

Los estudios sobre la estrategia IPS en el logro de empleo ordinario para las personas con trastorno mental grave

Studies on the Individual Placement and Support (IPS) strategy in getting ordinary employment for people with severe mental illness

FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO^a, NAYRA CABALLERO ESTEBARANZ^b,
DÁCIL ORAMAS PÉREZ^c

(a) *Universidad de la Laguna, Tenerife, España*

(b) *Equipo de Apoyo Individualizado al Empleo (EAIE), Sociedad Insular para la Promoción de las Personas con Discapacidad (SINPROMI), Tenerife, España*

(c) *Medicina familiar y comunitaria, Servicio Canario de Salud, Tenerife, España*

Correspondencia: Francisco Rodríguez Pulido (fpulido15@yahoo.es)

Recibido: 01/10/2016; aceptado con modificaciones: 25/04/2017

Resumen: Desde hace más de dos décadas se han incorporado nuevas estrategias para el logro de empleo ordinario dirigidas a personas con trastorno mental grave, entre las que destaca la conocida como *Individual Placement and Support* (IPS). El presente trabajo ofrece una revisión de los estudios sobre la estrategia IPS y analiza su calidad en relación a los resultados vocacionales y no vocacionales. Para ello consultaron diferentes bases de datos desde 1998 hasta diciembre de 2015 y se revisaron un total de 1148 referencias, de las que se seleccionaron 81 y se incluyeron 42: 23 ensayos clínicos aleatorizados, 11 revisiones sistemáticas y ocho estudios comparativos. Se analizó la calidad metodológica de cada uno de estos estudios mediante las escalas Jadad, Oxman y Estabrooks. En los ensayos clínicos aleatorizados se obtuvo para todos los estudios

un puntuación media de 2.12 (dt=0.70), en las revisiones sistemáticas se alcanzó una puntuación media de 8.18 (dt=1.89) y para los estudios comparativos se alcanzó una puntuación media de 18.13 (dt=3.80). En general, los estudios revisados sobre la estrategia IPS son de una calidad moderada en relación a los resultados no vocacionales y muy débil en relación a los resultados vocacionales.

Palabras clave: esquizofrenia, empleo, rehabilitación, calidad, evaluación, autoestima, horas de trabajo.

Abstract: For more than two decades, new strategies for getting regular employment for people with severe mental disorders have been incorporated, among them the so-called Individual Placement and Support (IPS). The present paper offers a review of studies on the IPS strategy and analyzes their quality in relation to vocational and non-vocational outcomes. With this goal, we consulted different databases from 1998 to December 2015 and obtained 1148 references, 81 of which were selected and 42 included: 23 randomized clinical trials, 11 systematic reviews and 8 comparative studies. The methodological quality of each of these studies was analyzed using the Jadad, the Oxman and the Estabrooks scales. In the randomized clinical trials, an average score of 2.12 (dt = 0.70) was obtained for all studies; an average score of 8.18 (dt = 1.89) was achieved for systematic reviews, and for comparative studies an average score of 18.13 (dt = 3.80). In general, the revised studies on the IPS strategy are of moderate quality in relation to non-vocational outcomes and very weak in relation to vocational outcomes.

Key words: schizophrenia, employment, rehabilitation, quality, evaluation, self-esteem and hours worked.

INTRODUCCIÓN

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS, la estrategia que cuenta con más experiencia y ha sido más evaluada de manera sistemática (1) para el logro de empleo ordinario por personas con trastorno mental grave es la conocida como *Individual Placement and Support* (IPS) (2-5). Esta estrategia de apoyo individualizado al empleo nació en Estados Unidos partiendo de los conceptos de integración y normalización, entendiéndose que la persona, como adulto, debe tomar sus propias decisiones, ser responsable y asumir las consecuencias de las mismas en igualdad de condiciones con respecto al resto de ciudadanos (6).

Con los años se han realizado estudios clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios comparativos para demostrar la eficacia de la estrategia IPS,

combinándola en ocasiones con intervenciones como la rehabilitación cognitiva para mejorar su eficacia (7-9). Esta forma de integración laboral en empleos competitivos ha sido adoptada a nivel internacional, con proyectos exitosos en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Países Bajos, Australia, Japón, Hong Kong y en seis ciudades europeas. Esto sugiere la reproductibilidad del modelo IPS en lugares con diferentes condiciones laborales, económicas, políticas y culturales. El propósito de esta revisión, motivada por la experiencia acumulada de más de una década con la estrategia IPS en Tenerife (2, 9), es actualizar y analizar la calidad de los resultados sobre la misma que han sido publicados en la literatura científica durante el periodo 1998-2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas MEDLINE, EMBASE, SCI, PreMedline, CRD, Cochrane Library, CINAHL, PsycINFO desde 1998 hasta diciembre de 2015 que contenía las siguientes palabras clave: empleo, rehabilitación, trastorno mental grave, IPS y esquizofrenia. Se seleccionaron los estudios publicados en inglés y/o español durante el periodo. Para cumplir con los objetivos planteados, se desarrolló un protocolo detallado que describe las siguientes etapas del proceso de búsqueda sistemática: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes publicados, 3) selección de los títulos y resúmenes que cumplan los criterios de selección, 4) revisión de los artículos completos de los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y extracción de datos de interés, y 6) análisis y síntesis de los datos. Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios. Analizaban por separado los resúmenes que cumplían los criterios de búsqueda y luego los ponían en común. En caso de duda y/o desacuerdo entre ellos se acudía a un tercer revisor que comprobaba los criterios del protocolo e intentaba llegar a un consenso con los otros dos revisores para ver si era adecuada su selección.

Los estudios incluidos fueron ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y estudios comparativos. Se excluyeron los estudios de cohortes, los observacionales, de evaluación económica, cualitativos, revisiones históricas, estudios de un caso o de consenso de expertos.

Se incluyeron estudios con participantes que presentaban los siguientes criterios:

- a) Estudios que seguían la intervención según el modelo IPS y que cumplían sus principios (5).
- b) Personas con trastorno mental grave y persistente (National Institute of Mental Health).

- c) Edades comprendidas entre los 18 y 65 años.
- d) Estudios cuyos participantes presentaban dependencia activa a sustancias siempre que tuvieran un TMG como diagnóstico primario.

Se excluyeron los estudios con personas que presentaban trastorno mental orgánico, trastornos del aprendizaje o trastornos psiquiátricos menores, primeros episodios psicóticos, estudios de un caso y con muestras específica de mayores de 65 años.

Una vez identificados los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, se volcaron los contenidos en unas hojas/fichas de extracción de datos diseñadas previamente por el grupo de revisores.

A partir de las bases de datos electrónicas se identificaron un total de 2459 referencias. Al eliminar los duplicados se revisaron 1148 referencias, de las que se seleccionaron 81 y se incluyeron 42: 22 ensayos clínicos aleatorizados (10-31), 11 revisiones sistemáticas (32-42) y ocho estudios comparativos (43-50).

En relación a los resultados vocacionales se valoró que los estudios incluyeran información relativa a: el número de personas que consiguen un empleo competitivo, el número de horas trabajadas, las ganancias salariales, la duración de los empleos, las preferencias de empleo, la satisfacción de la persona con el empleo, la tasa de retención, las pérdidas de seguimiento, los efectos a largo plazo. En relación a los resultados no vocacionales se valoró que se incluyera información relativa a: la sintomatología, la hospitalización, la autoestima y la calidad de vida.

Posteriormente la información se clasificó en tablas de evidencia siguiendo un protocolo estandarizado. La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad (51) para los ensayos clínicos aleatorizados, la escala de Oxman (52) para las revisiones sistemáticas y la escala de Estabrooks (53) para los estudios comparativos.

RESULTADOS

Para la evaluación de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se utilizó la escala Jadad. Se seleccionaron un total 22 ECA (véase tabla 1). Los estudios en cuestión (11, 12, 15, 16, 19-22, 24-26, 28, 30, 31) obtuvieron una puntuación media de 2.12 puntos (dt = 0.70) en cuanto a su calidad. En relación al criterio de “aleatorización”, la puntuación media obtenida fue menor 1.29 (dt=0.59), aunque de los 23 estudios, solo 9 describen el método de aleatorización con puntuaciones por encima de la media (10, 17, 18, 27, 29). En el criterio de “seguimiento” la media fue de 0,82 (dt=0.39) y en el criterio de “cegamiento” la puntuación de todos los estudios fue de 0, que representa la menor obtenida en los criterios evaluados.

En cuanto a los resultados vocacionales de los ECA (10-26, 28-31), la mayoría de las personas que estaban en el grupo IPS conseguían más empleo que el

grupo control. Las tasas de empleo encontradas a favor del IPS se sitúan entre un 42.5%-82% de logro de empleo ordinario, aunque en uno de los estudios (13) se obtenía una tasa de empleabilidad más baja (véase tabla 2). Los periodos de seguimiento de los artículos no son homogéneos, abarcando desde los 6 a los 30 o 39 meses. Lo más habitual es encontrar un periodo de seguimiento de 18 meses (10, 19, 20, 22, 27, 31) (véase tabla 2). En cuanto a la variable “días para encontrar el primer empleo”, pocos estudios hacen referencia a ella, pero entre los analizados encontramos que abarca entre 72 (22) y 269 días (29).

Por lo que se refiere a la jornada de trabajo, se encuentra que la tendencia general en los estudios analizados es trabajar a jornada parcial (10, 23). Solo un estudio sugiere que aplicando la estrategia IPS existe una probabilidad mayor (51%) de trabajar a jornada completa (15). Las media total de semanas trabajadas varía de un artículo a otro, soliendo encontrar entre las 29 (12) y las 36 semanas (25). Hay que tener en cuenta que cuando los estudios diferencian entre cualquier tipo de trabajo y los trabajos competitivos se obtienen medias menores que cuando se habla sólo de empleo en empresas ordinarias. Si la media es de 17 semanas para cualquier trabajo, para el empleo competitivo desciende a la mitad 6.9 semanas (18).

La variable salario no aparece descrita en muchos artículos y cuando aparece se expresa de diferentes maneras: como salario/hora (13), salario/día (22) o total de salario ganado por persona (18). En dólares americanos, el salario/hora suele estar en torno a 5.07 (13), el salario/día en torno a 12 (22) y el salario total desde 961.7 (18) a 2.078.41 (12). Un estudio realizado en Japón (30) publicó su salario en yenes, obteniendo una media de 388.7.

La media de horas trabajadas varía de un estudio a otro, encontrando medias cercanas a las 200 horas (30,31) y medias más altas, en torno a las 450 horas (17,19,20,29). Por un lado, un estudio (15) apunta una probabilidad mayor de trabajar a jornada completa (40 horas) y ganar mayor salario formando parte del grupo IPS (IPS 51% *vs.* control 39% $\chi^2=17.66$, $p < 0.001$). Sin embargo, otro (10) sugiere una mayor probabilidad de trabajar a jornada parcial en el grupo IPS (IPS 45.9% *vs.* control 5.3%), encontrando además un salario superior pero sin diferencias significativas en cuanto a la ganancia salarial total. En alguna ocasión (12), los autores refieren que estas diferencias a favor del grupo IPS (trabajar más horas y obtener más ingresos) se encuentran cuando se considera cualquier tipo de trabajo (competitivo o no), pero no cuando solo se consideran los empleos competitivos.

El mantenimiento del empleo suele reflejarse en días, oscilando entre los 133 (22) y los 213.6 (19) días, o en semanas, situándose entre las 5 (12) y las 9 semanas (18). En el análisis de la relación entre las preferencias de empleo y la duración y satisfacción con el trabajo se observa (11) que las personas que consiguen un trabajo acorde a sus preferencias mantienen más tiempo su empleo (véase tabla 2).

En relación a los resultados vocacionales de los ECA analizados no encontramos resultados significativos (10, 12, 17, 18). Al analizar las variables autoestima (10, 12, 17, 23, 29) y calidad de vida (10, 12, 17, 18) no se encontraron diferencias significativas entre grupos. Sin embargo, en uno de los estudios (27) se observó que las personas en el grupo IPS obtenían mejores puntuaciones en calidad de vida y motivación (véase tabla 2).

En relación a las hospitalizaciones (26) se encontraron diferencias significativas. Las personas que estaban en el grupo IPS acumulaban menos días de hospitalización que el grupo control (véase tabla 2).

Para evaluar la calidad de las revisiones sistemáticas se utilizó la escala de Oxman (véase tabla 3), cuyas puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos. La puntuación media de las revisiones incluidas fue de 8.18 (dt= 1.89). De las 11 revisiones sistemáticas analizadas, cuatro de ellas alcanzaron la puntuación máxima y una de ellas (38) tuvo puntuación baja (4 puntos). Las otras revisiones obtuvieron puntuaciones medias.

Todas las revisiones tenían un tema claramente definido y, salvo en dos casos (38,41), ofrecían una selección adecuada de los artículos. Una revisión (38) comparaba cuatro estudios que diferían en periodos de seguimiento, características de grupo control así como en localización geográfica, mientras otra (41) incluyó 14 ECA que presentaban una gran cantidad de sesgos (notificación de resultados, calidad de los estudios individuales, etc.).

En cuanto a la inclusión de los estudios más importantes, la mitad de las revisiones alcanzaron puntuaciones máximas (dos puntos). Merece la pena mencionar que uno de ellos (37) incluía 11 estudios cuya limitación era un período de seguimiento relativamente corto, con lo cual no se podía medir una permanencia prolongada en el trabajo. Otra revisión (38) no incluía estudios relevantes, no nombraba las bases de datos utilizadas ni se había completado una búsqueda en otros idiomas. Y otra (35) no combinaba resultados y abordaba específicamente la efectividad del modelo IPS incluyendo estudios controlados aleatorizados (de los cuales tres estaban incluidos en otras revisiones) y estudios comparativos.

Por lo que se refiere a los resultados vocacionales, se aprecia una clara evidencia científica del beneficio de la estrategia de apoyo al empleo (IPS) para la obtención y mantenimiento de un empleo competitivo frente a otras estrategias de rehabilitación tradicional. Merece la pena mencionar que en una de las revisiones (40) se compara la estrategia IPS en Estados Unidos y otros países, encontrándose que las tasas de empleo en la población estadounidense son más altas que fuera (véase tabla 2). Esto puede deberse a multitud de factores (localización geográfica, políticas sanitarias y sociales, leyes en relación al empleo y discapacidad, etc.), haciendo que la práctica de IPS sea más difícil en otros lugares.

En cuanto a los resultados no vocacionales se aprecia una débil evidencia científica. Algunos ensayos controlados incluidos en una de las revisiones (42) sugieren que el empleo competitivo puede estar asociado a una mejoría en el control de síntomas, la calidad de vida, la autoestima y el funcionamiento social en comparación con aquellas personas que no obtienen empleo. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas (10, 11, 12, 17, 18, 41, 42, 45), y en ocasiones no se valora el impacto sobre la salud.

Respecto a la calidad de los estudios comparativos se utilizó la escala de calidad Estabrooks en su versión reducida (véase tabla 4). En todos los estudios el grupo intervención (experimental) había recibido una estrategia basada en el modelo IPS de apoyo al empleo que se comparaba con un grupo control denominado de diferentes maneras: *Community Support Program* (CSP) (43), centros de día (45), otros servicios vocacionales (44), atención psiquiátrica externa (47), *Diversified Placement Approach* (DPA) (46) o programas vocacionales bien establecidos (50). En los ocho estudios comparativos seleccionados y evaluados se obtuvieron puntuaciones que oscilaron entre 17 y 22 puntos (sobre un total de 30 puntos, siendo la puntuación promedio de la calidad global de 18,13 (dt = 3.80). Solo un estudio obtuvo un índice de validez total “alto” (45). Las puntuaciones más altas se correspondieron a la “descripción de la intervención” y el “análisis estadístico”, y las puntuaciones más bajas correspondieron a la categoría de “reclutamiento”, “inclusión/exclusión” y “medidas de resultado”. En cuanto a la medida de reclutamiento, los estudios presentan puntuaciones medias y sólo un estudio (46) presenta una puntuación baja, y otro alta (48). En la categoría de “criterios de inclusión y exclusión” tres estudios (43, 47, 50) arrojan puntuaciones bajas ya que no describen ni especifican bien dichos criterios ni cuántos pacientes fueron excluidos de la selección. La mitad de los estudios presentan una puntuación media en la categoría “descripción de la intervención” y la otra una mitad puntuación alta. Ninguno de ellos obtiene una puntuación baja dado que se describe la intervención en el control y en el grupo de tratamiento. En cuanto a las “medidas de resultados” cabe destacar que dos (49,50) de los ocho estudios obtienen puntuaciones bajas ya que no explican todas las variables dependientes y en algunas ocasiones ni siquiera especifican el protocolo de recolección de datos. En uno de ellos (50) sólo se especifican las medidas de resultado, obteniendo en el resto de los subgrupos de esta categoría una puntuación de cero.

Refiriéndonos a los resultados vocacionales, la mayoría de los estudios comparativos incluidos llegan a la conclusión de una mayor eficacia de la estrategia IPS frente a otras estrategias tradicionales, sobre todo en cuanto al porcentaje de personas que obtienen empleo competitivo.

Y, en relación a los resultados no vocacionales, la mayoría de los estudios revisados no alcanza la significación estadística (1, 12, 43, 45). Buena parte de ellos utiliza la

variable sintomatología y hospitalizaciones (19-21, 26, 28, 30, 31, 49), siendo menos frecuentes otras variables como la calidad de vida (19, 20, 49, 31), el funcionamiento global y la autoestima (21, 23, 27, 29, 49). Sin embargo, en uno de ellos (47) se apunta que la estrategia IPS conlleva significativamente un menor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, apareciendo una interacción significativa entre el tipo de intervención y el uso de los servicios de salud mental durante el seguimiento: entre las personas que tenían más visitas a dichos servicios se producía un efecto favorable de la intervención IPS, pero en aquellos con pocas visitas ocurría lo contrario, esto es, un mayor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias (véase tabla 2).

DISCUSIÓN

Después de más de 20 años de experiencia contrastada sobre la metodología IPS, hemos podido comprobar la ausencia de evaluaciones sobre la calidad de dichos estudios. Sin embargo, hemos encontrado 23 ensayos clínicos aleatorizados que reflejan el esfuerzo sistemático de estos años por someter las experiencias de integración en el empleo a las pruebas de evidencia científica. Esto tiene su importancia debido a las dificultades para la realización de estos estudios, de manera que estos solo han alcanzado una calidad moderada. No obstante, cabe señalar que una de las dificultades inherentes a este tipo de estudios se debe básicamente a que no cumplen los criterios relativos al cegamiento. Sabemos la importancia que tiene que ninguna de las personas involucradas en un ensayo clínico (investigador, usuario o cualquier otra parte involucrada) influya con sus expectativas en los resultados obtenidos. Sin embargo, aunque el cegamiento experimental es un proceso que sirve para prevenir este sesgo, es difícil su aplicación a los estudios incluidos en esta revisión, ya que no se trata de una medicación que se pueda dar y observar sus resultados. De hecho, ningún ensayo pudo utilizar la técnica de “doble ciego” debido a esta dificultad de llevarlo a cabo cuando se trata de intervenciones psicosociales como la estrategia de empleo IPS.

En algunos foros de discusión también se ha debatido si el éxito de esta estrategia se debe a que las muestras de los estudios están constituidas por pacientes con patologías psiquiátricas menores o a que las muestras se describen de forma excesivamente vaga e indefinida. En este sentido, hemos podido comprobar que en la mayoría de los estudios (10-22, 24-29) aparece claramente descrita la muestra con criterios diagnósticos del DSM III-R o DSM-IV. En todos estos estudios, la mayoría de la muestra está constituida por personas con trastornos del espectro esquizofrénico (entre un 50.7-90%), con trastorno bipolar o esquizoafectivo (7-36%) y, en un porcentaje mínimo (2.5%-11%), con trastornos de estado de ánimo u otros diagnósticos no especificados. Encontramos solamente tres estudios (23, 30, 31) en los que no se aclara específicamente los porcentajes por diagnóstico, siendo algo vagos

en torno a su precisión. Sin embargo, dos de ellos (30,31) describen que la muestra es mayoritariamente de personas con diagnóstico de psicosis o que afecta al funcionamiento de las actividades de la vida a largo plazo. Y el otro (23) hace referencia a que la muestra incluye personas con problemas de salud mental grave y duradera.

Una de las limitaciones de estos estudios es que el período de seguimiento es relativamente corto (6 meses) para medir la permanencia en los resultados obtenidos en el empleo ordinario. Los estudios varían en periodos de seguimiento, y las revisiones se encuentran con dificultades a la hora de hacer comparaciones.

Por otro lado, existe poca información clara y concisa sobre cómo afecta el empleo a la calidad de vida de las personas con trastorno mental grave o si mejora el número de ingresos hospitalarios y/o disminuye los costes sanitarios, por lo que se propone realizar estudios con un seguimiento más largo en el tiempo para responder o abordar la pregunta crítica sobre la durabilidad de los efectos en los resultados no vocacionales. De las variables que más información se tiene es de la hospitalización y sintomatología, pues existe el mito según el cual tener empleo supone una situación de estrés e inestabilidad clínica para las personas con trastorno mental grave. En líneas generales, los estudios sugieren que el empleo no influye negativamente en el control de los síntomas, de manera que se producen menos ingresos hospitalarios. De todas formas, estos resultados no suelen alcanzar niveles de significación, aunque dos estudios sí obtuvieron diferencias significativas (47, 18). En uno de los artículos revisados (12) se apreciaba un efecto mixto, con mejoría en el funcionamiento global y, sin embargo, empeoramiento clínico.

En cuanto la autoestima, se ha medido de diferentes formas, bien a través de encuestas estructuradas (13) o bien mediante escalas validadas entre las que destaca la escala de Rosenberg (10-12, 17, 43, 45). En la mayoría de los estudios no existe evidencia significativa, aunque cabe destacar algunos artículos (18, 23) en los que esta variable aumenta significativamente en el grupo IPS mientras que en el grupo control tiene tendencia al declive. En cuanto a calidad de vida también existen diferentes escalas de medida, pero al igual que con el resto de resultados no vocacionales no se encuentran diferencias significativas entre los programas estudiados. En líneas generales, pues, es difícil extraer conclusiones firmes sobre el impacto del empleo en los resultados no vocacionales, y el hecho de utilizar diferentes métodos de evaluación lo complica más si cabe.

CONCLUSIONES

Hemos podido comprobar que cada vez hay más estudios rigurosos y de calidad sobre las intervenciones con la estrategia IPS en relación al empleo ordinario. Los ECA, las revisiones sistemáticas y los estudios comparativos evidencian que la

estrategia IPS es efectiva para el logro del empleo ordinario, pero habría que profundizar en cuáles son los factores responsables de que la estrategia IPS no alcance una efectividad aún mayor. La calidad de los ensayos clínicos aleatorizados es mediana en relación a los resultados vocacionales debido básicamente a que no cumplen los criterios relativos al cegamiento. Sin embargo, los resultados son aún menos concluyentes en relación a los resultados no vocacionales, que están lejos de una calidad aceptable para obtener evidencias firmes. En este sentido, sería deseable mejorar los periodos de seguimiento y la duración del efecto de la exposición, así como clarificar e identificar las diferentes pruebas para medir las variables más vinculadas a los efectos psicológicos beneficiosos del empleo para las personas con trastorno mental grave, su impacto sobre la demanda asistencial (hospitalizaciones, visitas a urgencias, contactos con servicios de salud mental, etc.) y para las políticas sociales (de sujeto pensionista a sujeto empleado).

La estrategia IPS, en suma, obtiene buenos resultados en el empleo de las personas con trastorno mental grave. Sin embargo, las conclusiones sobre los resultados no vocacionales no son concluyentes, por lo que habría que estudiar más todas estas variables (autoestima, calidad de vida, número de ingresos, sintomatología) de cara al futuro.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, así como no haber recibido ninguna financiación ni pública ni privada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) 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 Sanidad y Consumo y Funcis. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2010; SESC 2007/12.
- (2) Rodríguez Pulido F. La autonomía personal en el empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Tenerife: Sinpromi, 2011. Disponible en: <http://www.sinpromi.es/uploads/documentos/bdb034afe5.pdf>
- (3) Moll S, Huff J, Detwiler L. Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2003; 70: 298-310.

- (4) Drake RE, Becker DR. The Individual Placement and Support model of supported employment. *Psychiatric Services* 1996; 47:473-75.
- (5) Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 22(1): 11-23.
- (6) Rodríguez Pulido F. La recuperación de las personas con trastorno mental grave. Modelo Red de Redes. Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife, 2010.
- (7) McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A metaanalysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1791-802.
- (8) McGurk SR, Mueser KT, DeRosa T, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 2009; 35: 319-335.
- (9) Caballero Esteban N. La rehabilitación cognitiva para el logro del empleo ordinario de las personas con trastorno mental grave. Tesis doctoral: Universidad de La Laguna, 2016.
- (10) Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 627-33.
- (11) Mueser KT, Becker DR, Wolfe R. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health* 2001; 10(4): 411-17.
- (12) 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. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 2004; 72: 479-90.
- (13) Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB, McNary S, Postrado L, Hackman A et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 165-72.
- (14) Twamley EW, Padin DS, Bayne KS, Narvaez JM, Williams RE, Jeste DV. Work Rehabilitation for Middle-Aged and Older People With Schizophrenia: A Comparison of Three Approaches. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 193: 596-601.
- (15) 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. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 505-12.
- (16) Cook JA, Mulkern V, Grey DD, Burke-Miller J, Blyler CR, Razzano LA et al. Effects of local unemployment rate on vocational outcomes in a randomized trial of supported employment for individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2006; 25: 71-84.
- (17) 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. *Schizophrenia Bulletin* 2006; 32: 378-95.
- (18) 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. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 189: 65-73.
- (19) Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D; EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007 Sep 29; 370(9593):1146-52.

- (20) Burns T, White SJ, Catty J. EQOLISE group. Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20(6): 498-502.
- (21) Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, Wiersma D, Lauber C. EQOLISE Group. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009; 35(5): 949-58.
- (22) 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.
- (23) Schneider J, Slade J, Secker J, Rinaldi M, Boyce M, Johnson R, Floyd M, Grove B. SESAMI study of employment support for people with severe mental health problems: 12-month outcomes. *Health Soc Care Community* 2009; 17(2): 151-8.
- (24) 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
- (25) Tsang HW, Fung KM, Leung AY, Li SM, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; 44(1): 49-58.
- (26) Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rössler W, Wiersma D, van Buschbach JT, Fioritti A, Tomov T, Catty J, Burns T, Becker T. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(9): 1381-9.
- (27) Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther* 2013; 20(6): 420-8.
- (28) Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multisite randomised controlled trial of evidence based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Aust Occup Ther J* 2014; 61(6): 424-36.
- (29) Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37(2): 129-36.
- (30) Oshima I, Sono T, Bond GR, Nishio M, Ito J. A randomized controlled trial of individual placement and support in Japan. *Psychiatr Rehabil J*. 2014; 37(2): 137-43.
- (31) 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.
- (32) Crowther R, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003080.
- (33) Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: Systematic review. *British Medical Journal* 2001; 322: 204-8.
- (34) Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental

- disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 2001; 5: 1-75.
- (35) Moll S, Huff J, Detwiler L. Supported employment: Evidence for a best practice model in psychosocial rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2003; 70: 298-310.
 - (36) Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational Rehabilitation in Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Literature Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; 191: 515-23.
 - (37) Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31(4): 280-90.
 - (38) Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull* 2011; 37(2): 370-80.
 - (39) Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health* 2011; 20(4): 368-80.
 - (40) Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11(1): 32-9.
 - (41) Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, Bond GR, Huxley P, Amano N, Kingdon D. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 (9): CD008297.
 - (42) Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, George P, Delphin-Rittmon ME. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; 65(1): 16-23
 - (43) Bailey EL, Ricketts SK, Becker DR, Xie H, Drake RE. Do long-term day treatment clients benefit from supported employment? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 22: 24-9.
 - (44) McHugo GJ, Drake RE, Becker DR. The durability of supported employment effects. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1998; 22: 55-61.
 - (45) Becker DR, Bond GR, McCarthy D, Thompson D, Xie H, McHugo GJ et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatric Services* 2001; 52: 351-7.
 - (46) Rollins AL, Mueser KT, Bond GR, Becker DR. Social relationships at work: Does the employment model make a difference? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26: 51-61.
 - (47) Henry AD, Lucca AM, Banks S, Simon L, Page S. Inpatient Hospitalizations and Emergency Service Visits among Participants in an Individual Placement and Support (IPS) Model Program. *Mental Health Services Research* 2004; 6: 227-37.
 - (48) Campbell K, Bond GR, Drake RE, McHugo GJ, Xie H. Client predictors of employment outcomes in high-fidelity supported employment: a regression analysis. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198(8): 556-63.
 - (49) Nygren U, Markström U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci* 2011; 25(3): 591-8.

- (50) Bond GR, Campbell K, Drake RE. Standardizing measures in four domains of employment outcomes for individual placement and support. *Psychiatr Serv* 2012; 63(8): 751-7.
- (51) Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17:112.
- (52) Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272: 1367-71.
- (53) Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand? A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.

FIGURA I

Diagrama de selección de los estudios de la revisión (1998-2015)

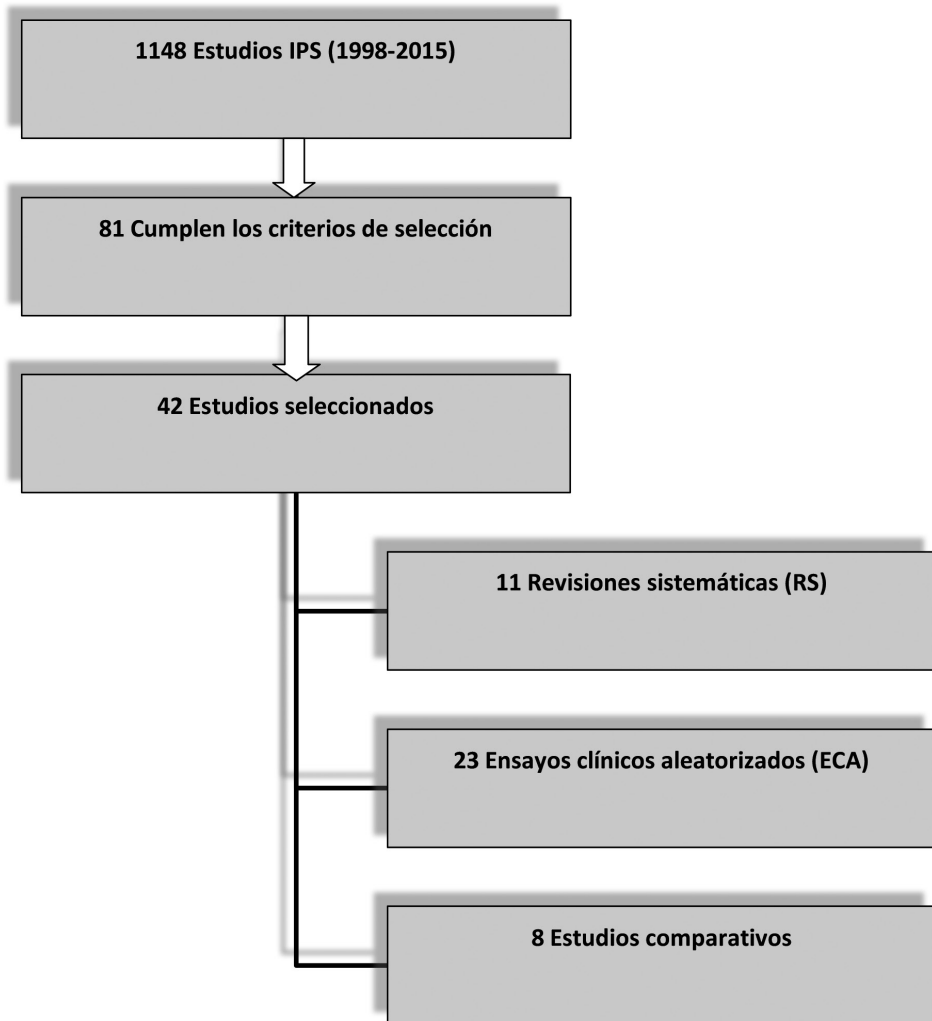


TABLA I

Nivel de calidad obtenido con la Escala Jadad para los Ensayos Clínicos Aleatorizados

Nivel de calidad de los ensayos clínicos aleatorizados. Escala Jadad (Puntuación total=5)						
Estudio	Calidad total (5)	Aleatorización (2)	Cegamiento (2)	Seguimiento (1)	Ocultamiento de la asignación	Nivel de evidencia
Drake (10)	3	2	0	1	Desconocido	IB
Mueser (11;12)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Lehman (13)	1	1	0	0	Desconocido	IB
Cook (15;16)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Twamley (14)	1	1	0	0	Desconocido	IB
Latimer (18)	3	2	0	1	Desconocido	IB
Gold (17)	3	2	0	1	Desconocido	IB
Burns (19;20;21)	2	1	0	1	Conocida, oculta hasta que los servicios fueron asignados	IB
Wong (22)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Tsang (24;25)	2	1	0	1	Desconocido	IB
Schneider (23)	1	0	0	1	Desconocido	IIB
Kilian (26)	2	2	0	0	No	IB
Areberg (27)	3	2	0	1	No	IB
Oshima (30)	2	1	0	1	No	IB
Waghorn (28)	2	1	0	1	No	IB
Michon (29)	3	2	0	1	No	IB
Bejerholm (31)	2	1	0	1	No	IB

Tabla II

Resultados vocacionales y no vocacionales encontrados en los diferentes estudios y revisiones

RESULTADOS										
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados	
Drake 1999 (10)	IPS / Rehabilitación vocacional	Al menos 20 horas /semana: IPS 71.1% vs GC 10.8%, -A los 18 meses: IPS vs GC (Md= 322 (66.2%) vs (Md= 27.6 (14.3%), x=4.35 p< 0.001	IPS vs GC (Md 45 (60.8%) vs Md 7 (9.2%), X ² = 44.1, p <0.001)	18 meses.	Roseberg IPS vs GC base (Md=20(d.s =0,61) vs Md=19,5(d.s= 0,65) IPS vs GC 18 meses (Md=18,5(d.s=0,70)vs Md=18,1(d.s=0,68)	Entrevista IPS base Md=4,6(d.s =0,15) IPS 18 meses Md=5(d.s=0,17) GC base Md=4,6 (d.s= 0,17) GC 18 meses Md=4,8(d.s=0,18)	-GAF IPS vs GC base (Md=42,7(d.s =1,08) vs Md=42,2(d.s= 1,11) IPS vs GC 18 meses (Md=45,8(d.s=1,11) vs Md=46 (d.s=1,76))	BPRS IPS vs GC base Md=37,4(d.s =1,01) vs Md=39,2(d.s= 1,19) IPS vs GC 18 meses (Md=37,6 (d.s=1,11) vs Md=41,1 (d.s=1,54)	-	
Mueser 2001 (11)	IPS, programa de rehabilitación psiquiátrica y servicios estandarizados	-	Acorde a sus preferencias, IPS mantenían más tiempo su empleo (Md):28,94, 15.12semanas,d.s =35.00, 20.60,n= 31.17, t= 1.72 p<0.05)	2 años	-	-	-	-	referencias laborales, la satisfacción laboral y la permanencia en el puesto de trabajo	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Mueser 2004 (12)	IPS, Programa de rehabilitación psicológica (RPS), serv. tradicional.	IPS (Md) 372,57 vs. Servicios tradicionales 176,02, $t(58.7) = 3.32$, $p < 0.02$	-	2 años	No expresan resultados estadísticos en cuanto a resultados vocacionales.	entrevista Breve versión de calidad de vida n.d.s.	GAS tendió a mejorar con el tiempo (línea de base M= 50,9, 2 años M=53,8).	PANSS y funcionamiento cognitivo tendió a empeorar (línea de base M=2,3, 2 años, M= 2,5).	Programa de Subescala y calificación global de la Escala de Ajuste Social-II
Lehman 2002 (13)	IPS Rehabilitación psicológica	-	Empleo: IPS 42% vs GC 11%, $p < 0,001$ OR: 5,58. Empleo competitivo: IPS27%vsGC 7%, $p < 0,001$ OR= 5,58) 11%, $p < 0,001$ OR: 5,58. Empleo competitivo: IPS27%vsGC 7%, $p < 0,001$ OR= 5,58)	24 meses	-	-	-	-	-

RESULTADOS

Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Gold 2006 (17)	IPS vs servicios tradicionales	IPS (Md = 372.57 vs. Servicios tradicionales 176.02, $t(58.7) = 3.32$, $p < 0.02$)	-	2 años	No expresan resultados estadísticos en cuanto a resultados vocacionales.	entrevista Breve versión de calidad de vida n.d.s.	GAS tendió a mejorar con el tiempo (línea de base M = 50.9, 2 años M = 53.8).	PANSS y funcionamiento cognitivo tendió a empeorar (línea de base M=2,3, 2 años, M= 2,5).	Programa de Subescala y calificación global de la Escala de Ajuste Social-II
EQULISE trial (19, 20, 21,26)	IPS vs servicios vocacionales	IPS (Md 428.8(d.s 706.77) vs GC 119.1 (d.s 311.94) IC 95% (189.22-434.17)	Al menos trabajan un día: IPS 85 (55%) vs GC 43 (28%) (diferencia 26.9%, IC 95% 16.4–37.4).	18 meses	- - LQoLP-EU: A los 18 meses IPS (Md= 4.7 (d.s =0.758)vs GC (Md= 4.7 (d.s=0.861), IC 95%, diferencia 0.032 (-0.137 a 0.201)	- LQoLP-EU: A los 18 meses S:IPS (Md= 57.4 (d.s = 11.90) vs GCI (Md= 58.3 (d.s=10.76), IC 95%, diferencia -1.23(-3.75 a 1.28) -18 meses GAF- D:IPS (Md= 57.6 (d.s = 11.94) vs GC(Md= 56.6 (d.s= 10.45), IC 95%, diferencia 1.48(-1.03 a 4)	PANSS Sólo PANSS tiene una latencia significativa entre individuos -Días Hospital: IPS pasó menos días en el hospital entre (6 p 0,032) y (12 y 18 meses) (b - 0,036; p 0,030). -HADS-A:IPS (Md=6.5 (d.s =4.53) vs GC(Md= 6.4 (d.s=4.30), IC 95%, diferencia -0.221(-1.07 a 0.632) -HADS-D:IPS (Md=6.1 (d.s =4.24) vs GC(Md= 6.2 (d.s=4.56), IC 95%, diferencia -0.302 (-1.21 a 0.606)	-GSDS A los 18 meses IPS (Md= 8.1 (d.s =3.38) vs GC (Md= 8.2 (d.s=4.11), IC 95%, diferencia -0.289 (-1.1 a 0.487)	

RESULTADOS									
Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Tsang 2010 (25)	ISE (IPS + habilidades sociales) -IPS -Rehabilitación vocacional.	-	ISE 82.8% vs IPS 61.5% vs 6.1%TVR (antes 15 meses, X2=6.779 p<0.009 Duración(semanas): ISE 46.94 vs IPS 36.17)	39 meses	-	-	-	-	-Escala Copago del Estrés Laboral de China (CJSC) - Índice de Bienestar Personal (PWI). -Escala de autoeficacia China(CGSS).
Areberg 2013 (27)	IPS/Rehabilitación vocacional tradicional	-	-	18 meses	-	MANSA:18 meses IPS (Md=55 vs GC Md=51, Z= 3.039, p=0.002, r=0.33). Tras IIT, IPS (Md=54 vs GC Md=50,5, Z = -2,311, p =0.021, r = 0.21.)	-	-	Motivación laboral Empoderamiento. Compromiso ocupacional

RESULTADOS

Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Michon 2014 (29)	IPS vs Rehabilitación tradicional	IPs vs GC (Md =422 +/-d.s= 920) vs (Md=237 +/- d.s =648), t= 1.43, df =146, p <0.05).	Empleo competitivo: 44% IPS vs 25% GC (X 2 = 5.61, p < 0 .05)	30 meses	Rosemberg IPS vs GC (Md =1.8 +/- d.s = 0.51 vs Md= 1.9 +/- d.s=0.47)	-MANSA IPS vs GC (Md =4.1 +/- d.s = 0.86 vs Md= 4.3 +/- d.s=0.86)	-	Salud mental: Mental Health Inventory-5 IPS vs GC (Md =56 +/- d.s = 18.5 vs Md= 63.4 +/- d.s=18.3) p<0.05, t=2.47 (149).	- -Perfil ocupacional (POES)
Bejerholm 2015 (31)	IPS y terapia tradicional	IPS 196 (384) vs GC 19 (82), diferencia 176, IC 95%(66 – 302), P= 0.003	IPS 46% GC vs. 11%; diferencia 36%, IC 95% 18 – 54) P = 0.0000.	18 meses	-	MANSA No expresa resultados	-	BPRS No expresa resultados	

RESULTADOS

Artículo	Grupos	Horas trabajadas	Tasa de empleo	Periodo seguimiento	Autoestima	Calidad de vida	Funcionalidad global	Sintomatología	Otros resultados
Bond 2012 (40)	IPS en EEUU y fuera de EEUU (15 estudios)	-	-Total: IPS 592 (55.7%) de IPS vs GC 253(22.6%) - 62.1% EEUU vs 47.3% no EEUU X ² =23.29 p<0.001)	6 meses a 30 meses.	-	-	-	-	Algunos Autoestima, funcionamiento social y red social. los participantes de IPS no difirieron de los controles
Henry 2004 (47)	IPS No IPS	-	-	-	-	-	-GAF	- SMOG-BH IPS conlleva significativamente a menor número de hospitalizaciones y visitas a urgencias F = 13.58, df = 1, 162, p < 0.0003, ES = 0.57, vs F = 4.51, df = 1, 162, p < 0.04, ES = 0.32)	Hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia en personas con IPS vs no IPS

TABLA III

*Nivel de calidad obtenido en la Escala Oxman
para las revisiones sistemáticas*

Nivel de calidad de las revisiones sistemáticas (RS). Escala Oxman (Puntuación total=10)						
Estudio	Puntuación	Tema	Selección	Importancia	Calidad	Combinación
Crowther, (32)	10	2	2	2	2	2
Crowther, (33)	10	2	2	2	2	2
Marshall (34)	10	2	2	2	2	2
Moll (35)	8	2	2	2	2	0
Twamley (36)	7	2	2	1	0	2
Bond (37)	7	2	2	1	1	1
Campbell (38)	4	2	1	0	0	1
Heffernan (39)	10	2	2	2	2	2
Bond (40)	8	2	2	1	1	2
Kinoshita (41)	7	2	1	1	1	2
Marshall (42)	9	2	2	2	2	1

TABLA IV
Nivel de calidad obtenido con la Escala Estabrooks para los estudios comparativos

Nivel de calidad de los estudios comparativos (EC), Escala de Estabrooks versión reducida (Puntuación total =35).											
	Puntuación (/30)	NIVEL DE CALIDAD*		Reclutamiento (/6) (/4)	Inclusión y exclusión (/4)	Descripción de la intervención (/6)	Análisis Estadístico (/10)	Medidas de resultado	Nivel de evidencia		
		A	M	B							
Bailey (43)	MEDIO	17	1	3	1	4 (M)	1 (B)	2 (M)	5 (A)	5 (M)	III
McHugo (44)	MEDIO	21	2	3	0	4 (M)	4 (A)	2 (M)	6 (A)	5 (M)	III
Becker (45)	ALTO	22	3	2	0	4 (M)	4 (A)	4 (A)	5 (A)	5 (M)	III
Rollins (46)	MEDIO	17	2	2	1	0 (B)	2 (M)	4 (A)	6 (A)	5 (M)	III
Henry (47)	MEDIO	19	2	2	1	3 (M)	1 (B)	3 (A)	5 (A)	7 (M)	III
Campbell (48)	MEDIO	21	1	3	1	6 (A)	3 (M)	2 (M)	3 (B)	7 (M)	III
Nygren (49)	MEDIO	18	1	3	1	3 (M)	3 (M)	4 (A)	4 (M)	4 (B)	III
Bond (50)	MEDIO	10	0	3	2	3 (M)	1 (B)	2 (M)	3 (M)	1 (B)	III

* (A:Alto; M:Medio;B:Baño)