistemática que permita valorar en qué medida se implementan las prácticas basadas en la evidencia descritas para el modelo IPS (OED, 2017).

Tomando como referencia esta realidad y aunque el ideal sigue siendo una actividad laboral en el mercado competitivo de empleo, parece necesario disponer de alternativas graduadas; incluyendo las actividades voluntarias, el trabajo supervisado y la educación para el empleo; que permitan una mejor adaptación a la variabilidad del colectivo con esquizofrenia (Boardman, Grove, Perkins, & Shepherd, 2003; Reker, Hornung, Schonauer, & Eikelmann, 2000). Una alternativa en España son las Empresas Sociales, las cuales según López (2010) reúnen las ventajas del Empleo Protegido y del Empleo con Apoyo, puesto que se que caracterizan por proporcionar adaptaciones laborales, apoyo de supervisores y mayor tolerancia a las diferentes tasas de aprendizaje de sus trabajadores con discapacidad (Kirsh, Krupa, Cockburn, & Gewurtz, 2006; Warner, & Mandiberg, 2006), a la vez compiten en el mercado proporcionando un producto o servicio necesario. En general las Empresas Sociales reportan buenos resultados en Europa en países adscritos al modelo de Estado de bienestar, sin embargo, estos hallazgos no disponen de comprobaciones experimentales (López, 2010). En el caso de España estas empresas adquieren mayoritariamente un rol de CEE, con importantes restricciones legales para obtener subvenciones, como por ejemplo un mínimo de 70% de trabajadores con discapacidad (Laloma, 2007), exigencia que limita la integración entre personas con y sin discapacidad e incluso puede dificultar el logro de la productividad necesaria para mantener la sostenibilidad de la empresa en el mercado.

Finalmente, una parte importante de personas diagnosticadas con algún trastorno mental severo reconoce que le gustaría acceder a un puesto de trabajo, pero solo una minoría se implica activamente en la búsqueda (Marwaha, & Johnson 2005). Esto podría explicarse por la sintomatología negativa de la esquizofrenia, el miedo a la recaída, el miedo al fracaso y la baja autoestima. No obstante, esta baja motivación también puede ser explicada desde el miedo a la posible pérdida de beneficios sociales y los efectos del estigma y su internalización

(Saavedra, López, Gonzáles, & Cubero, 2016). Esto invita a reflexionar en el rol que desempeñan los profesionales de la salud en el desempleo de la población con problemas de salud mental. Se ha informado que estos profesionales tienden a sobreestimar los efectos negativos del estrés y manifestar bajas expectativas en cuanto a actividades y tareas laborales que es capaz de desempeñar una persona con psicosis (Marwaha et al., 2009). Una alternativa para lidiar con el miedo al fracaso y el estrés lo constituye un trabajo a tiempo parcial, sin embargo, esta posibilidad también se ve limitada por la posible pérdida de beneficios y la dificultad para recuperarlos si el intento no tiene éxito, lo cual constituye un factor limitante adicional que demanda una mayor atención en el rol que desempeñan los sistemas de bienestar en el acceso al empleo.

En cuanto a las limitaciones, si bien estas han sido descritas en los artículos publicados, es necesario resaltar algunos aspectos. Este trabajo requiere de precauciones al momento de contextualizar los hallazgos, ya que estos proceden de investigaciones realizadas en países de habla inglesa, principalmente Estados Unidos, caracterizado por un sistema económico y de bienestar social distinto al europeo, por tanto cabe preguntarse qué efecto podría tener una intervención destinada a mejorar el empleo competitivo en un entorno donde existe un descenso general de la tasa de empleo de la población producto de la crisis económica y predominan las alternativas protegidas en cuanto a número de entidades y subvenciones recibidas. Respecto a limitaciones específicas del **estudio 1** se ha de tener en cuenta que en el análisis de variables moderadoras, y dada la ausencia de datos suficientes reportados por los estudios individuales, no se logró evaluar el efecto potencial de la medicación sobre los resultados de empleo, influencia necesaria de considerar dado el rol que tiene la medicación antipsicótica en el déficit motivacional, la vida diaria y el empleo. De manera similar, destacar que la evaluación de la calidad metodológica de los ensayos incluidos solo consideró la puntuación global obtenida, pero no se llevó a cabo un análisis ítem por ítem, el cual habría

permitido identificar qué aspectos específicos de la calidad de los estudios estaban incidiendo en los efectos de la intervención vocacional sobre los resultados de empleo. Finalmente, como limitación del **estudio 2**, la metodología para conducir revisiones exploratorias sugiere como etapa opcional la realización de consultas a usuarios y profesionales de un determinado ámbito, con el objetivo de lograr una comprensión más contextualizada y contrastada de los hallazgos (Arksey, & O'Malley, 2005). Esta consulta no fue posible de realizar y constituye uno de los pendientes de este quehacer investigativo.

Futuras investigaciones debieran abordar las limitaciones aquí señaladas, comenzando por profundizar en las necesidades de soporte al empleo presentes en personas con esquizofrenia en España y valorar de qué manera el actual modelo de bienestar español, el mercado de trabajo y la disponibilidad de determinados programas vocacionales influyen en la definición de estas. También es importante indagar en cómo el estigma y la discriminación repercuten en la permanencia en el empleo, poniendo a la vista que las intervenciones vocacionales rehabilitadoras solo solucionan parte del problema, pero no tienen efecto sobre el contexto laboral y social en general que es donde se desarrolla la actividad laboral. También se requiere atender a la influencia del tratamiento farmacológico y sus efectos colaterales en la motivación para llevar a cabo actividades de la vida diaria, incluido el empleo. En cuanto al diseño de estudios para valorar la eficacia de distintos programas vocacionales, sería importante la incluir la valoración de los participantes de estos ensayos, para definir si sus motivaciones, intereses y criterios de éxito se ajustan a los definidos por los investigadores. Además, un análisis más riguroso de la calidad metodológica de los estudios daría más luces respecto a cómo la implementación influye en los resultados de empleo logrados.

Conclusiones e Implicaciones

La esquizofrenia es considerada una enfermedad mental con alto nivel de discapacidad en múltiples dominios de la vida diaria incluyendo el empleo. Los esfuerzos de la rehabilitación vocacional para hacer frente al problema del desempleo en esta población han sido enormes y han posibilitado los actuales debates en torno a la efectividad de distintos modelos de rehabilitación, la asociación entre empleo y salud mental y, por supuesto, la plena asunción que la actividad laboral es un derecho ciudadano de las personas con discapacidad. En este campo del saber, sin embargo, no existía un estudio que valorara la eficacia de distintos programas e intervenciones vocacionales en personas con diagnóstico del espectro esquizofrenia. El **estudio 1** cubrió este vacío y aportó nueva evidencia para las intervenciones de Empleo con Apoyo como herramientas útiles en la adquisición de un empleo competitivo, pero dejó de manifiesto que la permanencia en el puesto de trabajo es todavía una tarea pendiente. Abordajes que combinaron un programa vocacional e intervenciones que atendieron déficits cognitivos y creencias disfuncionales, y que además proporcionaron grupos de soporte tuvieron un efecto significativo en la cantidad de horas trabajadas en cualquier empleo, mostrando la relevancia de estas intervenciones en la permanencia en cualquier tipo de trabajo.

El **estudio 2** también pretendió llenar un vacío de conocimiento, pasando el foco de atención desde el modelo vocacional hacia las vivencias y necesidades de las personas con esquizofrenia que desean trabajar, reportando que la atención recibida en este ámbito del saber es escasa y localizada en países de habla inglesa de altos ingresos. Los hallazgos informaron de cuatro ámbitos de necesidades de soporte al empleo que incluyeron y a la vez trascendieron el ámbito de intervención individual, incluyendo la necesidad de soporte de

actores relevantes como la familia, los profesionales de la salud y los empleadores para, de esta manera, considerar que obtener un empleo era un objetivo posible de lograr.

En vista de estos resultados y considerando que gran parte de la responsabilidad para lograr la inserción laboral recae sobre el individuo que desea trabajar, quien debe ser *rehabilitado* o *normalizado* para ser rentable. Y que pese a este esfuerzo, dicha *normalización* no entrega garantías de aceptación en una sociedad con importantes mitos y estereotipos en cuanto enfermedad mental, se plantea que las actuales apuestas del modelo rehabilitador son necesarias pero no suficientes para garantizar la plena integración laboral de las personas con esquizofrenia.

Se requiere un cambio de paradigma que traslade la responsabilidad de la integración del individuo en rehabilitación hacia la sociedad en su conjunto, incentivando a que esta se informe, eduque y disponga positivamente para recibir y hacer partícipes a aquellas que cuentan con un diagnóstico de salud mental.

Una mirada a tener en cuenta lo constituye el Modelo Social de Discapacidad que considera que las causas que la originan son eminentemente sociales, por tanto, los problemas en cuanto a integración derivan de las limitaciones de la sociedad para prestar los servicios adecuados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean consideradas. La adopción de este supuesto trae consigo repercusiones en cuanto a focos de atención de la discapacidad, porque las soluciones ya no serán individuales, sino que dirigidas hacia una sociedad que permita hacer frente a las necesidades de todas las personas (Palacios, 2008). Esta línea de trabajo agrega una cuota de esperanza en la posibilidad de diseñar estrategias de intervención que reconozcan las desventajas y obstáculos a los cuales se enfrenta una persona con discapacidad en una sociedad concebida para la persona promedio.

En base a lo expuesto, esta investigación pretende estimular el debate en torno a los progresos de la rehabilitación vocacional en las intervenciones dirigidas a fomentar el acceso al empleo ordinario. Pese al problema no resuelto de la retención del puesto de trabajo, en la actualidad la mejor alternativa la constituye el Empleo con Apoyo y su modelo basado en la evidencia IPS. No obstante, este marco de trabajo no distribuye equilibradamente las responsabilidades para lograr la integración laboral, siendo el individuo quien debe cumplir una serie de requisitos normalizadores para encajar en una sociedad que tiene dificultades para brindar espacios y oportunidades a todos sus miembros.

Así mismo, se ha de tener en cuenta que también existe una variabilidad de intereses y requerimientos en el colectivo con diagnóstico de esquizofrenia y que estos intereses no necesariamente se ligan al desarrollo de una actividad en el mercado abierto de trabajo, principalmente si los puestos disponibles se reducen a cargos de escasa preparación y habilidad técnica, y que además son temporales, características que dificultan el escalar posiciones y desarrollar una carrera laboral. Por ende, el foco de atención debiera ampliarse e incluir la identificación de ocupaciones significativas para las personas con esquizofrenia, ya que estar involucrado en este tipo de actividades ordena las rutinas y otorga sentido a la vida (Eklund et al., 2012).

Referencias

- Addington, J., & Addington D., & Maticka-Tyndale, E. (1991). Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5(2), 123-134.
- Aleman, A., Kahn, R.S., & Selten, J.-P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60(6), 565-571.
- American Psychiatric Association APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5° ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Anthony, W. (1994). Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 3-13.
- Arksey, H., O'Malley L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1),19-32. doi:10.1080/1364557032 00011 9616.
- Auerbach, E. S., & Richardson, P. (2005). The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(3), 267-273.
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J.M., & Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and Public Health*. Geneva: World Health Organization.

-
- Baron, R.C. & Salzer, M.S. (2002). Accounting for unemployment among people with mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 20, 585-599.
- Baxter, A. J., Patton, G., Scott, K. M., Degenhardt, L., & Whiteford, H. A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? *PLoS One*, 8(6), e65514. doi: 10.1371/journal.pone.0065514.
- Beard, J. H., Propst, R. N., & Malamud, T. J. (1982). Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-53.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1993). *A working life: The individual placement and support (IPS) program*. New Hampshire: Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (2003). *A working life for people with severe mental illness*. New York: Oxford University Press.
- Becker, D. R., Drake, R. E., Bond, G. R., Xie, H., Dain, B. J., & Harrison, K. (1998). Job terminations among persons with severe mental illness participating in supported employment. *Community Mental Health Journal*, 34(1), 71–82.
- Becker, D., Drake, R., Farabaugh, A., & Bond, G. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual placement and support in Sweden-A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 57-66. doi: 10.3109/08039488.2014.929739.

- Bell, M., Bryson, G., Greig, T., Corcoran, C., & Wexler, B. E. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Archives of General Psychiatry*, *58*(8), 763-768.
- Bell, M. D., Lysaker, P. H., & Bryson, G. (2003). A behavioral intervention to improve work performance in schizophrenia: Work behavior inventory feedback. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *18*(1), 43-50.
- Bell, M. D., Laws, H., Pittman, B. & Johannesen, J. K. (2018). Comparison of focused cognitive training and portable “braingames” on functional outcomes for vocational rehabilitation participants. *Scientific Reports*, *8*, 1779. doi:10.1038/s41598-018-20094-w.
- Bell, M.D., Lysaker, P.H., & Milstein, R.M. (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(1), 51-67.
- Bell, M., D., Milstein, R. M., & Lysaker, P. H. (1993). Pay as incentive in work participation by patients with severe mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, *44*(7), 684-686. doi: 10.1176/ps.44.7.684.
- Bell, M., Zito, W., Greig, T., & Wexler, B.E. (2008a). Neurocognitive enhancement therapy and competitive employment in schizophrenia: Effects on clients with poor community functioning. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *11*, 109-122.
- Bell, M.D., Zito, W., Greig, T., & Wexler, B.E. (2008b). Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: Work outcomes at two-year follow-up. *Schizophrenia Research*, *105*(1-3), 18-29. doi: 10.1016/j.schres.2008.06.026.

- Bellamy, G. T., Rhodes, L. E., Bourbeau, P. E., & Mank, D. M. (1986). Mental retardation services in sheltered workshops and day activities programs: Consumer benefits and policy alternatives. En F. R. Rusch (Ed.), *Competitive Employment: Issues and Strategies* (pp. 257-271). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bellver, F., Moll, B., Roselló, R., & Serra, F. (1993). El Empleo con Apoyo, un recurso eficaz para la inserción sociolaboral de personas con minusvalía. Una experiencia en la isla de Mallorca. *Siglo Cero*, *nº 147*, *24*(3), 15-24.
- Ben-Yishay, Y., Piasetsky, E. B., & Rattok, J. (1985). A systematic method for ameliorating disorders in basic attention. En M. J. Meir, A. L. Benton, & L. Diller (Eds.), *Neuropsychological rehabilitation* (pp. 165-181). New York: Guilford.
- Bevan, S., Gulliford, J., Steadman, K., Taskila, T., Thomas, R., & Moise, A. (2013). *Working with schizophrenia: Pathways to employment, recovery & inclusion*. Lancaster: The Work Foundation.
- Biggs, D., Hovey, N., Tyson, P.J., & MacDonald, S. (2010). Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *Journal of Mental Health*, *19*(6), 505-516. doi: 10.3109/09638 237.2010.507683.
- Blanchard, J. J., & Cohen, A. S. (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 238-245. doi: 10.1093/schbul/sbj013.
- Boardman, J., Grove, B., Perkins, R., & Shepherd G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 467-468.

- Bobes, J., Iglesias, C., García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Jiménez, L., Pelayo-Terán, J. M.,... Sáiz, P. (2013). Evolución de la prevalencia administrativa de los trastornos mentales durante 13 años en Asturias (norte de España). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6, 60-66. doi: 10.1016/j.rpsm.2012.10.002.
- Bond, G. R., & Kukla, M. (2011). Is job tenure brief in Individual Placement and Support (IPS) employment programs? *Psychiatric Services*, 62(8), 950-953.
- Bond, G. R. (1998). Principles of individual placement and support model: empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R. (2004). Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 345-359.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240-242. doi: 10.1002/wps.20234.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Becker, D. R., & Mueser, K. T. (1999). Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. *Journal of Disability Policy Studies*, 10(1), 18-52.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 335-346.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V. V., & Haines, M. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 968-982.

- Bond, G.R., Becker, D.R., Drake, R.E. & Vogler, K.M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 40*, 265-284.
- Bond, G.R., Resnick, S.G., Drake, R.E., Xie, H., McHugo, G.J., & Bebout, R.R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 489-501.
- Bouwman, C., de Sonnevile, C., Mulder, C. L., & Hakkaart-van Roijen, L. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11*, 2125-2142.
- Bowie, C.R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2*(4) 531-536.
- Boycott, N., Schneider, J., & McMurrin, M. (2012). Additional interventions to enhance the effectiveness of Individual Placement and Support: A rapid evidence assessment. *Rehabilitation Research and Practice, 1-8*. doi: 10.1155/2012/382420
- Bracy, O. (1994). CogRehab [computer software]. Indianapolis, IN: Psychological Software Services Inc.
- Bracy, O. (1995). CogRehab [computer software]. Indianapolis, IN: Psychological Software Services Inc.
- Bryson, G., Lysaker, P., & Bell, M. (2002). Quality of life benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 28*(2), 249-257.
- Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S., & Castle, D.J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 83-402. doi: 10.1093/schbul/sbn135.

- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M.,... Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61516-5
- Burns, T., Catty, J., White, S., Becker, T., Koletsi, M., Fioritti, A.,... Lauber, C. (2009). 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.
- Bush, P., Drake, R., Xie, H., McHugo, G., & Haslett, W. (2009). The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 60(8), 1024-1031.
- Campbell, K., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2011). Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 370-380.
- Canals, G. & Domènech, M. (1991). *Proyecto AURA. Una experiencia de integración laboral de jóvenes con síndrome de Down*. Barcelona: Ediciones Milán.
- Cárdenas, V., Abel, S., Bowie, C. R., Tiznado, D., Depp, C. A., Patterson, T. L.,... Mausbach, B.T. (2013). When functional capacity and real-world functioning converge: the role of self-efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 908-916. doi: 10.1093/schbul/sbs004.
- Caspi, A., Reichenberg, A., Weiser, M., Rabinowitz, J., Kaplan, Z., Knobler, H.,... Davidson, M. (2003). Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. *Schizophrenia Research*, 65, 87-94.

- Cechnicki, A., Angermeyer, M., & Bielńska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*, 643-650. doi: 10.1007/s00127-010-0230-2
- CET Training (2005-2017). Cognitive Enhancement Therapy. Pittsburgh, EU: CET Training, LLC. Recuperado de <http://www.cognitiveenhancementtherapy.com/>
- Chan, J. Y., Hirai, H. W. & Tsoi, K. K. (2015). Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, *68*, 293-300. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.05.010.
- Chieh-Hsin, L., Chieh-Liang, H., Yue-Cune, Ch., Po-Wei, Ch., Chun-Yuan, L., Guochuan, T. & Hsien-Yuan, L. (2013). Clinical symptoms, mainly negative symptoms, mediate the influence of neurocognition and social cognition on functional outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *146*, 231-237. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.009.
- Chong, H.Y., Teoh, S.L., Wu, D.B., Kotirum, S., Chiou, C.F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *12*, 357-373. doi: 10.2147/NDT.S96649.
- Christensen, T. N. (2007). The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: a systematic review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *11*(2), 89-101.
- Christensen, T. N., Nielsen, I. G., Stenager, E., Morthorst, B. R., Lindschou, J., Nordentoft, M., & Eplöv, L. F. (2015). Individual Placement and Support supplemented with cognitive remediation and work-related social skills training in Denmark: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *16*, 280. doi: 10.1186/s13063-015-0792-0

- Clavain, R., & Serra, F. (2013). *Informe contrataciones empleo con apoyo 2012*. Madrid, España: Asociación Española de Empleo con Apoyo - AESE
- Consejo Económico y Social (1995). *Informe nº 5. Sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad y propuestas para su reactivación*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Contreras, N., Rossell, S.L., Castle, D. J., Fossey, E., Morgan, D., Crosse, C., & Harvey, C. (2012). Enhancing work-focused support for people with severe mental illnesses in Australia. *Rehabilitation Research and Practice*, 1-8. doi: 10.1155/2012/86320 3.
- Corbière, M., Brouwers, E., Lanctôt, N., & van Weeghel, J. (2014). Employment specialist competencies for supported employment programs. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 484-497. doi: 10.1007/s10926-013-9482-5.
- Couture, S. M., Penn, D. L., & Roberts, D. L. (2006). The functional significance of social cognition in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 44-63.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Crowther, R. E., Marshall, M. G., Bond, R. & Huxley, P. (2001). Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British Medical Journal*, 322, (7280), 204-208.
- Davis, L.W., Lysaker, P.H., Lancaster, R.S., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2005). The Indianapolis Vocational Intervention Program: a cognitive behavioral approach to addressing rehabilitation issues in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(1), 35-46.

- Dean, K., & Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 69-80.
- Departament de Comunicació de la Obra Social la Caixa. (2013). Neix un projecte pioner per facilitar llocs de treball amb suport a persones amb trastorn mental a Catalunya [Comunicado de Prensa]. Recuperado de https://premsa.lacaixa.es/obrasocial/proyecto-llocs-de-treball-amb-suport-persones-amb-trastorn-mental-generalitat-catalunya-obra-social-la-caixa-cat_816-c-18470_.html
- Díaz-Cruz, F., Bethencourt, J.M., & Peñate, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la Isla de Tenerife. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 90, 3081-3099.
- Dickinson, D., Bellack, A. S. & Gold, J. M. (2007). Social/communication skills, cognition and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1213-1220.
- Dieterich, M., Irving, C. B., Park, B., & Marshall, M. (2010). Intensive case management for people with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(10), CD007906. doi: 10.1002/14651858.CD007906.
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack, A. S., Bennet, M., Dickinson, D. Goldberg, R. W.,... Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 Schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115.
- Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K. J. (2013). *Fountain House: Creating community in mental health practice*. New York: Columbia University Press

- 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., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: Vocational outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 391-399.
- Drake, R.E., Xie, H., Bond, G.R., McHugo, G.J., & Caton, C.L. (2013). Early psychosis and employment. *Schizophrenia Research, 146*, 111-117.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N.J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 59-62. doi: 10.2975/32.1.2008.59.62
- Dunn, E.C., Wewiorski, N.J., & Rogers, E.S. (2010). A qualitative investigation of individual and contextual factors associated with vocational recovery among people with serious mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*(2), 185-194. doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01022 .x.
- Eack, S. M., Hogarty, G. E., Greenwald, D. P., Hogarty, S. S., & Keshavan, M. S. (2011). Effects of cognitive enhancement therapy on employment outcomes in early schizophrenia: Results from a 2-year randomized trial. *Research on Social Work Practice, 21*(1), 32-42. doi: 10.1177/1049731509355812.
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in life for people with schizophrenia: does it include occupation? *Journal of Occupational Science, 19*(2), 93-105. doi: 10.1080/14427591.2011.60583 3.

- Ekman, M., Granstrom, O., Omerov, S., Jacob, J., & Landen, M. (2013). The societal cost of schizophrenia in Sweden. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *16*, 13-25.
- Elkhazen, C., Chauchot, F., Canceil, O., Krebs, M-O., & Baylé, F-J. (2003). Prodromal Symptoms of Schizophrenia. *L'Encéphale*, *29*(6), 469-477.
- Erickson, M., Jaafari, N., & Lysaker, P. (2011). Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, *189*, 161-165. doi: 10.1016/j.psychres.2011.06.019
- Evans, M., Lopes, I., Katsouda, C. Diepeveen, A., Fleming, M., Haddock, M.,... Haltunen, H. (2005). *European Union of Supported Employment Information Booklet & Quality Standards*. Belfast: European Union of Supported Employment.
- Evensen, S., Wisløff, T., Lystad, J. U., Bull, H., Ueland, T., & Falkum, E. (2015). Prevalence, employment rate, and cost of schizophrenia in a high-income welfare society: A population-based study using comprehensive health and welfare registers. *Schizophrenia Bulletin*, *42*(2), 476-483. doi: 10.1093/schbul/sbv141.
- Evers, S.M., & Ament, A.J. (1995). Cost of schizophrenia in the Netherlands. *Schizophrenia Bulletin*, *21*(1), 141-153.
- Fioritti, A., Burns, T., Hilarion, P., van Weeghel, J., Cappa, C., Suñol, R., & Otto, E. (2014). Individual Placement and Support in Europe. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *37*(2), 123-128. doi: 10.1037/prj0000065.
- Fletcher, P. C., & Frith, C. D. (2008). Perceiving is believing: a Bayesian approach to explaining the positive symptoms of schizophrenia. *Nature Reviews. Neuroscience*, *10*(1), 48-58. doi: 10.1038/nrn2536.

- Foster, J. L. H. (2006). Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 16*, 285-300.
- Foussias, G., & Remington, G. (2010). Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin, 36*, 359-369. doi: 10.1093/schbul/sbn094.
- Gilbride, D., Stensrud, R., Vandergoot, D., & Golden, K. (2003). Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*(3), 130-137.
- Glover, C. M., & Frounfelker, R. L. (2013). Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Mental Health Journal, 49*(3), 311-316. doi: 10.1007/s10597-011-9471-0.
- Gold, P.B., Meisler, N., Santos, A.B., Carnemolla, M.A., Williams, O.H., & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 32*(2), 378-95. doi: 10.1093/schbul/sbi056.
- González, G. P., Moscoso, N. S., & Lago, F. P. (2018). A Review of clinical and economic evaluations applied to psychotropic therapies used in the treatment of schizophrenia in Argentina. *Pharmacoeconomics- open, 2*, 233-239. doi: 10.1007/s41669-017-0058-8
- Greig, T., Zito, W., & Bell, M. D. (2004). A Hybrid Transitional and Supported Employment Program. *Psychiatric Services, 55*(3), 240-242.
- Hampson, M., Hicks, R., & Watt, B. (2016). Understanding the employment barriers and support needs of people living with psychosis. *The Qualitative Report, 21*(5), 870-886

- Haro, J. M., Edgell, E. T., Novick, D., Alonso, J., Kennedy, L., Jones, P. B.,... Breier A. (2005). Effectiveness of antipsychotic treatment for schizophrenia: 6-month results of the Pan-European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *111*(3), 220-231. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00450.x.
- Harris, A. W., Kosic, T., Xu, J., Walker, C., Gye, W., & Redoblado Hodge, A. (2017). Web-based cognitive remediation improves Supported Employment Outcomes in severe mental illness: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, *4*(3), e30. doi: 10.2196/mental.6982.
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J.,... Wiersma D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, *178*, 506-117.
- Harvey, P.D., Sabbag, S., Prestia, D., Durand, D., Twamley, E.W., & Patterson, T.L. (2012). Functional milestones and clinician ratings of everyday functioning in people with schizophrenia: Overlap between milestones and specificity of ratings. *Journal of Psychiatric Research*, *46*(12), 1546-1552. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.08.018.
- Heffernan, J., & Pilkington, P. (2011). Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *Journal of Mental Health*, *20*(4), 368-380.
- Helle, S., & Gråwe, R. (2007). Employment and social benefit among persons with schizophrenia in Norway. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, *44*, 1358-1362.

- Hogarty, G. E., & Greenwald, D. P. (2006). *Cognitive Enhancement Therapy: The Training Manual*. Pittsburgh, Pennsylvania: University of Pittsburgh Medical Center. Recuperado de <http://www.cognitiveenhancementtherapy.com/manual/>
- Honkonen, T., Stengard, E., Virtanen, M., & Salokangas, R. K. (2007). Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 372-380.
- Howard, L.M., Heslin, M., Leese, M., McCrone, P., Rice, C., Jarrett M.,... Thornicroft, G. (2010). Supported employment: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(5), 404-411. doi: 10.1192/bjp.bp.108.061465.
- Jablensky, A. (1997). The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *28*(2-3), 111-125.
- Jordán de Urríes, F. B. & Verdugo, M. A. (2013). Open employment in Spain. Why have we still not taken the decisive step? *Journal of Vocational Rehabilitation*, *37*, 147-154. doi: 10.3233/JVR-2012-0609
- Jordán de Urríes, F. B., & Verdugo, M. A. (2001). El empleo con apoyo en España. Una realidad consolidada. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida* (pp. 521-536). Salamanca: Amarú Ediciones
- Jordán de Urríes, F. B., Verdugo, M. A., & Vicent, C. (2005). *Análisis de la evolución del Empleo con Apoyo en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Real Patronato sobre Discapacidad
- Kalkstein, S., Hurford, I., & Gur, R.C. (2010). Neurocognition in schizophrenia. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, *4*, 373-390.

- Keefe, R.S., & Harvey, P.D. (2012). Cognitive impairment in schizophrenia. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 213, 11-37. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2.
- Keefe, R.S.E., Bilder, R.M., Harvey, P.D., Davis, S.M., Palmer, B.W., Gold, J.M.,... Lieberman, J.A. (2006). Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. *Neuropsychopharmacology*, 31, 2033-2046.
- Khalaf, M., Mohammadi, F., Rassafiani, M., Haghgoo, H. A., & Taherkhani, H. (2015) The meaning of work in people with severe mental illness (SMI) in Iran. *The Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29(1), 179.
- Killackey, E. (2008). Something for everyone: Employment interventions in psychotic illness. *Acta Neuropsychiatrica*, 20(5), 277-279. doi: 10.1111/j.1601-5215.2008.00327.x.
- Killackey, E. J., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 114-120.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M.,... Kingdon, D. (2013). Supported employment for adults with severe mental illness. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9, CD008297.
- Kirsh, B., Krupa, T., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2006). Work initiatives for persons with severe mental illnesses in Canada: A decade of development. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 173-191.
- Knapp, M. (1997). Costs of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 509-518.

- Koatz, D., Hilarión, P., Bonet, P., & Suñol, R. (2016). Integrated care for mental health social inclusion through job placement: Implementing IPS in Spain. *International Journal of Integrated Care*, 16(6), 1-8. doi: 10.5334/ijic.2755.
- Kozma, C., Dirani, R., Canuso, C., & Mao, L. C. (2011). Change in employment status over 52 weeks in patients with schizophrenia: an observational study. *Current Medical Research and Opinion*, 27, 327-333.
- Krupa, T., Kirsh, B., Cockburn, L., & Gewurtz, R. (2009). Understanding the stigma of mental illness in employment. *Work: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 33, 413-425.
- Kukla, M., Bond, G. R., & Xie, H. (2012). A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(3), 214-222. doi: 10.1097/NMD.0b013e318247cb29.
- Laloma M. (2007). *Empleo protegido en España. Análisis de la normativa legal y logros alcanzados*. Madrid: Cinca.
- Lancaster, R. S. (2004). *Predicting work performance in schizophrenia: The role of clinical symptoms, neurocognition, emotion perception and coping*. West Lafayette, Indiana: Purdue University.
- Latimer, E. A., Lecomte, T., Becker, D. R., Drake, R. E., Duclos, I., Piat, M.,... Xie, H. (2006). Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 65-73. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012641

- Lehman, A. F., Goldberg, R. W., Dixon, L. B., McNary, S., Postrado, L., Hackman, A., & McDonnell, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 165-172.
- Lehman, A.F., Lieberman, J.A., Dixon, L.B., McGlashan, T.H., Miller, A.L., Perkins, D.O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *161*(2), 1-56.
- Leifker, F.R., Bowie, C.R., & Harvey, P.D. (2009). Determinants of everyday outcomes in schizophrenia: the influences of cognitive impairment, functional capacity, and symptoms. *Schizophrenia Research*, *115*(1), 82-87. doi: 10.1016/j.schres.2009.09.004.
- Leung, W.W., Bowie, C.R., & Harvey, P.D. (2008). Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *14*, 479-488.
- Levaux, N., & Danion, J. M. (2011). Impact des déficits cognitifs dans les activités de la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques* *169*, 171-174. doi: 10.1016/j.amp.2011.02.003.
- Lewis, D. A. (2012). Cortical circuit dysfunction and cognitive deficits in schizophrenia – implications for preemptive interventions. *European Journal of Neuroscience*, *35*, 1871-1878. doi:10.1111/j.1460-9568.2012.08156.x
- Lexén, A., Hofgren, C., & Bejerholm, U. (2013). Reclaiming the worker role: perceptions of people with mental illness participating in IPS. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *20*(1), 54-63. doi: 10.3109/11038 128.2012.69394 6.

- Ley 13/1982. Ley de Integración Social de los Minusválidos. Publicada en el Boletín Oficial del Estado N° 103, del 30 de abril de 1982. España.
- Liberman, R. P., Wallace, C. J. & Hassell, J. (2004). Predicting readiness and responsiveness to skills training: The Micro-Module Learning Test. *Psychiatric Services*, 55, 764-766.
- Link, B., & Cullen, F.T. (1986). Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 289-303.
- Liu, K. W., Hollis, V., Warren, S., & Williamson, D. L. (2007). Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(5), 543-554.
- López Álvarez, M., Laviana Cueto, M., Alvarez Jiménez, F., González Alvarez, S., Fernández Doménech, M., & Vera Peláez, M. P. (2007). 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, 2849-2883.
- López, M. (2010). El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. *Revista Norte de Salud Mental*, 36, 11-23.
- Lysaker, P.H., Bond, G., Davis, L.W., Bryson, G.J., & Bell, M.D. (2005). Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia: effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(5), 673-682.
- Lysaker, P.H., Davis, L.W., Bryson, & G.J., Bell, M.D. (2009). Effects of cognitive behavioral therapy on work outcomes in vocational rehabilitation for participants with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 186-191.

- Macias, C., Jackson, R., Schroeder, C., & Wang, Q. (1999). What is a clubhouse? Report on the ICCD 1996 survey of USA clubhouses. *Community Mental Health Journal*, 35, 181-190.
- Macias, C., Kinney, R., & Rodican, C. (1995). Transitional employment: An evaluative description of Fountain House practice. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 151-157.
- Macias, C., Propst, R. N., Rodican, C., & Boyd, J. (2001). Strategic planning for ICCD clubhouse implementation: Development of the clubhouse research and evaluation screening survey (CRESS). *Mental Health Services Research*, 3, 155-167.
- Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W.A., Jones, D.R., Barreira, P.J., & Wang Q. (2006). Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatric Services*, 57(10), 1406-1415. doi:10.1176/ps.2006.57.10.1406.
- Mangalore, R., & Knapp, M. (2007). Cost of schizophrenia in England. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10, 23-41.
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S.,... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported Employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(1), 16-23. doi: 10.1176/appi.ps.201300262.
- Marwaha, S., Balachandra, S., & Johnson, S. (2009). Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 349-360. doi: 10.1007/s00127-008-0447-5.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2005). Views and experiences of employment among people with psychosis: a qualitative descriptive study. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(4), 302-316. doi: 10.1177/0020764005057386.

- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M.C., Brugha, T.,... Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry*, *191*(1), 30-37.
- Mata, I., Beperet, M., & Madoz, V. (2000) Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *23*, 29-36.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 67-76.
- McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2004). Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: A review and heuristic model. *Schizophrenia Research*, *70*, 147-173.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., & Pascaris, A. (2005). Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(4), 898-909. doi: 10.1093/schbul/sbi037.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Covell, N. H., Cicerone, K. D., Drake, R. E., Silverstein, S. M.,...Essock, S. M. (2013). Mental health system funding of cognitive enhancement interventions for schizophrenia: Summary and update of the New York Office of Mental Health Expert Panel and Stakeholder Meeting. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *36*(3), 133-145. doi: 10.1037/prj0000020.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Harvey, P. D., LaPuglia, R. & Marder, J. (2003). Cognitive and symptom predictors of work outcomes of clients with schizophrenia in supported employment. *Psychiatric Services*, *54*, 1129-1135.

- McGurk, S. R., Mueser, K. T., DeRosa, T. J., & Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, *35*(2), 319-335. doi: 10.1093/schbul/sbn182.
- McGurk, S. R., Mueser, K. T., Xie, H., Welsh, J., Kaiser, S., Drake, R. E.,... McHugo, G. J. (2015). Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to Supported Employment: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *172*(9), 852-861. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.14030374
- McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the Clubhouse Model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health*, *45*(1), 28-47. doi: 10.1007/s10488-016- 0760-3.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., & Vaglum, P. (2000). Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatric Services*, *51*, 223-228.
- Mervis, J. E., Fiszdon, J. M., Lysaker, P. H., Nienow, T. M., Mathews, L., Wardwell, P.,... Choi, J. (2017). Effects of the Indianapolis Vocational Intervention Program (IVIP) on defeatist beliefs, work motivation, and work outcomes in serious mental illness. *Schizophrenia Research*, *182*, 129-134. doi: 10.1016/j.schres.2016.10.036.
- Messinger, J. W., Trémeau, F., Antonius, D., Mendelsohn, E., Prudent, V., Stanford, A. D., & Malaspina, D. (2011). Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: implications for DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical Psychology Review*, *31*, 161-168. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.002.
- Michon, H. W., van Vugt, M., Stant, D. A., van Vugt, M. D., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2014). Effectiveness of Individual Placement and Support for people with severe mental

- illness in the Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 129-136.
- Ministerio de Asuntos Sociales (1995). *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 1995-2000* [Anteproyecto]. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.J., Killackey, E., Glozier, N.,... Harvey, SB. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. doi: 10.1192/bjp.bp.115.165092.
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS One*, 13(4), e0195687. doi: 10.1371/journal.pone.0195687.
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Navas-Campaña, D., García-Herrera, J.M., Angona, P., Martín, C., & Rivas, F. (2016). Prevalence of schizophrenia and related disorders in Malaga (Spain): results using multiple clinical databases. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 38-48. doi: 10.1017/S2045796014000614.
- Mowbray, C.T., Bybee, D., & Collins, M.E. (2001). Follow-up client satisfaction in a supported education program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 237-247.
- Mueser, K. T., Aalto, S., Becker, D. R., Ogden, J. S., Wolfe, R. S., Schiavo, D.,... Xie, H. (2005). The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatric Services*, 56(10), 1254-1260. doi: 10.1176/appi.ps.56.10.1254
- Mueser, K. T., Clark, R. E., Haines, M., Drake, R. E., McHugo, G. J., Bond, G. R., . . . Swain, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental

- illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479-490.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., & Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411-417.
- Murphy, A. A., Mullen, M. G., & Spagnolo, A. B. (2005). Enhancing Individual Placement and Support: Promoting job tenure by integrating natural supports and supported education. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 37-61.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P. A., & deVries, M. W. (2000). Schizophrenia patients are more emotionally active than is assumed based on their behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 847-854. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033499.
- Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*, 105, 95-104. doi: 10.1016/j.schres.2008.06.015.
- National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults* [National Clinical Guideline Number 178]. London: National Institute for Health and Care Excellence
- Newman, K.S. (1999). *No shame in my game: The working poor in the inner city*. New York: Knopf-Sage.
- Observatorio Estatal de la Discapacidad. (2017). *Realidad, situación, dimensión y tendencias del empleo con apoyo en España en el horizonte del año 2020*. Madrid: Observatorio Estatal de la Discapacidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Osuna-Guerrero, R., Montejo-González, A.L., & Duque-González. (2006). The cost of schizophrenia in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 7(3), 179-184. doi: 10.1007/s10198-006-0350-5
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca
- Peckham, J., & Muller, J. (1999). Employment and schizophrenia: recommendations to improve employability for individuals with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 399-402. doi: 10.1037/h0095 210.
- Perkins, D., Raines, J., Tschopp, M., & Warner, T. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 45, 158-162. doi: 10.1007/s10597-008-9158-3
- Perona, S., Gallach, S., Vallina, O., & Santolaya, F., (2004). *Tratamientos psicológicos y recursos utilizados en la esquizofrenia: Guía breve para profesionales y familiares*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8, 24.
- Priebe, S., Warner, R., Hubschmid, T., Eckle, I. (1998). Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*, 24(3), 469-477.

- Ramsay, C., Broussard, B., Goulding, S., Cristofaro, S., Hall, D., Kaslow, N.,... Compton, M. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Research, 189*, 344-348. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.039.
- Real Decreto 334/1985, de ordenación de la Educación Especial. Publicado en el Boletín Oficial del Estado N° 65, del 16 de marzo de 1985. España.
- Real Decreto 870/2007, de 2 de julio, por el que se regula el programa de empleo con apoyo como medida de fomento de empleo de personas con discapacidad en el mercado ordinario de trabajo. Publicado en el Boletín Oficial del Estado N° 168, del 14 de julio de 2007. España.
- Reichenberg, A., Harvey, P.D., Bowie, C.R., Mojtabai, R., Rabinowitz, J., Heaton, R.K., & Bromet, E., (2009). Neuropsychological function and dysfunction in schizophrenia and psychotic affective disorders. *Schizophrenia Bulletin, 35*, 1022-1029.
- Reker, T., & Eikelman, B. (1997). Work therapy for schizophrenic patients: results 3 years perspective study in Germany. *Nervenarzt, 69*(3), 210-218
- Reker, T., Hornung, W. P., Schonauer, K., & Eikelmann, B. (2000). Long-term psychiatric patients in vocational rehabilitation programmes: a naturalistic follow-up study over 3 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 457-463.
- Rinaldi, M., Perkins, R., Glynn, E., Montibeller, T., Clenaghan, M., & Rutherford, J. (2008). Individual placement and support: from research to practice. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(1), 50-60. doi: 10.1192/apt.bp.107.00350 9.
- Rodríguez Pulido, F., Caballero Estebaranz, N., González Dávila, E., Tallo Aldana, E., Hernández Álvarez de Sotomayor, M. C., Vílchez de León, P. I., & López Reig, S. (2011).

- Nuestros resultados en el logro del empleo ordinario. En F. Rodríguez Pulido (Ed.), *La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave*, (pp. 87-96). Tenerife: Cabildo de Tenerife, Sociedad Insular para la promoción de las personas con discapacidad.
- Rodríguez Pulido, F., Caballero Estebaranz, N., Tallo Aldana, E., Hernández Álvarez de Sotomayor, M. C., Vilchez de León, P. I. & López Reig, S. (2011). El desarrollo en Tenerife de los Equipos de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE). En F. Rodríguez Pulido (Ed.), *La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave* (pp. 77-85). Tenerife: Cabildo de Tenerife, Sociedad Insular para la promoción de las personas con discapacidad.
- Rodríguez Pulido, F., Caballero Estebaranz, N., Tallo Aldana, E., Méndez Abad, M. E., Hernández Álvarez-Sotomayor, C., López Reig, S.,... González-Dávila, E. (2017). Efectividad de una estrategia de apoyo individualizado al empleo para personas con trastornos mentales graves. *Gaceta sanitaria*. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.05.007.
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D.,... Lieberman, J. (2006). Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163(3):411-417.
- Rössler, W., Salize, H.J., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Rouillon, F., Dansette, G.Y., & Le Floch, C. (1994). Therapeutic management of schizophrenic patients and its cost. *L'Encéphale*, 20(3), 303-309.

- Rüesch, P., Graf, J., Meyer, P., Rössler, W., & Hell, D. (2004). Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 686-694. doi: 10.1007/s00127-004-0812-y
- Saavedra, J., López, M., González, S., & Cubero, R. (2016). Does employment promote recovery? Meanings from work experience in people diagnosed with serious mental illness. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *40*(3), 507-532. doi: 10.1007/s11013-015-9481-4.
- Rupp, A., & Keith, S.J. (1993). The costs of schizophrenia -assessing the burden. *Psychiatric Clinics of North America*, *16*, 413- 423.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, *64*, 1123-1131.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, *2*(5), e141. doi: 10.1371/journal.pmed.0020141
- Salkever, D. S., Karakus, M. C., Slade, E. P., Harding, C. M., Hough, R. L., Rosenheck, R. A.,... Yamada, A. M. (2007). Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Services*, *58*(3), 315-324. doi: 10.1176/ps.2007.58.3.315
- Salokangas, R.K., & McGlashan, T.H. (2008). Early detection and intervention of psychosis. A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(2), 92-105.
- Sartory, G., Zorn, C., Groetzinger, G., & Windgassen, K. (2005). Computerized cognitive remediation improves verbal learning and processing speed in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *75*, 219-223.

- Sato, S., Iwata, K., Furukawa, S., Matsuda, Y., Hatsuse, N., & Ikebuchi, E. (2014). The effects of the combination of cognitive training and supported employment on improving clinical and working outcomes for people with schizophrenia in Japan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10, 8-27. doi: 10.2174/1745017901410010018.
- Schennach, R., Musil, R., Moller, H-J., & Riedel, M. (2012). Functional outcomes in schizophrenia: employment status as a metric of treatment outcome. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 229-236. doi: 10.1007/s11920-012-0261-3
- Schultz, S.H., North, S. W., & Shields, C. G. (2007). Schizophrenia: A review. *American Family Physician*, 75(12), 1821-1829.
- Scientific Learning Corporation. (2003). Scientific Learning and Fast ForWord. Canada: Scientific Learning Corporation. Recuperado de <https://www.scilearn.com/products>
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B., & Seebohm, P. (2002) Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental problems for employment support services. *Disability and Society*, 17(4), 403-418.
- Seeman, M.V. (2008). Gender. En K.T. Mueser & D.V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 575-580). New York: The Guilford Press.
- Sergi, M. J., Kern, R. S., Mintz, J. & Green, M. F. (2005). Learning potential and the prediction of work skill acquisition in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 67- 72.
- Shankar, J. & Collyer, F. (2002). Support needs of people with mental illness in six European centers. *Psychological Medicine*, 30, 1155-1167.
- Shankar, J., Liu, L., Nicholas, D., Warren, S., Lai, D., Tan, S.,... Sears, A. (2014).

- Employers' perspectives on hiring and accommodating workers with mental illness. *Sage Open*, 4(3), 1-13. doi: 10.1177/21582 44014 54788 0.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). An alternative to mental health treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Storey, K. (2003). A review of research on natural support interventions in the workplace for people with disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 79-84.
- Strauss, J. S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 179-187.
- Sunol Sala, R., Koatz, D., Bonet i Dalmau, P., & Hilarion Madariaga. (2017). Mental health social inclusion through job placement: Implementing IPS in Spain. *International Journal for Quality in Health Care*, 29, 60-60. doi: 10.1093/intqhc/mzx125.97
- Tan, B. L. (2009). Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(4), 220-228. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00759.x.
- Tan, B. L., & King, R. (2013). The effects of cognitive remediation on functional outcomes among people with schizophrenia: a randomised controlled study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(11), 1068-1080.
- Tandberg, M., Sundet, K., Andreassen, O.A., Melle, I., & Ueland, T. (2013). Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: investigating subgroups based on social security status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 863-874.

- Test, M. A., & Stein, L. I. (1976). Practice guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal, 12*, 72-82.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A.,... Vazquez-Barquero, J. (2004). The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophrenia Research, 69*, (2-3), 125-132.
- Tsang, H. W. (2001). Applying social skills training in the context of vocational rehabilitation for people with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 90-98.
- Tsang, H. W. H. (2003). Augmenting vocational outcomes of supported employment by social skills training. *Journal of Rehabilitation, 69*(3), 25-30.
- Tsang, H. W. H., Bell, M. D., Cheung, V., Tam, K. L., & Yeung, W. S. (2016). Integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia. *Hong Kong Med Journal, 22*, 15-18
- Tsang, H. W. H., & Pearson, V. (1996). A conceptual framework on work-related social skills for psychiatric rehabilitation. *Journal of Rehabilitation, 62*(3), 61-67.
- Tsang, H. W. H., & Pearson, V. (2001). A work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 139-148.
- Tsang, H. W., Chan, A., Wong, A., & Liberman, R. P. (2009). Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 292-305.

- Tsang, H.W., Leung, A.Y., Chung, R.C., Bell, M., & Cheung, W. M. (2010). Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(6), 495-504. doi: 10.3109/00048671003785716.
- Twamley, E. W., Vella, L., Burton, C. Z., Becker, D. R., Bell, M. D., & Jeste, D. V. (2012). The efficacy of supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 135, 100-104.
- Twamley, E.W., Jeste, D.V., & Lehman, A.F. (2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and metaanalysis of randomized controlled trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 515- 523.
- Üçok, A., Gorwood, P., & Karaday, G. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*, 27(6), 422-425. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.01.014.
- Verdugo, M. A., Jordán de Urrías, F. B., & Bellver, F. (1998). Situación actual del empleo con apoyo en España. *Siglo Cero n° 175*, 29(1), 23-31.
- Vogel, R., Bell, V., Blumenthal, S., Neumann, N.U., & Schuttler, R. (1989). Work and psychiatric illness: the significance of the posthospitalisation occupational environment for the course of psychiatric illness. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 213-219.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F.,... Zipkin, B. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis

- for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1211-1259. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2.
- Waghorn, G. R., Dias, S., Gladman, B., Harris, M., & Saha, S. (2014). A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 6,424-436.
- Waghorn, G., Chant, D., Lloyd, C., & Harris, M.G. (2009). Labour market conditions, labour force activity and prevalence of psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44,171-178.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., & Whiteford, H. (2004). Delineating disability, labour force participation, and employment restrictions among persons with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 279-288.
- Wallace, C., & Tauber, R. (2004). Supplementing Supported Employment with workplace skills training. *Psychiatric Services*, 55(5), 513-515. doi: 10.1176/appi.ps.55.5.513
- Wallace, C., Tauber, R., & Wilde, J. (1999). Teaching fundamental workplace skills to persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1147-1153.
- Warner, R., & Mandiberg, J. (2006). An update on affirmative businesses or social firms for people with mental illness. *Psychiatric Services*, 57(10), 1488-1492.
- Wehman, P. (1992). *Life beyond the classroom. Transition strategies for young people with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Wehman, P., Moon, S., Everson, J. M., Wood, W. & Barcus, J. J. (1987). *Transition from school to work. New challenges for youth with severe disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.

- Wehman, P., Sale, P., & Parent, W. (1992). *Supported employment. Strategies for integration of workers with disabilities*. Boston: Andover Medical Publishers.
- Wildgust, H. J., Hodgson, R., & Beary, M. (2010). The paradox of premature mortality in schizophrenia: new research questions. *Journal of Psychopharmacology*, *24*(4), 9-15. doi: 10.1177/1359786810382149.
- Wong, K. K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., & Chiu, S. N. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric Services*, *59*, 84-90.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, *168*(5), 472-485.
- Young, K. A. (2001). Working toward recovery in New Hampshire: A study of modernized vocational rehabilitation from the viewpoint of the consumer. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *24*, 355-367.
- Zhang, G. F., Tsui, C. M., Lu, A. J. B., Yu, L. B., Tsang, H. W. H., & Li, D. (2017). Integrated Supported Employment for people with schizophrenia in Mainland China: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, *71*(6), 7106165020p1-7106165020p8. doi: 10.5014/ajot.2017.024802.