

# Relación entre empleo y bienestar emocional en personas con trastorno mental grave

Relationship between employment and emotional state in people with severe mental disorder

OCTAVIO FINOL<sup>a</sup>, ANTONIO PERDIGÓN<sup>a</sup>, VANESA LÓPEZ<sup>a</sup>, SONIA CARRALÓN<sup>a</sup>, DAVID FRAGUAS<sup>b</sup>

*a) Fundación Manantial, Madrid.*

*b) Centro de Salud Mental Centro, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.*

*Correspondencia: Octavio Finol (ofinol@fundacionmanantial.org)*

Recibido: 18/12/2020; aceptado con modificaciones: 21/09/2021

**Resumen:** Las personas con un diagnóstico de trastorno mental grave (TMG) tienen tasas de desempleo notablemente superiores a las de la población general. Esto se asocia con mayor riesgo de exclusión social y de marginalidad, y favorece la cronicidad de las dificultades personales y sociales. Este estudio observacional pretende evaluar la relación entre el empleo y el estado emocional subjetivo en personas con TMG. El estudio incluyó 744 participantes (304 con TMG usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial, 168 personas con TMG con empleo protegido y 272 personas sin TMG con empleo ordinario), con una edad media de 41.9 años y 50.1% mujeres. De los 744 participantes, 577 (77.6%) tuvieron empleo remunerado (409 (60.9%) empleo ordinario y 168 (29.1%) empleo protegido); 244 (32.8%) comunicaron que tenían un diagnóstico de psicosis y 400 (53.8%) que tenían reconocida la discapacidad. Las personas con empleo tuvieron mejores valores de bienestar psicológico subjetivo ( $p=0.013$ ) que las personas sin empleo, independientemente del diagnóstico o de la discapacidad. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en bienestar psicológico subjetivo entre las personas con empleo ordinario y con empleo

protegido ( $p=0.687$ ). Como conclusión, las personas con empleo remunerado tuvieron mayor bienestar psicológico subjetivo que las personas sin empleo, independientemente del diagnóstico, de la discapacidad o de que el empleo fuera ordinario o protegido.

**Palabras clave:** trastorno mental grave, empleo, salud mental, estado emocional, bienestar psicológico.

**Abstract:** People with a diagnosis of severe mental disorder (SMD) have significantly higher unemployment rates than the general population. This is associated with a greater risk of social exclusion and marginalization, and favors the chronicity of personal and social difficulties. This observational study aims to assess the relationship between employment and subjective emotional state in people with a SMD diagnosis. The study included 744 participants (304 with a SMD diagnosis who were users of psychosocial rehabilitation resources, 168 with a SMD diagnosis with supported employment, and 272 people without diagnosis of SMD with ordinary (non-supported) employment), with a mean age of 41.9 years and 50.1% women. Out of the 744 participants, 577 (77.6%) had an employment (409 (60.9%) ordinary employment and 168 (29.1%) supported employment), 244 (32.8%) reported that they have a diagnosis of psychosis and 400 (53.8%) that they have a recognized disability. People with an employment had better subjective psychological well-being values than people without an employment ( $p=0.013$ ), regardless of diagnosis or disability. There were no significant differences in subjective psychological well-being between people with ordinary employment and people with supported employment ( $p=0.687$ ). In conclusion, people with a paid employment had higher subjective psychological well-being than people without an employment, regardless of diagnosis, disability or whether the employment was ordinary or supported.

**Key words:** severe mental disorder, employment, mental health, emotional state, psychological well-being.

## INTRODUCCIÓN

EL CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG) alude a un conjunto heterogéneo de diagnósticos de trastorno mental que comparten una duración prolongada y una afectación variable, pero a menudo acusada, del desempeño personal y social (1, 2).

La prevalencia de TMG en la población general se sitúa en torno al 4% (3), con un inicio habitual en la adolescencia o adultez temprana (4). El TMG constituye un importante problema de salud (5-7), pues su presencia se asocia con peor calidad de vida, aumento de la morbimortalidad y aumento de la discapacidad con respecto a la población general (2, 8, 9). Estas repercusiones no se circunscriben a

las esferas individual y familiar, sino que se extienden a las partidas presupuestarias de los Estados. Se estima que el impacto económico, tanto directo como indirecto, del conjunto de los TMG asciende a más de 93.000 millones de euros cada año (93 millardos) en la Unión Europea (10).

Una proporción destacada de este impacto económico se debe a la pérdida de productividad laboral relacionada con el TMG (7). Las personas con discapacidad relacionada con un TMG tienen tasas de desempleo en torno al 80-90% de la población en edad de trabajar, significativamente mayores que la media de la población general (11, 12).

Como consecuencia de ello, las personas con TMG presentan un alto riesgo de exclusión social y de marginalidad, favoreciendo así la cronicidad de las dificultades personales y sociales (13).

Las bajas tasas de empleo en personas con TMG pueden atribuirse, de manera no excluyente, a la menor formación cualificada (como promedio), a las dificultades de relación social y, especialmente, al estigma y la discriminación (11, 14). De hecho, la discriminación es considerada una de las experiencias más estigmatizantes y que mayor influencia tienen en la calidad vida percibida, ocasionando un impacto negativo sobre el estado emocional y social subjetivos (15). A su vez, un estado emocional negativo disminuye las posibilidades de conseguir y mantener un empleo (16).

Los datos de investigaciones previas avalan el valor terapéutico del empleo en personas con TMG (17). Pero sigue vigente el debate sobre qué tipo de estrategia es preferible para promover el acceso al empleo y su mantenimiento en personas con diagnóstico de TMG. Uno de los modelos que más apoyo empírico ha recibido es el apoyo individualizado al empleo (habitualmente abreviado como IPS, por sus siglas en inglés, Individual Placement and Support) (18, 19), que se centra en una búsqueda rápida de empleo con un apoyo continuo e implica la integración de un especialista laboral en el equipo de tratamiento clínico (18).

No obstante, no hay estudios en nuestro país que analicen de forma sistemática en una población de personas con TMG la relación entre el empleo y los factores subjetivos (como el bienestar emocional y la calidad de vida percibida) que influyen en el logro y el mantenimiento del empleo (20,21). Por todo ello, hemos realizado un estudio observacional, sin intervención, para evaluar la relación entre el empleo y el estado emocional subjetivo en tres grupos: 1) personas con diagnóstico de TMG usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial; 2) personas con diagnóstico de TMG con empleo protegido; y 3) personas sin diagnóstico de TMG con empleo ordinario.

La hipótesis del estudio es que tener empleo remunerado, en comparación con no tener empleo remunerado, se asocia con una mejor calidad de vida y un mayor bienestar psicológico, independientemente de que el empleo sea ordinario o protegido.

## MÉTODO

### *a) Participantes*

Todas las personas empleadas de la Fundación Manantial, empleadas del Centro Especial de Empleo Manantial Integra o usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid gestionados por la Fundación Manantial fueron invitadas a participar en este estudio. Participaron 744 adultos (con edad igual o superior a 18 años), de los que 304 fueron personas con diagnóstico de TMG usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial, 168 personas con diagnóstico de TMG con empleo protegido en el Centro Especial de Empleo Manantial Integra y 272 personas con empleo ordinario en la Fundación Manantial.

Los recursos de rehabilitación que contribuyeron al reclutamiento de participantes fueron: Centro de Día (CD) Barajas, CD Fuenlabrada, CD Leganés, CD Parla, CD Rivas, CD Sajonia, CD Torrejón, Centro de Rehabilitación Laboral (CRL) Leganés, CRL Alcorcón, CRL Fuenlabrada, CRL Hortaleza, CRL Parla, CRL Torrejón, Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Fuenlabrada, CRPS Alcorcón, CRPS Arganda, CRPS Barajas, CRPS Hortaleza, CRPS Torrejón, Equipo de Apoyo Social y Comunitario (EASC) Arganda Urbano, EASC Barajas, EASC Torrejón, EASC Alcorcón, EASC Arganda Rural, EASC Fuenlabrada, EASC Leganés, EASC Parla, EASC San Blas, residencia de Leganés, residencia de Parla, residencia de Alcalá, residencia de Fuenlabrada, residencia de Hortaleza y residencia de Torrejón.

La Fundación Manantial (<https://www.fundacionmanantial.org/>) es una entidad sin ánimo de lucro que tiene por misión la atención integral de las personas con TMG. La esquizofrenia y otras psicosis son los trastornos que más dificultades generan en el funcionamiento psicológico y social de las personas. Fue creada en 1995 por iniciativa de las asociaciones de familiares para dar una respuesta efectiva a las cuestiones relativas a la salud mental, específicamente a las relacionadas con su situación social, laboral y jurídica.

Todos los participantes (o los participantes y sus tutores, en caso de incapacidad civil de los participantes) firmaron un consentimiento informado antes de comenzar el estudio. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

### *b) Variables e instrumentos de estudio*

Los participantes completaron un cuestionario autoaplicado que recogió información sobre: 1) datos demográficos; 2) variables relacionadas con el em-

pleo: empleo remunerado (sí/no), tipo de empleo (ordinario/protegido), tipo de contrato (eventual o indefinido), salario mensual, satisfacción con el empleo y bienestar laboral (evaluado con la subescala laboral de la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) (22); 3) variables clínicas: diagnóstico, seguimiento en dispositivos de salud mental; 4) variables relacionadas con el estado emocional: EBP (puntuación continua de 1 a 5 en cada subescala; a mayor puntuación, mayor bienestar psicológico) (22), Cuestionario de Calidad de Vida SF-12 (puntuación continua ajustada según valores normativos poblacionales, con media 50 y desviación típica  $-DT-10$ , a mayor puntuación mayor calidad de vida) (23) y escala de Evaluación Subjetiva de la Recuperación RAS-21 (puntuación continua de 22 a 105; a mayor puntuación, mayor capacidad subjetiva de recuperación) (24); y 5) Influencia del trabajo sobre el estado emocional (T-EE) y del estado emocional sobre el trabajo (EE-T), evaluado con un cuestionario realizado *ad hoc* (0 nula influencia y 5 máxima influencia).

La escala EBP (22) permite valorar el grado de bienestar psicológico general de una persona a partir de información sobre su satisfacción en distintos ámbitos de su vida. Consta de cuatro subescalas: bienestar psicológico subjetivo (EBP-S), bienestar material (EBP-M), bienestar laboral (EBP-L) y relaciones con la pareja. En este estudio hemos recogido información de las subescalas laboral, material y subjetivo.

El cuestionario SF-12 (23) proporciona un perfil general del estado de salud. Es una de las escalas genéricas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos, siendo aplicable tanto para la población general como para poblaciones clínicas.

La escala RAS-21 (24, 25) evalúa la experiencia subjetiva de la recuperación y proporciona una medida global y cinco medidas específicas: esperanza, confianza en uno mismo y en los demás, disposición a pedir ayuda, orientación hacia la consecución de metas personales y percepción de no sentirse dominado por los síntomas.

### *c) Análisis estadístico*

Realizamos análisis descriptivos de las principales variables de estudio y de las variables demográficas. Estudiamos la distribución normal de las variables continuas y ordinales mediante el análisis de la curtosis y asimetría. Dado que se cumplió la asunción de normalidad, calculamos pruebas Chi-cuadrado para comparar frecuencias y análisis de la varianza (ANOVA) para comparar medias entre dos muestras independientes.

Para analizar la relación entre el empleo y el estado emocional, realizamos dos análisis multivariantes de la covarianza (MANCOVA) según un modelo lineal general. Se optó por análisis multivariantes para controlar tanto el efecto cruzado de las

distintas medidas de estado emocional como las variables adicionales que pudieran condicionar o influir en el resultado, y para obtener unas puntuaciones de las escalas de estado emocional corregidas. El primer modelo evaluó la relación entre la variable empleo (sí/no) y las variables relacionadas con el estado emocional (EBP-M, EBP-S, SF-12 y RAS-21), controlando las variables edad, edad al diagnóstico, género, promedio de ingresos económicos mensuales, diagnóstico de psicosis y reconocimiento administrativo de discapacidad. El segundo modelo evaluó la relación entre la variable tipo de empleo (ordinario/protegido) y las variables relacionadas con el estado emocional (EBP-M, EBP-S, SF-12 y RAS-21), controlando las variables edad, edad al diagnóstico, género, promedio de ingresos económicos mensuales, diagnóstico de psicosis y reconocimiento administrativo de discapacidad.

Realizamos los análisis estadísticos con el programa PASW versión 18. Establecimos el nivel de significación estadística en valores menores de 0.05 (error alpha < 0.05, con dos colas).

## RESULTADOS

El estudio incluyó 744 participantes, con una edad media de 41.9 años y una DT de 8.8 años, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%) y rango de 41.3-42.6 y 20-72 años, respectivamente. De los 744 participantes, 373 eran mujeres (50.1%), 369 hombres (49.6%) y 2 personas con género no binario (0.3%). El promedio de ingresos mensuales fue de 910.9 Euros (DT= 539.4). De los 744 participantes, 577 (77.6%) tenían empleo remunerado (de ellos, 409 (60.9%) empleo ordinario y 168 (29.1%) empleo protegido). De los 744 participantes, 244 (32.8%) comunicaron que tenían un diagnóstico de psicosis y 400 (53.8%) comunicaron que tenían reconocida la discapacidad. La edad media al diagnóstico en las personas con diagnóstico de TMG fue de 27.6 años (DT= 9.5).

La Tabla 1 detalla las características de la muestra. La Tabla 2 incluye las puntuaciones de las escalas SF-12, RAS-21 y EBP sin corregir y corregidas mediante análisis multivariante.

### *a) Comparación entre personas con empleo y personas sin empleo*

Los análisis bivariados encontraron que, en valores promedio, las personas con empleo, en comparación con las personas sin empleo, tuvieron más ingresos mensuales, mejores valores de calidad de vida percibida, de recuperación subjetiva, de bienestar psicológico subjetivo y de bienestar psicológico material. La proporción de mujeres en el grupo de empleo ordinario fue mayor que en el grupo de empleo protegido. Las personas con empleo fueron, en promedio, más jóvenes

que las personas sin empleo. Las personas con empleo atribuyeron más influencia al trabajo sobre el estado emocional que las personas sin empleo, pero no hubo diferencias significativas en la atribución de la influencia del estado emocional sobre el trabajo entre personas con y sin empleo. La Tabla 1 resume los resultados de los análisis bivariados.

El análisis multivariante, controlando las siguientes variables: edad, edad al diagnóstico, género, ingresos medios mensuales, diagnóstico de psicosis y reconocimiento administrativo de discapacidad, mostró que las personas con empleo, en comparación con las personas sin empleo, tuvieron mejores valores de recuperación subjetiva y de bienestar psicológico subjetivo. El análisis multivariante no halló diferencias significativas entre personas con y sin empleo en calidad de vida percibida ni en bienestar psicológico material.

La Tabla 2 muestra los resultados de los análisis multivariantes, con las puntuaciones de las escalas SF-12, RAS-21 y EBP corregidas.

*b) Comparación entre personas con empleo ordinario y personas con empleo protegido*

Las personas con empleo ordinario, en comparación con las personas con empleo protegido, tuvieron más ingresos medios mensuales, mejores valores de calidad de vida percibida, mejores valores de recuperación subjetiva, mejores valores de bienestar psicológico subjetivo y mejores valores de bienestar psicológico material. No encontramos diferencias significativas entre personas con empleo ordinario y personas con empleo protegido en bienestar psicológico laboral. La proporción de mujeres en el grupo de empleo ordinario fue mayor que en el grupo de empleo protegido. Las personas con empleo ordinario fueron, en promedio, más jóvenes que las personas con empleo protegido. No hallamos diferencias significativas entre personas con empleo ordinario y personas con empleo protegido en la atribución de la influencia del trabajo sobre el estado emocional, ni en la atribución de la influencia del estado emocional sobre el trabajo entre personas con y sin empleo. La Tabla 1 resume los resultados de los análisis bivariados.

El análisis multivariante, controlando las siguientes variables: edad, edad al diagnóstico, género, ingresos medios mensuales, diagnóstico de psicosis y reconocimiento administrativo de discapacidad, no halló diferencias significativas entre las personas con empleo ordinario y las personas con empleo protegido en calidad de vida percibida, recuperación subjetiva, bienestar psicológico subjetivo o bienestar psicológico material.

La Tabla 2 muestra los resultados de los análisis multivariantes, con las puntuaciones de las escalas SF-12, RAS-21 y EBP corregidas.

## DISCUSIÓN

Este estudio, realizado en una muestra amplia de personas con diagnóstico de TMG usuarias de recursos de rehabilitación psicosocial, personas con diagnóstico de TMG con empleo protegido y personas con empleo ordinario, ha encontrado que las personas con empleo remunerado tienen mejor recuperación subjetiva y mayor bienestar psicológico subjetivo, pero no mejor calidad de vida ni mejor bienestar psicológico material, que las personas sin empleo, independientemente de que el empleo sea ordinario o protegido. Los resultados confirman en parte nuestra hipótesis, pues hallan diferencias entre personas con y sin empleo en el bienestar psicológico subjetivo, pero no en la calidad de vida percibida.

Las diferencias en género y edad entre personas con y sin empleo y personas con empleo ordinario o protegido se pueden atribuir a las características y procedencia de la muestra, sobre todo al hecho de que las personas con empleo ordinario en este estudio trabajan en el sector sociosanitario, en el que destaca una alta proporción de mujeres jóvenes en nuestro medio (26). Para controlar el efecto de estas diferencias, los análisis multivariantes de este estudio introducen género y edad como covariables.

Los estudios realizados desde hace décadas confirman que en general el empleo, pues, por supuesto, hay excepciones, tiene un destacado valor terapéutico y que este valor es muy relevante en personas con TMG (27-29). Hoy en día hay un amplio consenso profesional en que los programas de empleo son un componente imprescindible en la atención comunitaria a personas con TMG. El modelo IPS, centrado en una búsqueda rápida de empleo con un apoyo continuo con la integración de un especialista laboral en el equipo de tratamiento clínico, es uno de los modelos que más apoyo empírico ha recibido es el apoyo individualizado al empleo (18, 19). Pese a los éxitos de la estrategia IPS y a que ha demostrado conseguir, como promedio, mejores resultados que los métodos de rehabilitación convencionales, no está exenta de controversias y limitaciones (21).

Sin embargo, los resultados del modelo IPS, más allá de sus puntos débiles o controvertidos, coinciden de manera repetida en una conclusión práctica: los sistemas de asistencia y cuidado de personas con diagnóstico de TMG deben incorporar por sistema la evaluación, el estímulo y el apoyo del área de empleo. Para lograrlo, resulta fundamental la coordinación eficiente y la continuidad de cuidados entre las redes asistenciales, rehabilitadoras y promotoras de salud y protección social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia de incluir políticas y programas de empleo en los modelos de atención en salud mental (30).

El desarrollo del área de empleo en personas con TMG es aún más acuciante en épocas de crisis económica, pues las personas con TMG son especialmente vulne-

rables a las consecuencias de estas y tienen un riesgo significativamente mayor de perder el empleo y una probabilidad significativamente menor de acceder a un empleo nuevo en comparación con la población general (11). Si a esto sumamos el hecho de que haber tenido experiencias positivas previas de empleo es uno de los principales factores asociados con la mayor probabilidad de acceder a un nuevo empleo y mantenerlo (31), los resultados de nuestro estudio adquieren un valor destacado, pues enfatizan la relación entre el empleo y el bienestar psicológico, más allá de que el empleo sea ordinario o protegido. Lo más importante, parecen sugerir los resultados, es tener empleo, y no tanto que el empleo sea ordinario o protegido. De acuerdo con esta lectura, el empleo protegido constituye una alternativa en algunas personas (al menos en algunas etapas de su vida). Una alternativa que, como indican los estudios disponibles sobre el valor del empleo protegido en personas con TMG, supone un valor en sí mismo y facilita el paso al empleo ordinario a medio y largo plazo (32, 33). De hecho, la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, promovida por el Ministerio de Sanidad español con el respaldo de asociaciones como la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEES-ME), la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) o la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), establece, con grado de recomendación A (el mayor posible), que “son necesarios los programas de empleo protegido para las personas con TMG que expresen deseo de volver a trabajar o conseguir un primer empleo. Se recomiendan los programas basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata y con apoyo individual frecuente” (2).

Este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, la muestra de personas sin diagnóstico de TMG con empleo ordinario está compuesta, en su totalidad, por profesionales que trabajan en la Fundación Manantial. Por tanto, no podemos asumir que se trate de una muestra representativa de la población general. Pese a ello, esta muestra permite situar los resultados de las personas con empleo protegido en un margo general que incluye a personas con empleo ordinario. En segundo lugar, todas las personas con empleo protegido trabajan en empresas relacionadas con la Fundación Manantial, de modo que no podemos asumir que sean representativas de todas las personas con empleo protegido. Se trata, no obstante, de empleo protegido en empresas con condiciones de trabajo equivalentes a las del empleo ordinario.

Ello permite inferir que ese tipo de empleo protegido constituye un marco saludable de empleo. En tercer lugar, los cuestionarios y escalas administrados son todos autoaplicados, por lo que debemos asumir como válidos los datos aportados por los participantes. En cuarto lugar, el diseño del estudio no permite establecer una relación causal o direccional entre el empleo y el bienestar psicológico. Es decir, no sabemos si las personas con empleo tienen mayor bienestar psicológico subjetivo porque tienen empleo, si tienen empleo porque tienen mayor bienestar psicológico

subjetivo o si, como sospechamos, ambos factores se influyen mutuamente. Este estudio pretende incorporar, en un futuro próximo, evaluaciones longitudinales que respondan, al menos en parte, a la importante pregunta sobre la dirección de la relación entre el empleo y el bienestar psicológico.

Como conclusión, los resultados del estudio muestran que tener empleo remunerado se relaciona con un mayor bienestar psicológico subjetivo, independientemente del diagnóstico, de la discapacidad o de que se trate de un empleo ordinario o protegido.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Peck MC, Scheffler RM. An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws. *Psychiatr Serv.* 2002; 53: 1089-95.
- (2) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS, 2009. Guías de práctica clínica en el SNS: I + CS Nº 2007/05.
- (3) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017. Disponible en: <https://www.samhsa.gov/data/>
- (4) Lee FS, Heimer H, Giedd JN, Lein ES, Šestan N, Weinberger DR, Casey BJ. Mental health. Adolescent mental health--opportunity and obligation. *Science* 2014; 346: 547-9.
- (5) Druss BG, Bornemann TH. Improving health and health care for persons with serious mental illness: the window for US federal policy change. *JAMA* 2010; 303: 1972-3.
- (6) Catalá-López F, Génova-Maleras R, Vieta E, Tabares-Seisdedos R. The increasing burden of mental and neurological disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23: 1337-9.
- (7) Fleischhacker WW, Arango C, Arteel P, Barnes TR, Carpenter W, Duckworth K, *et al.* Schizophrenia--time to commit to policy change. *Schizophr Bull.* 2014; 40 Suppl 3: S165-94.
- (8) Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and mortality in people with serious mental illness, 2006, National association of state mental health program directors, medical directors council. Disponible en: <https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/mortality%20and%20morbidity%20final%20report%208.18.08.pdf>.
- (9) Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016; 12: 357-73.
- (10) Smith K. Trillion-dollar brain drain. *Nature* 2011; 478: 15.
- (11) Luciano A, Meara E. Employment status of people with mental illness: national survey data from 2009 and 2010. *Psychiatr Serv.* 2014; 65: 1201-9.
- (12) Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, *et al.* Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1948-56.
- (13) Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 204-8.
- (14) Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19: 522-6.

- (15) Paetzold RL. Law and psychiatry: mental illness and reasonable accommodations at work: definition of a mental disability under the ADA. *Psychiatr Serv.* 2005; 56: 1188-90.
- (16) Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, *et al.* Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 224-31.
- (17) Mueser KT, Drake RE, Bond GR. Recent advances in supported employment for people with serious mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29: 196-201.
- (18) López Álvarez M. El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves: la experiencia de Andalucía. *Norte de salud mental* 2010; 8: 11-23.
- (19) Secker J, Membrey H. Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work. *Health Educ. Res.* 2003; 18 (2): 207-15.
- (20) Rodríguez Pulido F, Tallo Aldana E, Tost Pardell L, *et al.* Eficacia y efectividad de las estrategias de empleo competitivo como intervención terapéutica en personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2010; SESC 2007/12.
- (21) Rodríguez Pulido F, Caballero Estebaranz N, Oramas Pérez D. Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2017; 37 (131): 145-68.
- (22) Sánchez-Cánovas J. Escala de bienestar psicológico. Madrid: TEA, 2013.
- (23) Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34: 220-33.
- (24) Corrigan PW, Salver M, Ralph RO, Songster Y, Keck L. Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophr. Bull.* 2004; 30: 1035-41.
- (25) Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, Quiroga MA. Proposal of a sociocognitive-behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res.* 2010; 186: 402-8.
- (26) Vázquez Vega P (ed.). La feminización de las profesiones sanitarias. Informe de la Fundación BBVA, 2010. Disponible en: [https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE\\_2010\\_feminizacion\\_profesiones\\_sanitarias.pdf](https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2010_feminizacion_profesiones_sanitarias.pdf)
- (27) Henderson M, Harvey SB, Øverland S, Mykletun A, Hotopf M. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med.* 2011; 104: 198-207.
- (28) 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: 165-72.
- (29) Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake RE, Fioritti A, *et al.* Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 224-31.
- (30) Harnois G, Gabriel P. Mental health and work: Impact, issues and good practices. Ginebra: World Health Organization, 2000.
- (31) Wan Kasim SH, Midin M, Abu Bakar AK, Sidi H, Nik Jaafar NR, Das S. Employment program for patients with severe mental illness in Malaysia: a 3-month outcome. *Compr Psychiatry* 2014; 55: S38-45.

- (32) Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, *et al.* Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; CD008297.
- (33) Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 9: CD011867.

TABLA I

*Variables demográficas y sociales*

Variables	Toda la muestra (N=744)	Mujeres (N=373)	Hombres (N=369)	Variables demográficas y sociales					
				Empleo remunerado		Empleo ordinario o protegido		Sig. estadística	Sig. estadística
				Sí (N=577)	No (N=167)	Ordinario (N=409)	Protegido (N=168)		
Edad media (DT)	41.9 (8.8)	40.8 (8.6)	43.0 (8.8)	41.1 (8.2)	44.9 (9.9)	p<0.001	40.5 (8.2)	42.4 (8.2)	p=0.012
Edad media al diagnóstico (DT), N=455	27.6 (9.5)	27.6 (9.3)	27.5 (9.6)	27.9 (10.0)	26.8 (9.4)	p=0.205	27.8 (9.5)	28.2 (9.6)	p=0.633
Género (% mujer)	50.1	N/A	N/A	54.3	35.3	p=0.007	59.3	42.3	p=0.016
Ingresos medios mensuales, Euros (DT)	910.9 (549.4.2)	978.5 (537.5)	844.7 (553.2)	1070.4 (507.9)	518.6 (506.1)	p<0.001	1069.6 (512.8)	914.7 (479.8)	p=0.012
Nº meses con empleo remunerado en últimos 2 años, M (DT)	19.2 (7.9)	20.1 (7.2)	18.2 (8.5)	20.3 (6.9)	5.8 (5.0)	p<0.001	20.6 (6.7)	19.8 (7.5)	p=0.209
Satisfacción con empleo (escala de 0 a 3), M (DT)	N/A	N/A	N/A	2.7 (0.5)	N/A	N/A	2.8 (0.5)	2.7 (0.5)	p=0.036
Influencia del trabajo sobre el estado emocional (escala de 0 a 4), M (DT)*	3.2 (1.0)	3.3 (0.9)	3.0 (1.0)	3.2 (1.9)	3.0 (1.0)	p=0.030	3.2 (0.9)	3.1 (1.1)	p=0.067

Variables demográficas y sociales									
Variables	Toda la muestra (N=744)	Mujeres (N=373)	Hombres (N=369)	Empleo remunerado		Empleo ordinario o protegido			
				Sí (N=577)	No (N=167)	Sig. estadística	Ordinario (N=409)	Protegido (N=168)	Sig. estadística
Influencia del estado emocional sobre el trabajo (escala de 0 a 4), puntuación media (DT)*	3.0 (1.0)	3.1 (0.9)	2.9 (1.0)	3.0 (1.0)	3.0 (1.1)	p=0.757	3.0 (1.0)	2.9 (1.0)	p=0.243
Vive solo o sola (%)	15.1	15.5	14.4	14.4	17.4	p=0.558	15.2	12.5	p=0.684
Vive con padre o madre (%)	36.6	23.6	49.9	31.7	53.3	<b>p=0.003</b>	26.9	43.5	<b>p=0.012</b>
Vive en residencia supervisada (%)	6.7	4.8	8.7	4.5	14.4	<b>p=0.030</b>	3.2	7.7	p=0.215
Diagnóstico de psicosis (%)	32.8	19.8	46.2	27.3	52.1	<b>p&lt;0.001</b>	21.6	41.1	<b>p=0.004</b>
Diagnóstico de depresión (%)	23.3	22.5	24.1	20.1	34.1	<b>p=0.026</b>	15.4	31.5	<b>p=0.005</b>
Reconocimiento administrativo de discapacidad (%)	53.8	39.5	68.4	46.4	79.5	<b>p&lt;0.001</b>	24.4	100	<b>p&lt;0.001</b>

Variables demográficas y sociales									
Variables	Toda la muestra (N=744)	Mujeres (N=373)	Hombres (N=369)	Empleo remunerado		Empleo ordinario o protegido			
				Sí (N=577)	No (N=167)	Sig. estadística	Ordinario (N=409)	Protegido (N=168)	Sig. estadística
Personas con defensor judicial como medida de apoyo acordada judicialmente (%)	6.2	3.5	8.9	4.0	13.8	<b>p=0.013</b>	3.7	4.8	<b>p=0.733</b>
Seguimiento habitual en un centro de salud mental (%)	58.2	44.0	72.6	48.0	93.4	<b>p&lt;0.001</b>	38.4	71.4	<b>p&lt;0.001</b>
Acude a un recurso de rehabilitación (%)	43.8	34.3	53.4	31.7	85.6	<b>p&lt;0.001</b>	28.6	39.3	p=0.136

De los 744 participantes, 373 eran mujeres (50.1%) y 2 personas con género no binario (0.3%).

\* La puntuación de las escalas de influencia del trabajo sobre el estado emocional (y viceversa) es: 0. Nada; 1. Muy poco; 2. Algo; 3. Bastante; 4. Mucho.

Los valores de significación estadística (p) significativos (inferiores a p=0.05) se muestran en negrita.

DT, desviación típica; N/A: no aplica.

TABLA 2

*Variables de estado emocional sin corregir y corregidas mediante análisis multivariante*

	CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA (SF-12), M (DT)	RECUPERACIÓN SUBJETIVA (RAS-21), M (DT)	BIENESTAR PSICOLÓGICO SUBJETIVO (EBP-S), M (DT)	BIENESTAR PSICOLÓGICO MATERIAL (EBP-M), M (DT)	BIENESTAR PSICOLÓGICO LABORAL (EBP-L), M (DT)
<b>Toda la muestra (N=744), sin corregir</b>	52.4 (10.1)	45.15 (24.2)	3.5 (0.9)	3.3 (1.0)	N/A
<b>Personas con empleo (N=577), sin corregir</b>	54.4 (9.7)	47.3 (24.2)	3.6 (0.9)	3.4 (1.0)	3.8 (0.8)
<b>Personas sin empleo (N=167), sin corregir</b>	47.4 (9.2)	37.8 (21.0)	3.1 (0.9)	2.9 (1.0)	N/A
<b>Significación estadística</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>p&lt;0.001</b>	<b>p&lt;0.001</b>	N/A
<b>Personas con empleo (N=577), corregido*</b>	49.4 (9.2)	42.0 (18.9)	3.4 (0.9)	3.1 (1.0)	N/A
<b>Personas sin empleo (N=167), corregido*</b>	48.4 (9.2)	38.9 (20.0)	3.1 (0.9)	3.0 (1.0)	N/A
<b>Significación estadística</b>	p=0.155	<b>p=0.023</b>	<b>p=0.013</b>	p=0.446	N/A
<b>Personas con empleo ordinario (N=409), sin corregir</b>	55.4 (10.1)	48.3 (24.2)	3.7 (0.8)	3.5 (0.9)	3.8 (0.7)
<b>Personas con empleo protegido (N=168), sin corregir</b>	52.4 (9.7)	45.2 (25.2)	3.5 (0.9)	3.2 (1.1)	3.7 (0.8)
<b>Significación estadística</b>	<b>p=0.035</b>	<b>p=0.049</b>	<b>p=0.016</b>	<b>p=0.006</b>	p=0.115
<b>Personas con empleo ordinario (N=409), corregido*</b>	49.4 (9.2)	43.1 (20.0)	3.4 (0.9)	3.1 (1.0)	NA
<b>Personas con empleo protegido (N=168), corregido*</b>	51.4 (9.2)	42.0 (21.0)	3.4 (0.9)	3.0 (0.9)	N/A
<b>Significación estadística</b>	p=0.432	p=0.566	p=0.687	p=0.573	N/A

*\*La corrección se realizó mediante análisis multivariante de la covarianza (MANCOVA) según un modelo lineal general, con SF-12, RAS-21, EBP-S y EBP-M como variables dependientes, controlando edad, edad al diagnóstico, género, promedio de ingresos económicos mensuales, diagnóstico de psicosis y reconocimiento administrativo de discapacidad.*

*Los valores de significación estadística (p) significativos (inferiores a p=0.05) se muestran en negrita. DT, desviación típica; M, media; N/A: no aplica.*