

Impacto de la situación laboral en el primer episodio psicótico: Un análisis
de regresión logística

-

Impact of employment status on first episode psychosis: A logistic
regression analysis

Trabajo de fin de máster

AUTOR: Jon Egia García

TUTOR ACADÉMICO: Iñaki Zorrilla Martínez

LUGAR DE REALIZACIÓN: Hospital Santiago-Apóstol – HUA | Universidad de Cantabria (UC)



DECLARACIÓN DE NO PLAGIO

D./Dña. JON EGIA GARCIA con NIF 49999673L
estudiante del Máster Interuniversitario de Iniciación a la Investigación en Salud Mental,
curso 2024/2025 como autor/a de este documento académico
titulado: “IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN EL PRIMER EPISODIO
PSICÓTICO: UN ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA” y presentado como
Trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo tutor/es es/son IÑAKI
ZORRILLA MARTÍNEZ

DECLARO QUE:

El Trabajo de Fin de Máster que presento está elaborado por mí, es original, no copio, ni utilizo ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones de cualquier obra, artículo, memoria o documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía. Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito de otro o cualquier otra fuente.

En VITORIA-GASTEIZ, a 22 de JUNIO de 20 25

Fdo.: JON EGIA GARCIA

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera expresar mi agradecimiento a mis padres y mi hermana por su apoyo incondicional, paciencia y constante motivación. Gracias a su confianza y acompañamiento, ha sido posible haber llegado hasta aquí.

Quiero también agradecer al equipo del Dr. Meana, en el cual realicé la estancia de investigación corta tutelado por el Dr. Callado en la sección de Farmacología de la Facultad de Medicina de Leioa, en la Universidad del País Vasco. Su equipo mostró una gran dedicación en explicarme el funcionamiento de un laboratorio de investigación básica, compartiendo generosamente su experiencia y conocimiento y mostrándose siempre dispuesto a ofrecerme su ayuda.

Por último, y de manera especial, extendiendo mi gratitud a la Dra. González-Pinto y a su equipo (la unidad de psiquiatría del Hospital Santiago-Apóstol, en Vitoria-Gasteiz), con quienes realicé la estancia larga y desarrollé este Trabajo de Fin de Máster. Mi tutor, el Dr. Zorrilla, junto a los miembros de la unidad de investigación han sido un gran respaldo durante mi estancia. Deseo hacer una mención especial a los miembros de la unidad de investigación: Idoia Gómez Grávalos, Marta Melero González y Guillermo Cano Escalera (a este último le agradezco profundamente su asistencia y asesoramiento durante el desarrollo de este trabajo). Además de demostrar una gran profesionalidad en su trabajo, han mostrado una simpatía y un sentido del humor que ha hecho del entorno de la estancia un espacio excepcionalmente agradable de aprendizaje y colaboración.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	1
1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	5
1.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....	7
1.4. EL IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN EL DESARROLLO Y PRONÓSTICO DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.....	11
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	14
2.1. HIPÓTESIS.....	14
2.2. OBJETIVOS.....	15
2.2.1. <i>Objetivo general</i>	15
2.2.2. <i>Objetivos específicos</i>	15
3. METODOLOGÍA.....	16
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	16
3.2. MUESTRA.....	17
3.2.1. Criterios de inclusión en el estudio.....	17
3.2.2. Criterios de exclusión en el estudio.....	17
3.3. VARIABLES A ANALIZAR.....	18
3.3.1. <i>Variable dependiente</i>	18
3.3.2. <i>Variables sociodemográficas</i>	19
3.3.3. <i>Variables clínicas</i>	19
3.3.4. <i>Funcionamiento psicosocial y depresión</i>	20
3.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS.....	20
3.5. PROCEDIMIENTO.....	22
3.5.1. <i>Preparación de los datos</i>	22
3.5.2. <i>Análisis estadístico</i>	22
3.5.3. <i>Interpretación de hallazgos</i>	23
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4. RESULTADOS.....	24
4.1. EVALUACIÓN DE LA NORMALIDAD ESTADÍSTICA EN LA MUESTRA.....	24
4.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE: REGRESIÓN LOGÍSTICA.....	25
5. DISCUSIÓN.....	28
5.1. IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN EL CURSO CLÍNICO Y FUNCIONAL DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.....	28
5.2. IMPLICACIONES CLÍNICAS, EDUCATIVAS Y POLÍTICAS.....	30
5.3. GÉNERO Y DESIGUALDAD EN LA EXPERIENCIA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO.....	31
5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	33
5.5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	34

6. CONCLUSIONES.....	36
7. BIBLIOGRAFÍA.....	38
8. ANEXOS.....	47
Anexo A: Cuestionario empleado para la recogida de datos sociodemográficos.....	47
Anexo B: Escala de Impresión Clínica Global – Clinical Global Impression (CGI).....	48
Anexo C: Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento – Functioning Assessment Short Test (FAST) 49	
Anexo D: Escala de Depresión Montgomery-Asberg – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).....	50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resultados obtenidos en el test de normalidad (Shapiro-Wilk) en relación a la situación laboral.....	24
Tabla 2. Resultados del modelo de regresión logística para la predicción de la situación laboral en pacientes con PEP.....	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Curva ROC del modelo de regresión logística para la predicción de actividad laboral o académica en pacientes con primer episodio psicótico.....	25
Figura 2. Resultados del modelo de regresión logística para la predicción de la situación laboral en pacientes con PEP.....	26

RESUMEN / ABSTRACT

Introducción: El primer episodio psicótico (PEP) marca el inicio de una enfermedad mental potencialmente crónica. Factores estructurales, como la situación laboral, pueden influir de manera significativa en su evolución clínica y funcional. **Objetivos:** Explorar la influencia de la situación laboral en el desarrollo, evolución clínica y funcional del PEP, considerando su impacto en el acceso temprano a tratamiento, barreras socioeconómicas, relación con el género y desigualdades en las oportunidades laborales. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal con 256 pacientes que han padecido un primer episodio psicótico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y funcionamiento psicosocial mediante escalas estandarizadas (FAST, MADRS y CGI). Para el análisis se utilizaron pruebas de normalidad (Shapiro–Wilk) y análisis de regresión logística binaria para identificar predictores significativos de la situación laboral. **Resultados:** Los pacientes en situación activa tienden a ser más jóvenes, muestran un mejor desempeño en el funcionamiento psicosocial y presentan trayectorias clínicas más favorables, mientras que los inactivos muestran un mayor deterioro. El modelo mostró un buen rendimiento global (AUC = 0.803). **Discusión:** Los resultados confirman que la situación laboral es un factor determinante en la evolución clínica y funcional del PEP, actuando como un modulador del pronóstico y la adherencia al tratamiento. Este hallazgo exige intervenciones que combinen tratamiento clínico con apoyo psicoeducativo y vocacional, favoreciendo la inclusión social. **Conclusiones:** La situación laboral ejerce un papel de gran importancia en el desarrollo, evolución y pronóstico del PEP, actuando como factor modulador del curso y adherencia al tratamiento, e incluso como un posible factor de riesgo en su aparición.

Introduction: The first psychotic episode (FEP) marks the onset of a potentially chronic mental disorder. Structural factors, such as employment status, can significantly influence its clinical and functional progression. **Objectives:** To explore the influence of employment status on the development, clinical progression, and functional evolution of FEP—taking into account its impact on early treatment access, socioeconomic barriers, gender relations, and inequalities in employment opportunities. **Methodology:** An observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted with 256 patients who had experienced a first psychotic episode. Sociodemographic, clinical, and psychosocial functioning variables were analyzed using standardized scales (FAST, MADRS, and CGI). For the analysis, normality tests (Shapiro–Wilk) and binary logistic regression were employed to identify significant predictors of employment status. **Results:** Patients who are active tend to be younger, demonstrate better psychosocial functioning, and exhibit more favorable clinical trajectories, whereas inactive patients show greater deterioration. The model demonstrated good overall performance (AUC = 0.803). **Discussion:** The results confirm that employment status is a determining factor in the clinical and functional evolution of FEP, acting as a moderator of both prognosis and treatment adherence. This finding calls for interventions that combine clinical treatment with psychoeducational and vocational support in order to promote social inclusion. **Conclusions:** Employment status plays a crucial role in the development, evolution, and prognosis of FEP, acting as a moderator of the disease course and treatment adherence, and even as a potential risk factor in its onset.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

- Primer episodio psicótico, situación laboral, evolución clínica, funcionamiento psicosocial, regresión logística.
- First-episode psychosis, employment status, clinical evolution, psychosocial functioning, logistic regression.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El primer episodio psicótico (PEP) es un punto clave en el curso de los trastornos psicóticos, ya que es la primera manifestación clínica evidente de una alteración mental, en la que se observan una serie de cambios conductuales relacionados con la pérdida del contacto con la realidad y con la capacidad de comprensión del entorno y de uno mismo (Inyang et al., 2022; Santonja et al., 2023); estos cambios se expresan a través de una gran variedad de síntomas como las ideas delirantes, las alucinaciones, el pensamiento desorganizado y los comportamiento visiblemente alterados (Chart et al., 2023; Prakash et al., 2021). Este evento no solo el inicio potencial de una patología que podría volverse crónica a lo largo del tiempo, sino que también ofrece una oportunidad única para aplicar una intervención temprana, cuya eficacia se ha demostrado que puede modificar de manera significativa el pronóstico de la patología, así como la funcionalidad general del paciente a medio y largo plazo (Gómez-Revuelta et al., 2020; Üçok, 2021).

Los PEP cuentan con una clínica muy heterogénea, o en otros términos, con una sintomatología muy variada (Chart et al., 2023; Prakash et al., 2021). Los pacientes pueden manifestar síntomas positivos como las alucinaciones y las ideas delirantes (Inyang et al., 2022; Sunshine & McClellan, 2023), hasta síntomas negativos que incluyen la apatía (pérdida de interés en cualquier actividad), la anhedonia (pérdida de disfrute e incapacidad de experimentar placer), la alogia (pérdida de la capacidad de expresarse de manera lógica), el embotamiento afectivo y la tendencia al aislamiento social (Chart, et al., 2023; Dunleavy et al., 2022). Esta diversidad de síntomas supone un gran desafío tanto para el diagnóstico como para el diseño de estrategias terapéuticas eficaces. Por ello, los programas de intervención temprana que combinan tratamientos farmacológicos con intervenciones psicosociales específicas (como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento de habilidades sociales y el apoyo familiar) han demostrado ser especialmente efectivos para la reducción de la duración del periodo sin tratamiento (DUP por sus siglas en inglés) y en la mejoría de la integración social de los pacientes afectados de estos trastornos (Gómez-Revuelta et al., 2020; Prakash et al., 2021; Shields et al., 2022; Üçok, 2021).

Desde un punto de vista psicopatológico, el primer episodio psicótico es conocido como un fenómeno complejo y multifactorial, ya que su origen y manifestación están influenciados por una combinación de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales (Blackman et al., 2023; Dunleavy et al., 2022). Diversos estudios recientes han encontrado anomalías estructurales y funcionales en áreas clave del cerebro, lo cual podría explicar algunas de las alteraciones comúnmente observadas en pacientes que atraviesan un PEP (Blackman et al., 2023). Además, se ha puesto en evidencia el papel de los procesos neuroinflamatorios y las alteraciones en el metabolismo de diversos neurotransmisores, como la dopamina, la serotonina o el glutamato, lo que abre nuevas vías para el desarrollo de tratamientos dirigidos específicamente a estos mecanismos biológicos (Dunleavy et al., 2022). En las últimas décadas, el avance en el campo de las técnicas de neuroimagen ha permitido explorar de una forma mucho más profunda y precisa la fisiopatología del primer episodio psicótico, revelando no solo alteraciones en la estructura cerebral, sino también disfunciones funcionales en la misma. Esto sugiere la existencia de un sustrato neuroanatómico que interactúa de manera compleja con factores genéticos y ambientales (Blackman et al., 2023; Dunleavy et al., 2022). Esta información abre nuevas perspectivas para el desarrollo de biomarcadores que puedan predecir tanto la respuesta terapéutica como la evolución de la enfermedad, lo que podría transformar la forma de tratamiento de los pacientes que han atravesado un primer episodio psicótico (Dunleavy et al., 2022).

De la misma forma, desde el enfoque neuropsicológico, también se ha documentado una gran variedad de déficits cognitivos en pacientes diagnosticados de un PEP, los cuales incluyen alteraciones en funciones de aprendizaje, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y atención (Lee et al., 2024). Estos déficits pueden afectar gravemente al rendimiento funcional de los pacientes y dificultar su reintegración en la sociedad (Lee et al., 2022; Üçok, 2021). La evaluación de estos factores cognitivos se convierte en una herramienta esencial para diseñar intervenciones que, además de mejorar las habilidades cognitivas de los pacientes, faciliten una recuperación funcional más sólida y duradera (Lee et al., 2024). En este sentido, los programas de rehabilitación neuropsicológica y el entrenamiento cognitivo han adquirido un papel de gran importancia, consolidándose como intervenciones clave que complementan el abordaje farmacológico y psicosocial, ayudando a los

pacientes a mejorar su calidad de vida y favoreciendo una recuperación más integral (Lee et al., 2022; Lee et al., 2024).

Además de los progresos realizados en el campo de la neurobiología, recientes investigaciones han empezado a investigar el papel del microbioma intestinal en la patogenia del primer episodio psicótico. Se ha sugerido que las alteraciones en la composición y diversidad de la flora intestinal podrían influir directamente en los procesos neuroinflamatorios, los cuales a su vez estarían relacionados con el agravamiento de los síntomas psicóticos (Nuncio-Mora et al., 2023). Esta nueva línea de investigación ha dado lugar al concepto del “eje intestino-microbiota-cerebro”, sugiriendo que la modulación de la microbiota intestinal (ya sea mediante el uso de probióticos o a través de cambios dietéticos) podría ejercer un impacto beneficioso en la salud mental de las personas afectadas por un primer episodio psicótico (Nuncio-Mora et al., 2023; Tsamakís et al., 2022). Aunque esta área de estudio aún se encuentra en sus primeras etapas de desarrollo, las investigaciones actuales apuntan a la posibilidad de desarrollar terapias complementarias que puedan utilizarse junto con los tratamientos convencionales, abriendo así nuevas oportunidades terapéuticas para el tratamiento de los trastornos psicóticos (Tsamakis et al., 2022).

En lo que respecta a la complejidad etiológica del PEP, es importante destacar la influencia de factores psicosociales. La interacción entre experiencias adversas tempranas, estrés y vulnerabilidades individuales se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar síntomas psicóticos (Inyang et al., 2022). Igualmente, se ha examinado la presencia de síntomas obsesivo-compulsivos y otros fenómenos en el primer episodio psicótico, lo que sugiere la necesidad de evaluaciones más exhaustivas para identificar subgrupos específicos y personalizar los enfoques terapéuticos (Martinho et al., 2023).

Sumándose a estas variables, existe también un creciente interés en las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre mujeres y hombres en la presentación clínica, el curso de la enfermedad y los resultados del tratamiento de los trastornos psicóticos (Hong et al., 2023). Esta línea de investigación ha cobrado particular relevancia en los últimos años, a medida que se reconoce la

necesidad de adoptar enfoques más personalizados y sensibles al género en el abordaje del PEP y otros trastornos psicóticos (Comacchio et al., 2020).

Estudios recientes han observado que las mujeres con trastornos psicóticos tienden a manifestar una mayor prevalencia de síntomas positivos y afectivos (como alucinaciones, delirios paranoides, ansiedad o sintomatología depresiva). Por el contrario, los hombres suelen presentar con mayor frecuencia síntomas negativos (anhedonia, el aislamiento social y la disminución de la expresión emocional), así como un perfil más marcado de déficits cognitivos (Comacchio et al., 2020). Además, es más probable que los varones cumplan criterios para trastornos comórbidos por uso de sustancias, lo cual complica tanto el diagnóstico como el tratamiento y puede interferir en la adherencia terapéutica y el pronóstico general (Irving et al., 2021).

También se ha identificado que las mujeres experimentan un pródromo prepsicótico más prolongado que los hombres, lo cual podría estar relacionado con una mayor conciencia de enfermedad, una búsqueda de ayuda más temprana o una forma más insidiosa de presentación clínica y experimentan trastornos psicóticos completos a una edad más avanzada (Irving et al., 2021; Seeman et al., 2019). Además, la aparición del episodio psicótico tiende a producirse en mujeres a una edad más avanzada, lo que podría tener implicaciones relevantes en el desarrollo neurobiológico y en la integración psicosocial (Seeman et al., 2019). En lo que respecta al funcionamiento social, varios estudios han evidenciado que las mujeres experimentan un deterioro menor en comparación con los hombres (Comacchio et al., 2020; Dubreucq et al., 2021) y se ha sugerido que las mujeres presentan una mejor respuesta al tratamiento antipsicótico y a las intervenciones psicosociales, tanto en términos de velocidad como de eficacia, siendo más frecuente una recuperación clínica más rápida y sostenida en el tiempo (Seeman et al., 2019).

Aunque los estudios a corto plazo tienden a indicar una mejor calidad de vida en mujeres con trastornos psicóticos en comparación con los hombres (Dubreucq et al., 2021; Seeman et al., 2019), las investigaciones revelan que estas diferencias tienden a reducirse con el tiempo, probablemente debido a la progresión natural del trastorno (Dubreucq et al., 2021; Hong et al., 2023).

La adolescencia y la madurez temprana son periodos críticos en el desarrollo neurobiológico, en los cuales se experimentan cambios estructurales y funcionales significativos que pueden inducir cambios a largo plazo en su funcionamiento, lo que resulta en la aparición de diferentes trastornos (Bond et al., 2015; Marques-Feixa et al., 2021; Marques-Feixa et al., 2023). En este contexto, el inicio temprano de un episodio psicótico puede interrumpir el desarrollo normal de la vida del paciente, ya que, además de las alteraciones biológicas que se pueden generar, a menudo, se enfrentan a dificultades cognitivas y sociales que dificultan su participación plena en el sistema educativo, lo que les dificulta el acceso a la educación formal (Kavanagh et al., 2025). Con un tratamiento temprano y eficaz, la mayoría de las personas mejoran y, en algunos casos, los síntomas remiten, aunque la mayoría de las personas afectadas necesitan tratamiento a largo plazo (Sunshine & McClellan, 2023).

El aislamiento social es otro factor que complica la integración de estos jóvenes en la sociedad, en parte, a causa del estigma generado por el resto de la sociedad (Shields et al., 2022). La presencia de síntomas negativos contribuyen a la dificultad para establecer relaciones interpersonales, lo que agrava aún más las barreras para la integración laboral y académica (Bond et al., 2015; Dunleavy et al., 2022; Shields et al., 2022). Para reducir estas dificultades, los programas de intervención deben ir más allá del tratamiento clínico, integrando estrategias que favorezcan el desarrollo de habilidades sociales y laborales, con el fin de facilitar la adaptación y la inclusión de estas personas en la comunidad (Kavanagh et al., 2025).

1.2. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El Ministerio de Sanidad (2021) señala que la psicosis en conjunto afecta al 1,2% de la población (1,4% mujeres y 1,1% hombres). La psicosis más frecuente es la psicosis afectiva, con una prevalencia de 7,2‰ (9,6‰ en mujeres y 4,8‰ en hombres), que crece con la edad hasta llegar a estar presente en el 2% de las mujeres de 65 a 84 años y el 0,8% en hombres en ese mismo rango de edad. La esquizofrenia aparece en el 3,7‰ de la población (4,5‰ en hombres y 2,9‰ en mujeres), siendo creciente la frecuencia y las diferencias por sexo hasta los 50 años. En el caso de las psicosis no especificadas (las psicosis agudas, reactivas, transitorias y puerperales), su prevalencia global es del

1,9‰ y es similar en ambos sexos, aunque en las edades avanzadas es más frecuente en las mujeres y en las tempranas en hombres. Se menciona una apreciación de un gradiente social acusado, con una gran prevalencia en hombres en los niveles de renta más bajos.

En lo que a la esquizofrenia se refiere, esta se caracteriza por distorsiones inapropiadas y/o intrusivas del pensamiento, de la percepción y del afecto sin afectación de la consciencia ni de las capacidades intelectuales. El diagnóstico de esquizofrenia incluye todos los diagnósticos de esquizofrenia y de trastorno de ideas delirantes, los trastornos esquizotípicos y esquizoafectivos. La esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, es más frecuente en los hombres (4,5‰) que en las mujeres (2,9‰), aunque depende de la edad, pues la frecuencia es doble entre los 20 y los 49 años y se iguala a partir de los 65 años, apareciendo en este momento un ligero incremento en la mujer. Se descubre un gradiente social marcado, sobre todo en rentas muy bajas, siendo más evidente en este grupo la mayor prevalencia en varones (Ministerio de Sanidad, 2021). Además, los estudios apuntan que la esquizofrenia es uno de los trastornos mentales con mayor riesgo de mortalidad. Correll et al. (2022) realizaron un metaanálisis de 135 estudios de cohorte realizado entre 2020 y 2022 que comparó a 4,5 millones de pacientes con esquizofrenia con alrededor de 1.110 millones de personas de la población general cuantificó de forma exhaustiva este aumento del riesgo. En concreto, se observó un aumento de 2,9 veces en la mortalidad por todas las causas en los pacientes con esquizofrenia en comparación con la población general, y un riesgo algo menor, pero aún significativamente mayor de 1,6 veces, en comparación con los controles de la población general con enfermedades físicas; siendo más alta para la mortalidad relacionada con el suicidio.

Además, otros estudios epidemiológicos han mostrado que la incidencia de PEP varía entre 15 y 30 casos por cada 100.000 habitantes, aunque estos valores fluctúan dependiendo de los factores socioeconómicos, culturales y geográficos (Prakash et al., 2021). Además, la DUP se ha identificado como uno de los principales predictores de un curso clínico desfavorable. A mayor DUP, aumenta el riesgo de deterioro funcional y una menor respuesta a la intervención, lo cual pone en evidencia la necesidad de estrategias de detección y manejo precoz (Gómez-Revuelta et al., 2020; Prakash et al., 2021).

1.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

El impacto del primer episodio psicótico no se limita únicamente al ámbito clínico; también tiene implicaciones sociales, económicas y éticas. El estigma asociado a los trastornos psicóticos, junto con la dificultad de acceder a diagnósticos precisos y a tratamientos adecuados, puede retrasar significativamente la intervención temprana, lo que a su vez aumenta el riesgo de deterioro funcional y social de los pacientes (Shields et al., 2022). Además, factores de riesgo como la ideación suicida o el abuso de sustancias han sido identificados en diversas investigaciones, lo que subraya la necesidad de contar con protocolos que aborden no solo los aspectos clínicos, sino también los psicosociales y la seguridad personal (Gill et al., 2023). El tratamiento del primer episodio psicótico debe incluir estrategias para prevenir la exclusión social y mejorar la calidad de vida de los pacientes, promoviendo una integración más exitosa en la sociedad y el entorno laboral (Shields et al., 2022).

El consumo de sustancias es una comorbilidad frecuente en pacientes con trastornos psicóticos, lo que complica significativamente el curso clínico y la gestión terapéutica de la patología. Una revisión sistemática reciente, realizada por Siddiqui et al. (2024) evaluó la eficacia de las intervenciones psicosociales en individuos con trastornos psicóticos y uso concomitante de sustancias, concluyendo que no hay evidencia suficiente que respalde su efectividad en la mejora del uso de sustancias, la sintomatología o el funcionamiento general en esta población. Además, el consumo de sustancias en pacientes psicóticos se ha asociado con déficits cognitivos similares en magnitud a los observados en la esquizofrenia, lo que sugiere la necesidad de estrategias de tratamiento específicas para esta población (Gicas et al., 2022).

Más concretamente, el consumo de cannabis (particularmente del compuesto THC) es una de las sustancias que más se consume entre los pacientes con primer episodio de psicosis; con una tasa de uso del 64%, de los cuales el 30% desarrolla un trastorno por consumo (González-Ortega et al., 2022). Esta sustancia se asocia con un peor pronóstico clínico y funcional en pacientes con esquizofrenia en el PEP que la consumen, en comparación con aquellos que no lo hacen (González-Pinto et al., 2011). Además, un estudio que relacionaba la reserva cognitiva con el rendimiento cognitivo y los resultados clínicos en general, observó que principalmente en pacientes sin consumo de cannabis la reserva

cognitiva y el rendimiento cognitivo guardaban una relación positiva, y que en consumidores de THC la reserva cognitiva no media eficazmente entre la cognición y el funcionamiento (Amoretti et al., 2022). En cuanto al manejo farmacológico, los agonistas parciales de dopamina, como aripiprazol, cariprazina y brexpiprazol, han demostrado controlar eficazmente los síntomas psicóticos y los trastornos por uso de sustancias, presentando un perfil de seguridad favorable (Neyra et al., 2024).

Por otra parte, se ha investigado el papel que juegan el nivel socioeconómico (NSE) y el nivel educacional en la probabilidad de desarrollar un primer episodio psicótico y en los resultados del tratamiento. Diversos estudios han demostrado que un bajo NSE y nivel educativo está asociado tanto con un mayor riesgo de padecer trastornos psicóticos como con peores resultados en la intervención temprana (Bennett & Rosenheck, 2021; Farooq et al., 2024; Mar et al., 2024). Se ha sugerido que esta diferencia es atribuible a que, en personas con bajo NSE, se diagnostica más tarde debido a su dificultad para recibir atención médica adecuada (Bennett & Rosenheck, 2021). De manera similar, la explicación de esta disparidad es que las personas con un nivel socioeconómico más bajo experimentan dificultades para obtener tratamiento no farmacológico como primera línea de atención para los trastornos (Mar et al., 2024).

El NSE también puede influir significativamente en la respuesta al tratamiento, ya que las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen un riesgo incrementado de experimentar un primer episodio psicótico y, al mismo tiempo, suelen obtener peores resultados en el tratamiento (Bennett & Rosenheck, 2021). Además, las barreras socioeconómicas a menudo dificultan el acceso a tratamientos dado que se asocian con una comprensión limitada de los síntomas psicóticos, lo que podría retrasar el diagnóstico y la intervención en estos individuos (Bennett & Rosenheck, 2021; Gaughran, et al., 2021).

Esta relación entre nivel educativo y acceso al tratamiento también ha sido observada en contextos de ingresos bajos y medios. El nivel educativo juega un papel crucial en el acceso al tratamiento para el PEP, ya que los individuos con menor educación tienen menos probabilidades de identificar síntomas psicóticos y buscar ayuda de manera temprana (Bennett & Rosenheck, 2021; Farooq et al., 2024). Por

otro lado, el nivel educativo también está relacionado con la capacidad cognitiva y los resultados clínicos de los pacientes con un diagnóstico de PEP. Los pacientes con un nivel educativo más alto tienden a mostrar mejores resultados en las funciones cognitivas, como la memoria y la atención (Tschentscher et al., 2023).

En este contexto, en lo que a la prevención se refiere, Santonja et al. (2023) proponen que la promoción de la salud mental y las estrategias educativas desde etapas tempranas pueden ayudar a prevenir el desarrollo de síntomas psicóticos. Esto implica que intervenciones educativas dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos de los trastornos psicóticos podrían ser fundamentales, especialmente en poblaciones con menor nivel educativo, para reducir la incidencia del primer episodio psicótico. La educación, en este contexto, parece desempeñar un papel relevante no solo en el acceso al tratamiento, sino también en la prevención.

En lo que a la etnia se refiere, a pesar del aumento de las tasas de personas de color que obtienen títulos de educación superior, estas personas todavía experimentan desigualdades económicas en comparación con las personas caucásicas con el mismo nivel de educación. Por ejemplo, en el estudio de Ruiz-Yu et al. (2024), se descubrió que, entre las que tenían títulos superiores, las mujeres negras obtuvieron un menor beneficio económico de su educación en comparación con sus equivalentes. Además, las personas de color que asisten a la educación superior pueden provenir de entornos económicamente desfavorecidos y, por lo tanto, tienen menos probabilidades de tener ingresos disponibles (Farooq et al., 2024; Ruiz-Yu et al., 2024).

En paralelo a estos estudios, un creciente grupo de autores ha señalado la influencia de las condiciones laborales en la salud mental de los individuos. Factores como el estrés laboral, el empleo precario y la falta de control sobre las tareas laborales han sido identificados como determinantes significativos en el bienestar emocional y cognitivo (Koseoglu et al., 2022). Estos elementos pueden actuar como catalizadores en la aparición de trastornos como la ansiedad, resaltando la necesidad de considerar el entorno ocupacional como un componente clave en el análisis de la salud mental (Ajnakina et al., 2021; Koseoglu et al., 2022).

Diversos estudios han sugerido también que las experiencias adversas durante la infancia pueden influir significativamente en el desarrollo de síntomas psicóticos en la edad adulta (Marques-Feixa et al., 2023; Inyang et al., 2021). Estas experiencias, conocidas como adversidades infantiles o trauma infantil, incluyen eventos estresantes como el abuso físico, sexual y emocional, así como la negligencia (Inyang et al., 2021). En los primeros años de vida, los niños todavía se encuentran en un período sensible de desarrollo neurológico, cognitivo, social y emocional, por lo que estar expuestos a factores estresantes ambientales prolongados, como vivir en un hogar con abuso de sustancias, presenciar violencia doméstica o experimentar pérdidas interpersonales (la muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, el divorcio de los padres...) antes de los 17 años puede resultar especialmente perjudicial (Marques-Feixa et al., 2023; Inyang et al., 2021).

Las investigaciones indican que los individuos que han sufrido maltrato infantil o adversidades tempranas tienden a desarrollar síntomas psicóticos más graves, persistentes y a menudo resistentes al tratamiento; además de contar con más probabilidades de experimentar nuevas experiencias adversas durante la infancia, lo que se conoce como revictimización. (Marques-Feixa et al., 2021; Inyang et al., 2022).

La exposición prolongada a estos factores adversos puede alterar el desarrollo neurobiológico, creando una vulnerabilidad neurobiológica que aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos. Además, tanto el trastorno de estrés postraumático como las experiencias adversas durante la infancia pueden modificar la aparición y la gravedad de los síntomas psicóticos, influyendo de manera significativa en su curso y tratamiento (Inyang et al., 2022).

1.4. EL IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN EL DESARROLLO Y PRONÓSTICO DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Esta red compleja y multifactorial de elementos biológicos, psicológicos y sociales que afectan de manera directa al desarrollo y a la evolución del primer episodio psicótico, el entorno sociocultural y las condiciones generales de vida de los individuos adquieren un papel de gran relevancia (Gutiérrez et al., 2024). Entre estos factores, destaca la situación laboral, la cual surge como variable de especial interés no solo por su vinculación con el contexto socioeconómico global de cada persona, sino también por el profundo impacto que ejerce sobre aspectos fundamentales como la detección temprana de síntomas, el acceso efectivo al sistema sanitario y la adherencia mantenida al tratamiento (Bond et al., 2015).

En lo que respecta a la situación laboral, la estabilidad y la calidad del empleo desempeñan un papel esencial como posibles factores protectores frente al deterioro social, ya que proporcionan no solo seguridad económica y estabilidad financiera, sino también una estructura diaria con un propósito y oportunidades frecuentes de interacción social que, en conjunto, contribuyen de manera positiva a mantener el funcionamiento general del paciente (Ajnakina et al., 2021; Gutiérrez et al., 2024). No obstante, las desigualdades estructurales en el acceso a una educación de calidad y a oportunidades laborales estables tienden a aumentar la vulnerabilidad frente a los trastornos psicóticos, especialmente en poblaciones más jóvenes (Ajnakina et al., 2021). Las trayectorias educativas interrumpidas, la falta de cualificación profesional y el desempleo prolongado no solo limitan el desarrollo personal y profesional del individuo, sino que afectan de manera directa al bienestar mental, generando sentimientos persistentes de frustración, inseguridad vital y aislamiento social (Gutiérrez et al., 2024; Ajnakina et al., 2021).

Estas condiciones socioeconómicas adversas se relacionan con una mayor exposición al estrés ambiental, menor acceso a servicios de salud mental y redes de apoyo social debilitadas, lo cual dificulta considerablemente la recuperación tras un episodio psicótico (Gutiérrez et al., 2024). La marginación laboral de quienes han atravesado un episodio psicótico contribuye a su cronificación, al

reducir las posibilidades de reintegración social y autonomía (Ajnakina et al., 2021; Bond et al., 2015). Por ello, los programas de intervención deben contemplar estrategias de inclusión social que promuevan la educación continua, el desarrollo de habilidades laborales y la reinserción laboral, además del tratamiento clínico del trastorno (Ajnakina et al., 2021).

La integración en los ámbitos laborales es, por tanto, esencial para la recuperación y el pronóstico funcional a largo plazo (Kavanagh et al., 2025). Participar en actividades laborales no solo indica estabilidad clínica, sino que también fortalece la reintegración social y mejora la calidad de vida (Ajnakina et al., 2021; Kavanagh et al., 2025). La evidencia señala que la situación laboral influye decisivamente en la capacidad del paciente para establecer rutinas, mantener autonomía y reducir el riesgo de recaída (Kavanagh et al., 2025).

La revisión de Kavanagh et al. (2025) destaca cómo el apoyo familiar, los entornos educativos flexibles y los programas de rehabilitación vocacional favorecen el compromiso con el empleo o los estudios tras un PEP. La asistencia estructurada en la búsqueda y mantenimiento de empleo se asocia con una mayor participación en estas actividades, lo que, a su vez, contribuye a recuperar habilidades sociales y cognitivas, disminuir el estigma y reforzar la autoeficacia.

En la misma línea, otros trabajos de investigación muestran que la continuidad educativa y la inserción laboral tienen un impacto positivo en el pronóstico funcional (Bond et al., 2015; Kavanagh et al., 2025). La interrupción académica o la inestabilidad en el empleo se vinculan con una mayor persistencia de síntomas y deterioro funcional (Kavanagh et al., 2025). Por ello, la implementación de apoyos como tutorías, adaptaciones curriculares o programas laborales con acompañamiento profesional resulta fundamental para mitigar los efectos negativos del trastorno (Bond et al., 2015).

La situación laboral no solo ayuda a predecir el curso de la enfermedad, sino que también se ve afectada por la misma, configurando una relación bidireccional (Bond et al., 2015). La aparición de síntomas psicóticos puede interferir con la trayectoria profesional, limitando las oportunidades futuras y perpetuando la vulnerabilidad (Ajnakina et al., 2021; Kavanagh et al., 2025). Por ello, una intervención temprana que contemple la dimensión ocupacional puede ser clave para reducir el

impacto funcional de la patología y consolidar una base sólida para el desarrollo personal (Bond et al., 2015).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

La situación laboral de los individuos desempeña un papel significativo en el desarrollo, la evolución y el pronóstico del primer episodio psicótico. Esta variable puede actuar no sólo como factor de riesgo en la aparición del trastorno, sino también como modulador en su curso y en la respuesta al tratamiento. Concretamente, una situación laboral poco favorable (como un desempleo prolongado o una incapacidad laboral) se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar PEP, al igual que con una evolución menos favorable de la enfermedad (caracterizada por menor adherencia al tratamiento y dificultades en la funcionalidad).

Por el contrario, una situación laboral activa y estable podría ejercer un efecto protector, ayudando en la detección temprana de los síntomas, una mejor adherencia al tratamiento y una recuperación funcional más sólida y duradera.

Esta dinámica se ve influida por diferencias de género y desigualdades estructurales, como el nivel socioeconómico, el contexto familiar y las redes de apoyo social, que condicionan las oportunidades laborales de los individuos.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1. *Objetivo general*

Explorar la influencia que ejerce la situación laboral de los pacientes en el desarrollo, la progresión clínica, la adherencia terapéutica y los resultados funcionales asociados al primer episodio psicótico.

2.2.2. *Objetivos específicos*

- Evaluar el impacto de las condiciones laborales en la presentación clínica inicial del PEP.
- Analizar de qué forma la situación laboral influye en el acceso temprano al sistema de salud mental, en los tiempos de inicio de tratamiento y en la adherencia a los programas terapéuticos establecidos, considerando posibles barreras estructurales.
- Identificar desigualdades que dificultan el acceso a oportunidades laborales, y que podrían contribuir a aumentar la vulnerabilidad al trastorno, teniendo en cuenta factores como el nivel socioeconómico, el contexto familiar y las redes de apoyo social.
- Explorar la interacción de las diferencias de género con la situación laboral en la aparición, evolución y pronóstico del primer episodio psicótico; considerando calidad predictiva de esta en el acceso a tratamiento y la recuperación funcional.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente trabajo utiliza un diseño transversal, en el que se realizó un análisis de datos recolectados previamente de una base de 256 personas incluidas en un estudio sobre el primer episodio psicótico. Este enfoque metodológico permite evaluar diferentes variables sociodemográficas, como la situación laboral, y distintos aspectos relacionados con la aparición del primer episodio psicótico, así como con los resultados funcionales de los pacientes.

El diseño transversal del estudio se debe a que los datos analizados se recolectaron en un único momento temporal, lo cual permite obtener una visión instantánea de las condiciones sociales, educativas y laborales de los pacientes, en relación con los parámetros clínicos del primer episodio psicótico. La elección de esta metodología facilita la identificación de factores de riesgo que puedan influir en el acceso a los servicios de salud mental, en la adherencia terapéutica y en los resultados funcionales.

Además, el enfoque permite explorar la influencia de factores como la educación y el empleo en el acceso temprano a la atención sanitaria, el inicio del tratamiento y la adherencia a los programas terapéuticos, proporcionando información valiosa para el desarrollo de estrategias orientadas a la mejora de los resultados.

Por otro lado, el diseño observacional también ayuda a la comprensión de desigualdades estructurales y sociales, como las barreras para acceder a oportunidades educativas y laborales. Esto es necesario para identificar mecanismos que puedan incrementar la vulnerabilidad de ciertas poblaciones al trastorno psicótico y para establecer posibles vías de intervención.

3.2. MUESTRA

La población objetivo de este estudio está formada por 256 pacientes que han experimentado un PEP.

Los criterios de inclusión y exclusión son los siguientes:

3.2.1. Criterios de inclusión en el estudio

- **Edad:** Participantes con edades entre 10 y 40 años en el momento de la evaluación inicial.
- **Idioma:** Para poder favorecer una comunicación fluida, solo se reclutaron pacientes que conocieran el idioma castellano o el euskera (idiomas de referencia de los entrevistadores).
- **Evaluación basal:** Datos clínicos disponibles sobre el estado clínico basal o evaluación inicial realizada en proyectos de investigación previos. El periodo entre el inicio de los síntomas psicóticos y la evaluación basal debe ser inferior a 24 meses.
- **Diagnóstico:** Para el grupo de pacientes con PEP, se requiere un diagnóstico confirmado de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos (según la clasificación CIE-11), validado mediante entrevistas diagnósticas.
- **Consentimiento informado:** Todos los participantes deben haber firmado su consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética correspondiente, para la evaluación y uso de sus datos en el estudio.

3.2.2. Criterios de exclusión en el estudio

- **Presencia de deterioro cognitivo:** Tanto en el grupo de personas con diagnóstico psiquiátrico como en el grupo en el que no lo tienen, se excluyeron a las personas que tuviesen deterioro cognitivo.

- **Reticencia a la participación:** Al ser un estudio completamente voluntario, todas aquellas personas a las que se les ofreció participar en el estudio y que rechazaron la invitación, no fueron incluidas en el estudio.

La muestra empleada para este análisis está compuesta por una base de datos previamente recopilada que incluye 256 pacientes con un primer episodio psicótico.

La selección de los participantes no se realizó mediante un muestreo probabilístico, sino que se basa en la accesibilidad de los datos existentes y la disponibilidad de consentimientos informados.

3.3. VARIABLES A ANALIZAR

Este estudio considera una variable dependiente principal: la situación laboral. Esta será evaluada en función de distintas variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y conductuales presentes en la base de datos. A continuación se explica la descripción y clasificación de la variable principal:

3.3.1. Variable dependiente

- Situación laboral: La clasificación de la situación laboral se ha basado en criterios utilizados por organismos estadísticos y estudios europeos. El Instituto Nacional de Estadística (INE) clasifica como población activa a quienes trabajan o buscan empleo activamente, mientras que considera inactivos a jubilados, estudiantes no incorporados al mercado laboral, personas con incapacidad permanente y otros colectivos sin búsqueda activa de empleo. De forma similar, la Office for National Statistics (ONS) del Reino Unido define como “económicamente inactivos” a aquellos que no trabajan ni buscan empleo, incluyendo a estudiantes y personas jubiladas o con enfermedades de larga duración (ONS, 2015). Además, en el ámbito académico, la Encuesta Social Europea (ESS) proporciona clasificaciones que agrupan a trabajadores y estudiantes en el grupo de actividad, mientras que el resto (desempleados, jubilados, incapacitados) queda fuera de ese marco (Vasilescu et al.,

2025). En base a estas referencias, se han establecido los siguientes grupos dentro de esta variable:

- **Activo:** Se incluyen pacientes que estén empleados o inscritos en programas educativos actualmente (trabajadores o estudiantes activos).
- **No activo:** Esta categoría incluye a personas en distintas situaciones que no han sido consideradas en el grupo anterior; como aquellas en paro sin subsidio, en paro con subsidio, en situación de invalidez, jubiladas, dedicadas a labores del hogar o en baja laboral.

3.3.2. Variables sociodemográficas

- Edad del paciente.
- Sexo.

Aunque en la base de datos se incluye la etnia de los pacientes como variable a estudio, en el presente trabajo se ha optado por descartar dicha variable, debido a que todos los datos recogidos del estudio pertenecen a pacientes de la misma etnia (caucásica).

3.3.3. Variables clínicas

- Antecedentes psiquiátricos: Registro de diagnósticos o tratamientos previos relacionados con trastornos mentales en el historial clínico del paciente.
- Antecedentes familiares de psicosis: Presencia documentada de diagnósticos de psicosis en familiares.
- Estado clínico global del paciente: Valorado a través de una entrevista con el clínico correspondiente, y reflejado en las escalas correspondientes.

3.3.4. Funcionamiento psicosocial y depresión

- Funcionamiento psicosocial: Evaluado mediante la puntuación obtenida en la escala FAST.
- Nivel de depresión: Evaluado empleando la escala MADRS.

3.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recopilación de datos de este estudio se emplearon una serie de herramientas, con el objetivo de garantizar la precisión y fiabilidad de los resultados. Los instrumentos utilizados se agrupan en las siguientes categorías:

- **Entrevistas diagnósticas**: Se utilizaron entrevistas estructuradas para confirmar los diagnósticos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el grupo de pacientes. También se distribuyó un cuestionario (presentado en el *Anexo A*) para recoger los datos sociodemográficos de cada sujeto.
- **Escalas clínicas**: Se aplicaron los siguientes instrumentos:
 - *CGI (Clinical Global Impression)*: Es una escala utilizada para evaluar de manera global el estado clínico de los pacientes. Fue diseñada para medir tanto la gravedad de la enfermedad como los cambios observados después de las intervenciones terapéuticas (visible en el *Anexo B*). Esta escala ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para evaluar la gravedad clínica en programas de intervención temprana en psicosis, mostrando una alta fiabilidad y correlaciones significativas con otras medidas clínicas como la PANSS, la BPRS y la GAF (Khau et al., 2022). Esta consta de dos componentes principales:

- i. **Gravedad (Severity):** Evalúa el nivel de gravedad de la enfermedad del paciente en el momento de la evaluación en una escala que va desde “Normal, no enfermo” hasta “Extremadamente enfermo”.
 - ii. **Mejoría (Improvement):** mide el grado de cambio clínico tras una intervención o tratamiento en relación con el estado inicial del paciente, clasificando desde “Mucho mejor” hasta “mucho peor”.
- *FAST (Functioning Assessment Short Test):* Esta escala mide el funcionamiento psicosocial de una persona en áreas como la autonomía, el desempeño laboral y académico, las relaciones sociales y las actividades cotidianas (disponible en el *Anexo C*). Es especialmente útil para evaluar el impacto funcional de los trastornos mentales. Ha sido validada específicamente en pacientes que han sido diagnosticados de primer episodio psicótico, mostrando excelentes propiedades psicométricas y estableciendo puntos de corte para diferentes niveles de deterioro funcional, lo que la convierte en una herramienta útil para evaluar la funcionalidad psicosocial en esta población (Amoretti et al., 2021).
 - *MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale):* Una herramienta diseñada para evaluar la severidad de los síntomas depresivos y determinar el grado de depresión del paciente. Incluye varios ítems relacionados con el estado de ánimo, la capacidad de concentración, los patrones de sueño y otros indicadores clave (visible en el *Anexo D*). Ha sido validada en pacientes con trastornos psicóticos de inicio reciente, mostrando una adecuada validez psicométrica y correlaciones significativas con otras medidas de depresión, lo que la convierte en una herramienta sensible a los cambios clínicos en pacientes con primer episodio psicótico (Herniman et al., 2021).

3.5. PROCEDIMIENTO

Los procedimientos específicos realizados en el presente trabajo incluirán:

3.5.1. Preparación de los datos

Se ha realizado una limpieza y organización previa de los datos recopilados en la base de datos, asegurando la correcta clasificación de las variables.

3.5.2. Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante la utilización del programa estadístico JASP, que permite explorar las relaciones entre la variable dependiente (la situación laboral) y las variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y conductuales incluidas en la base de datos. El nivel de significación para los test se establecerá en dos niveles, siendo $p < 0.05$ representativo y $p < 0.005$ muy representativo (junto a los datos, el nivel de significación se especificará empleando “*” para los datos representativos y “**” para los datos muy representativos).

Previo a la aplicación de los análisis, se verificará el cumplimiento del supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, una herramienta estadística utilizada para evaluar si una distribución de datos se distribuye significativamente de una manera normal. Primero se aplicará en los datos correspondientes a la variable del nivel educativo.

En una segunda fase, se empleará un modelo de regresión logística binaria para analizar la asociación entre la situación laboral y las diferentes variables independientes, con el objetivo de identificar predictores significativos de la probabilidad de estar laboral o académicamente activo, controlando simultáneamente el efecto de las otras variables. Se incluirán en el modelo variables como edad, sexo, nivel educativo, los antecedentes psiquiátricos familiares y personales, puntuaciones en la escala FAST y en la escala MADRS.

3.5.3. Interpretación de hallazgos

Los resultados del análisis estadístico se interpretarán para desarrollar las conclusiones finales.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Los datos empleados para este estudio fueron obtenidos a partir de proyectos de investigación previos, y recopilados de acuerdo con los principios éticos y legales establecidos por la Declaración de Helsinki y las Buenas Prácticas Clínicas. Además, el estudio obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital Universitario Araba (HUA). La protección y gestión de los datos personales respetaron las normativas vigentes, como el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para garantizar la ética en el tratamiento de los datos y la participación de los sujetos, se emplearon los siguientes recursos:

- **Consentimiento informado:** Todos los participantes, o sus tutores legales, otorgaron su consentimiento informado, aprobado previamente por el Comité de Ética del centro. El consentimiento incluyó la autorización para utilizar los datos clínicos.
- **Confidencialidad y gestión de datos:** Los datos fueron pseudonimizados y almacenados en una base de datos segura, alojada en un servidor autorizado. Cada centro participante garantizó que los datos fueron obtenidos conforme a las normativas éticas y legales aplicables.
- **Supervisión ética:** Se enviaron informes periódicos al Comité de Ética para garantizar el cumplimiento de los estándares éticos durante el desarrollo del estudio.

4. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de la muestra de 256 pacientes del estudio sobre el primer episodio psicótico.

La muestra ha sido dividida en los subgrupos especificados en el apartado anterior, lo que ha permitido examinar el impacto de las diferentes variables sobre el curso clínico y funcional de los pacientes. La presentación de los resultados se organiza en dos bloques principales: la evaluación de la normalidad estadística y la regresión logística binaria.

4.1. EVALUACIÓN DE LA NORMALIDAD ESTADÍSTICA EN LA MUESTRA

Antes de proceder con el análisis comparativo entre grupos, se ha evaluado la distribución de las variables mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. En la *Tabla 1* se muestran los resultados del test de normalidad Shapiro-Wilk en la situación laboral.

Tabla 1. Resultados obtenidos en el test de normalidad (Shapiro-Wilk) en relación a la situación laboral

Variable	Estadístico	Valor p
<i>FAST (Autonomía)</i>	W = 0.952	< 0.001**
<i>FAST (Func. laboral)</i>	W = 0.935	< 0.001**
<i>FAST (Func. cognitivo)</i>	W = 0.965	< 0.001**
<i>FAST (Finanzas)</i>	W = 0.814	< 0.001**
<i>FAST (Rel. interpersonales)</i>	W = 0.959	< 0.001**
<i>FAST (Ocio)</i>	W = 0.928	< 0.001**
<i>FAST (TOTAL)</i>	W = 0.980	< 0.001**
<i>MADRS</i>	W = 0.942	< 0.001**

El análisis ha revelado que las variables evaluadas, tanto en el grupo activo como en el no activo, no siguen una distribución normal.

A continuación, y tal y como se ha especificado en el apartado de “*Metodología*”, cada una de las variables dependientes será analizada por partes, separando las variables sociodemográficas, clínicas, el consumo de tóxicos y el funcionamiento psicosocial y el nivel de depresión.

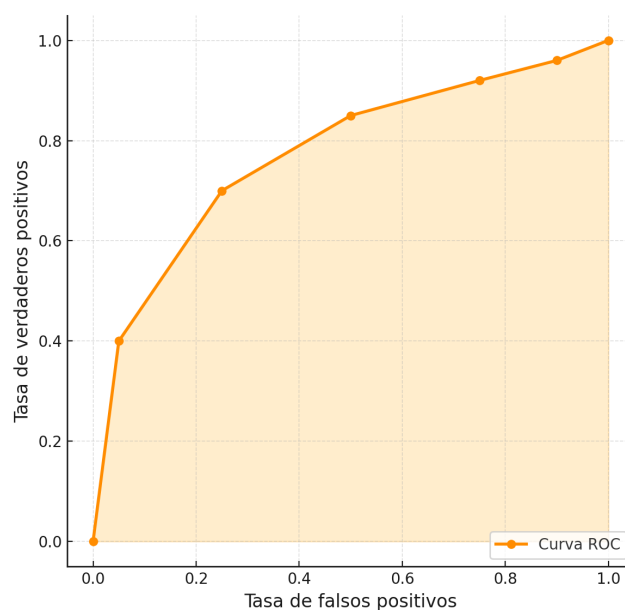
4.2. ANÁLISIS MULTIVARIANTE: REGRESIÓN LOGÍSTICA

Se ha realizado un análisis multivariante mediante regresión logística binaria con el objetivo de identificar los factores que mejor predicen la probabilidad de que un paciente con primer episodio psicótico se encuentre en situación laboral activa (empleado o estudiante).

La variable dependiente ha sido la situación laboral (activo vs. no activo), y como variables independientes se han incluido las siguientes: edad, sexo, nivel educativo, la presencia de antecedentes psiquiátricos en el paciente y en su familia, la situación clínica basal (puntuación en la escala CGI), funcionamiento psicosocial (puntuación total en la escala FAST) y sintomatología depresiva (escala MADRS).

En primer lugar, se muestra representado en la *Figura 1* el gráfico que representa la capacidad discriminativa del modelo de regresión logística:

Figura 1. Curva ROC del modelo de regresión logística para la predicción de actividad laboral o académica en pacientes con primer episodio psicótico



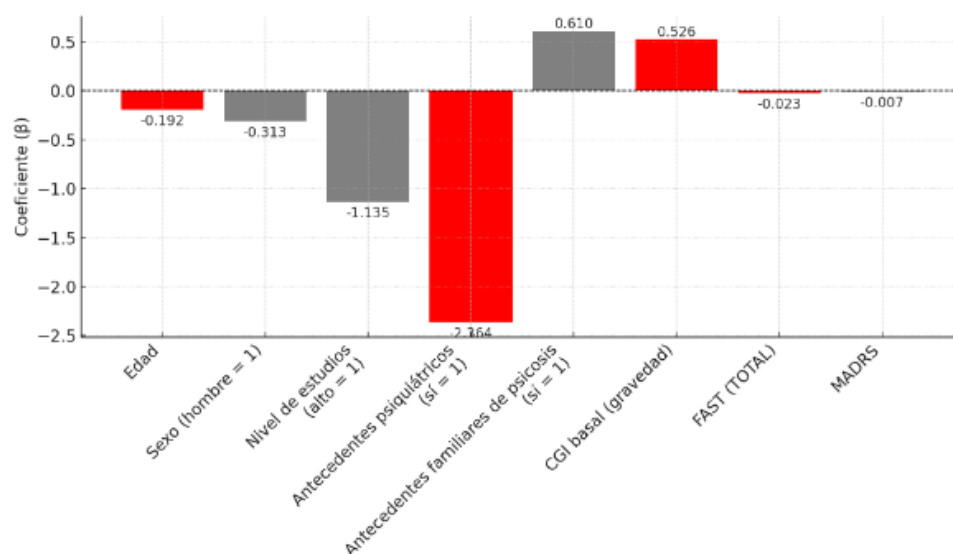
El modelo resultante fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$) y presentó un buen ajuste global, con un área bajo la curva ROC (AUC) de 0.803, lo que indica una adecuada capacidad de discriminación del modelo entre individuos activos e inactivos.

A continuación, se presentan en la *Tabla 2* y en la *Figura 2* los resultados de la regresión logística binaria:

Tabla 2. Resultados del modelo de regresión logística para la predicción de la situación laboral en pacientes con PEP

Variable	Coefficiente (β)	Valor p
<i>Intercepto</i>	6.568	< 0.001**
<i>Edad</i>	-0.192	< 0.001**
<i>Sexo (hombre = 1)</i>	-0.313	0.339
<i>Nivel de estudios (alto = 1)</i>	-1.135	0.089
<i>Antecedentes psiquiátricos (sí = 1)</i>	-2.364	0.042*
<i>Antecedentes familiares de psicosis (sí = 1)</i>	0.610	0.125
<i>CGI Basal (Gravedad)</i>	0.526	0.002**
<i>FAST (TOTAL)</i>	-0.023	0.025*
<i>MADRS</i>	-0.007	0.647

Figura 2. Resultados del modelo de regresión logística para la predicción de la situación laboral en pacientes con PEP



Los resultados mostraron que la edad ($\beta = -0.192$; $p < 0.001$), los antecedentes psiquiátricos ($\beta = -2.364$; $p = 0.042$), la gravedad clínica basal ($\beta = 0.526$; $p = 0.002$) y el funcionamiento psicosocial ($\beta = -0.023$; $p = 0.025$) fueron predictores significativos. En concreto, una mayor edad, la presencia de antecedentes psiquiátricos y un mayor deterioro en el funcionamiento psicosocial se asociaron con una menor probabilidad de estar activo laboral o académicamente, mientras que una mayor gravedad clínica basal en la escala CGI aumentó la probabilidad de estar activo.

En cambio, el sexo ($\beta = -0.313$; $p = 0.339$), el nivel educativo ($\beta = -1.135$; $p = 0.089$), los antecedentes familiares de psicosis ($\beta = 0.610$; $p = 0.125$) y la sintomatología depresiva ($\beta = -0.007$; $p = 0.647$) no alcanzaron significación estadística, lo que sugiere que no ayudan de a predecir la situación laboral en el modelo del primer episodio psicótico, al menos de manera independiente.

En conjunto, estos resultados destacan el papel de los factores clínicos y funcionales en el pronóstico de los pacientes de un primer episodio psicótico.

5. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados obtenidos confirma que la situación laboral tiene una influencia significativa en la evolución clínica y funcional del primer episodio psicótico. En esta sección se discutirán los resultados obtenidos a la luz de investigaciones recientes, abordando las implicaciones clínicas, educativas y de políticas públicas derivadas de esta realidad. Finalmente, se reconocerán las limitaciones del estudio y se plantearán nuevas líneas de investigación.

5.1. IMPACTO DE LA SITUACIÓN LABORAL EN EL CURSO CLÍNICO Y FUNCIONAL DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Los resultados del presente estudio ponen en evidencia el peso de la situación laboral como predictor de la evolución funcional y clínica de los pacientes con primer episodio psicótico. El análisis de la regresión logística revela que, dentro del contexto del PEP, la puntuación total en la escala FAST actúa como un predictor estadísticamente significativo de la probabilidad de estar activo laboral o académicamente incluso tras ajustar por edad, nivel educativo, sexo y sintomatología depresiva. Este resultado subraya que, a mayor deterioro funcional reflejado en la escala FAST, menor es la probabilidad de estar laboral o académicamente activo. Además, la edad también mostró un efecto significativo, confirmando que una mayor edad disminuye la probabilidad de estar activo laboral o académicamente.

Estos hallazgos refuerzan la hipótesis de que la situación laboral no solo refleja el nivel de funcionalidad global, sino que también interactúa con otros factores, como la edad y el funcionamiento psicosocial, para modular las trayectorias de recuperación en el primer episodio psicótico. En una revisión sistemática reciente, Kavanagh et al. (2025) concluyeron que el compromiso con actividades laborales o educativas tras un primer episodio de psicosis está condicionado por diversos factores, identificándose barreras (como la juventud, el estigma y ciertos aspectos sintomáticos) y facilitadores (como el cese del consumo de sustancias y el apoyo familiar y financiero) que, en conjunto, influyen en la reintegración ocupacional y educativa de los pacientes.

Asimismo, Ajnakina et al. (2021) plantean que la participación activa en estas actividades favorece una mayor adherencia al tratamiento y una percepción de recuperación subjetiva más positiva. La participación laboral ofrece estructura, sentido de propósito y oportunidades de interacción social, elementos clave para fomentar la estabilidad emocional y prevenir el aislamiento, un factor de riesgo bien documentado para recaídas y deterioro funcional en trastornos psicóticos (Ajnakina et al., 2021).

La situación laboral también puede influir en la adherencia al tratamiento y en la percepción subjetiva de recuperación. Estudios como el de Ajnakina et al. (2021) han sugerido que los pacientes con empleo tienden a mostrar mayor cumplimiento terapéutico, probablemente debido a una red de apoyo más sólida, una rutina estable y una mayor motivación intrínseca por mantener la estabilidad necesaria para conservar su trabajo. De hecho, se plantea que el empleo puede actuar como un "marcador indirecto" de funcionalidad, reflejando no solo estabilidad clínica, sino también una serie de competencias psicosociales que favorecen la recuperación (Ajnakina et al., 2021; Correll et al., 2022).

La regresión logística también muestra que variables como el nivel educativo y la sintomatología depresiva no alcanzan un valor significativo como predictores independientes de una situación activa, lo que revela que el funcionamiento psicosocial y la edad tienen un papel más determinante en esta relación. Esto resulta relevante, ya que sugiere que las intervenciones terapéuticas deberían centrarse prioritariamente en mejorar la funcionalidad general de los pacientes, al tiempo que se considera la edad como factor de riesgo o protección en las trayectorias laborales y académicas.

Además, aunque el sexo no alcanzó significación estadística como predictor, la literatura ha documentado diferencias de género relevantes en la inserción laboral y en la evolución clínica del PEP (Hong et al., 2023). Este aspecto abre la puerta a una exploración en mayor profundidad, en futuros estudios con muestras y análisis más amplios.

Es relevante señalar que la relación entre situación laboral y funcionalidad no debe entenderse de manera unidireccional. Contar con una situación laboral o académica estable permite que los pacientes mantengan rutinas regulares y redes de apoyo que facilitan la detección temprana de síntomas (Ajnakina et al., 2021; Bond et al., 2015). Esta estructura no solo contribuye a acudir a la consulta de

forma oportuna, sino que también potencia la adherencia al tratamiento al integrar al paciente en entornos que valoran la continuidad y la prevención (Correll et al., 2022). Además, la estabilidad en estos ámbitos favorece el desarrollo de estrategias organizativas y de autocuidado, lo que incide directamente en la capacidad del paciente para identificar de manera precoz cualquier deterioro en su estado de salud y reaccionar con prontitud para recibir atención especializada (Gutiérrez et al., 2024).

Del mismo modo, la mayor edad en el grupo inactivo refuerza la importancia de implantar estrategias de intervención temprana y programas de rehabilitación funcional desde las fases iniciales del PEP. Una intervención temprana que favorezca la reincorporación a actividades laborales o educativas podría tener un efecto positivo sostenido en el tiempo (Bond et al., 2015; Kavanagh et al., 2025; Santonja et al., 2023).

5.2. IMPLICACIONES CLÍNICAS, EDUCATIVAS Y POLÍTICAS

Dado que la regresión logística mostró que el deterioro funcional es un predictor significativo de la situación laboral o académica activa, los resultados de este estudio sugieren que las intervenciones centradas en la salud mental deben adoptar un enfoque verdaderamente biopsicosocial (Bennett & Rosenheck, 2021; Gutiérrez et al., 2024). La atención exclusiva a los síntomas psicóticos sin considerar los determinantes sociales, como la educación y el empleo, limita significativamente las posibilidades de recuperación sostenida (Ruiz-Yu et al., 2024). Por tanto, los profesionales deben estar formados no solo en el manejo farmacológico y psicoterapéutico, sino también en la derivación y coordinación con recursos educativos, laborales y comunitarios (Bond et al., 2015).

Los hallazgos también revelaron que la edad desempeña un papel relevante en la probabilidad de estar activo. Esto sugiere que las intervenciones deben mostrar cierta sensibilidad a la etapa vital del paciente y diseñarse de forma flexible para fomentar la reincorporación laboral y educativa, especialmente en pacientes jóvenes. Los primeros años tras el inicio del primer episodio psicótico constituyen una ventana de oportunidad crítica para la recuperación funcional y la integración social (Bond et al., 2015; Kavanagh et al., 2025).

A nivel político, se hace urgente consolidar estrategias de salud mental y comunitaria que incorporen la perspectiva de derechos y equidad. El reciente Plan de Salud Mental del Ministerio de Sanidad ha incluido líneas de acción para favorecer la inclusión laboral de personas con trastornos mentales, pero su desarrollo práctico sigue siendo desigual y depende de las iniciativas de cada comunidad autónoma (Ministerio de Sanidad, 2021). Un abordaje efectivo requerirá de financiación adecuada, formación de profesionales no sanitarios y la eliminación de barreras administrativas que dificultan la participación activa de este colectivo.

Asimismo, debe fomentarse una sensibilización social que rompa con el estigma asociado a los trastornos psicóticos (AFES Salud Mental, 2024). La idea de que una persona con esquizofrenia no puede trabajar, estudiar ni llevar una vida autónoma sigue arraigada en muchos entornos sociales y laborales (Comunidad de Madrid, 2023). Superar este prejuicio requiere campañas de concienciación, testimonios de usuarios, colaboración con medios de comunicación y formación específica en el sector empresarial (AFES Salud Mental, 2024; Comunidad de Madrid, 2023).

5.3. GÉNERO Y DESIGUALDAD EN LA EXPERIENCIA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

Aunque en este estudio el sexo no alcanzó significación estadística como predictor independiente de la situación laboral o académica activa, diversos estudios han mostrado que la experiencia del primer episodio psicótico no es neutra en términos de género (Comacchio et al., 2020; Seeman, 2019). Las mujeres tienden a debutar más tardíamente, presentar un mayor componente afectivo y mantener redes sociales más activas (Comacchio et al., 2020; Irving et al., 2021). Esto ha sido interpretado como un posible factor protector frente al deterioro funcional, ya que las redes de apoyo suelen relacionarse con mejores resultados terapéuticos (Dubreucq et al., 2021). Sin embargo, también están más expuestas a desigualdades estructurales, mayor carga en los cuidados familiares y barreras para acceder a recursos comunitarios, lo que puede dificultar su integración en ámbitos laborales y educativos (Martínez-Redondo & Arostegui, 2023).

En relación con la perspectiva de género, es indispensable reconocer que las experiencias de mujeres y hombres en el PEP son significativamente diferentes debido a roles sociales y expectativas culturales (Seeman, 2019). Por ejemplo, las mujeres a menudo enfrentan la carga de las responsabilidades familiares y laborales, lo que puede demorar la búsqueda de ayuda especializada y dificultar la adherencia a los tratamientos, al verse sometidas a mayores presiones y estigmatización por mostrar vulnerabilidad (Comacchio et al., 2020; Martínez-Redondo & Arostegui, 2023; Seeman, 2019). En contraste, los varones pueden sentirse más afectados por presiones y expectativas sociales, lo que dificulta expresar sus dificultades emocionales y buscar asistencia, contribuyendo a una menor adherencia y un empeoramiento del pronóstico (Seeman, 2019).

Es importante señalar que, aunque en este estudio la regresión logística no identificó el sexo como predictor significativo, esto no implica la inexistencia de desigualdades de género, sino que subraya la necesidad de explorar de forma más compleja las interacciones que incluyan factores como la edad, la red de apoyo y el nivel socioeconómico. Estas desigualdades muestran la necesidad de desarrollar intervenciones adaptadas que, además de abordar los aspectos clínicos, incluyan estrategias específicas de apoyo psicosocial que tengan en cuenta los condicionantes de género, permitiendo así una atención integral y equitativa (Comacchio et al., 2020; Dubreucq et al., 2021).

Las mujeres presentan, en comparación con los hombres, diferencias en los resultados subjetivos de la recuperación, evidenciadas por una mayor cantidad de necesidades insatisfechas en áreas como las relaciones interpersonales. Estas diferencias sugieren que el tipo y la organización de las intervenciones terapéuticas deberían adaptarse para atender de forma específica estas necesidades, permitiendo así una atención integral y equitativa. (Dubreucq et al., 2021).

Por su parte, los varones presentan con mayor frecuencia consumo problemático de sustancias, conductas de riesgo, y menor disposición a buscar ayuda o mantener continuidad en los tratamientos (Seeman, 2019), lo que puede afectar negativamente su pronóstico funcional y aumentar el riesgo de recaídas. Asimismo, la reticencia a expresar vulnerabilidad emocional podría contribuir a la mayor

prevalencia de síntomas negativos en hombres al presentarse en el primer episodio psicótico (Irving et al., 2021).

Diseñar estrategias sensibles al género implica reconocer las diferencias en las experiencias de mujeres y varones sin patologizarlas, adaptando los programas de rehabilitación y apoyo a las necesidades específicas de cada grupo (Seeman, 2019; Martínez-Redondo & Arostegui, 2023). Esto incluye ofrecer espacios seguros para mujeres, que brinden entornos de protección y apoyo frente a la violencia y el acoso (Martínez-Redondo & Arostegui, 2023), integrar servicios de apoyo en contextos comunitarios para varones con alta resistencia al tratamiento (Irving et al., 2021; Seeman, 2019), y garantizar que los equipos profesionales reciban formación en perspectiva de género y derechos humanos, lo cual resulta fundamental para proveer una atención integral y equitativa (Martínez-Redondo & Arostegui, 2023).

5.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal, la información que se recopiló hace referencia a un único punto temporal, lo que impide evaluar la evolución de los pacientes o establecer relaciones causales a lo largo del tiempo. Esta restricción sugiere que, en el futuro, los hallazgos de este estudio deben complementarse con estudios longitudinales que permitan un seguimiento más extenso.

Asimismo, aunque la inclusión de una regresión logística aporta un análisis estadístico que permite identificar predictores independientes de la situación laboral o académica activa (como el deterioro funcional y la edad) de manera sólida, el enfoque cuantitativo utilizado deja fuera variables cualitativas que podrían ser relevantes para una comprensión más integral del proceso de recuperación. Aspectos como la percepción subjetiva del estigma que sufren los pacientes, las expectativas personales sobre la reincorporación laboral y académica, o las barreras emocionales y motivacionales que refieren a la hora de retomar actividades educativas y laborales no han sido contemplados en este trabajo. La incorporación de instrumentos cualitativos o mixtos, así como

escalas validadas que recojan estas dimensiones, podría enriquecer significativamente la interpretación de los resultados y aportar una perspectiva más holística.

Además, aunque se ha controlado por variables como la edad, el nivel educativo, el sexo y la sintomatología depresiva en el modelo estadístico, otros factores potencialmente influyentes, como la estabilidad y el tipo de empleo (empleo formal o informal, tipo de jornada...), el apoyo familiar y social, o el contexto cultural en el que se insertan los pacientes, no han sido incluidos en el análisis. Estas variables podrían influir de manera importante el impacto del empleo en la evolución clínica y funcional del primer episodio psicótico, por lo sería una opción a valorar que se incluyan estas variables en estudios futuros.

Finalmente, aunque la regresión logística no mostró significación estadística para algunas variables como el sexo y la sintomatología depresiva, esto no implica necesariamente la ausencia de efectos clínicos relevantes, sino que podrían existir interacciones más complejas entre variables que no hayan sido exploradas en este análisis. Se podría considerar estrategias de análisis más detalladas que permitan explorar estas interacciones en la población con PEP.

5.5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A partir de los hallazgos y limitaciones del presente estudio, se identifican diversas líneas prioritarias de investigación. Una de ellas es la realización de estudios longitudinales que analicen el impacto de programas de rehabilitación laboral y educativa. Este tipo de investigaciones permitiría evaluar la efectividad de intervenciones centradas en el funcionamiento psicosocial y su influencia en la probabilidad de mantenerse activo laboral o académicamente, así como en indicadores clínicos y de calidad de vida. Además, teniendo en cuenta los resultados de la regresión logística, que identificaron el deterioro funcional y la edad como predictores significativos de la situación laboral o académica activa, resultaría interesante analizar cómo estos factores evolucionan en el tiempo.

Otra posible línea emergente de investigación podría centrarse en el papel de las nuevas tecnologías como herramienta de apoyo en la inclusión laboral/académica de personas con PEP. El desarrollo de

plataformas de formación online, programas de teletrabajo y tutorías virtuales ofrece oportunidades para superar barreras de movilidad, estigma percibido y limitaciones geográficas que dificultan la reincorporación al mercado laboral o educativo. Evaluar la eficacia, la accesibilidad y la aceptación de estas herramientas en pacientes que han pasado por un primer episodio psicótico podría ayudar a diseñar intervenciones más adaptadas a las necesidades actuales y futuras de estas personas.

Asimismo, resulta interesante destacar la importancia de profundizar en la perspectiva de los propios pacientes. Estudios cualitativos centrados en explorar sus experiencias, expectativas, barreras y motivaciones respecto a la reincorporación laboral y educativa aportarían información valiosa para diseñar programas de intervención más centrados en la persona. Esta línea de investigación permitiría complementar el análisis cuantitativo de predictores como la FAST o la edad con una mayor comprensión del proceso de recuperación.

Finalmente, se podría contemplar incorporar variables que no han sido incluidas en el presente análisis (como el tipo y la estabilidad del empleo, el grado de apoyo familiar y social, y el contexto cultural) en futuros estudios. Estas podrían ejercer un papel de gran importancia en la influencia de la situación laboral y educativa en la evolución clínica y funcional del primer episodio psicótico, y su análisis permitiría avanzar hacia modelos de atención más personalizados.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten llegar a la conclusión de que la situación laboral influye significativamente en el primer episodio psicótico. Además, los resultados sugieren que la situación laboral puede actuar no solo como modulador del curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, sino también como un factor de riesgo en la aparición del trastorno. Así, el análisis ha demostrado que aquellos individuos que presentan una situación laboral menos favorable (como el desempleo prolongado o la incapacidad laboral) podrían tener una mayor probabilidad de desarrollar un episodio psicótico, lo que subraya la importancia de considerar las variables socioeconómicas en las estrategias de prevención e intervención temprana.

En primer lugar, se ha observado que una situación laboral o académica activa se asocia con trayectorias clínicas más favorables, en las que se puede observar un menor deterioro funcional en áreas como la autonomía, las relaciones interpersonales y la gestión económica. Este efecto protector se mantiene incluso tras ajustar por variables sociodemográficas y clínicas iniciales, lo que apoya que la actividad laboral ejerce un papel modulador en la recuperación funcional y la adherencia al tratamiento farmacológico.

Por el contrario, las personas que se encuentran desvinculadas del mercado laboral (por desempleo, jubilación, invalidez o bajas prolongadas) muestran un perfil más vulnerable. No sólo obtenían una mayor puntuación en la escala FAST (lo que indica una mayor percepción del deterioro funcional), sino que presentan mayor gravedad de sus síntomas al inicio del trastorno y una mayor presencia de síntomas depresivos. Estos hallazgos apoyan la idea de que la inactividad laboral puede convertirse en un factor de gran influencia, que limita el acceso a redes de apoyo y oportunidades de reinserción. En este sentido, diseñar programas de reinserción laboral (desde el empleo con apoyo hasta la formación vocacional) que permitan a los pacientes retomar sus proyectos de vida y reforzar su autonomía adquiere una gran importancia.

Más allá de las implicaciones individuales, es algo a tener en cuenta que en entornos con grandes desigualdades estructurales, el riesgo de exclusión social aumenta, y la interrupción de trayectorias

profesionales o formativas puede derivar en la cronificación del trastorno psicótico. Por ello, es importante recalcar que garantizar el acceso universal a oportunidades laborales dignas debe dejar de ser una aspiración para convertirse en un objetivo prioritario. Solo abordando la enfermedad desde una perspectiva integral (que combine el tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales y programas de empleo) se podrá minimizar el impacto a largo plazo y reducir la carga tanto para los pacientes como para el sistema sanitario.

En la práctica clínica, esto implica varias líneas de actuación. En primer lugar, incorporar evaluaciones periódicas de funcionamiento psicosocial (por ejemplo, con la escala FAST) y niveles de depresión o ansiedad (con escalas como MADRS o PANSS) para detectar precozmente la desmotivación laboral o académica. En segundo lugar, activar recursos de intervención temprana, como talleres de habilidades laborales, tutorías y grupos de apoyo grupales, que refuercen las capacidades de cada persona. Y en tercer lugar, fomentar alianzas con agentes y empresas para ayudar a la inserción y a la adaptación a las necesidades y ritmo de cada paciente.

En definitiva, los resultados de este trabajo confirman que la situación laboral no solo está vinculada a la aparición del primer episodio psicótico, sino que también ejerce un papel relevante en su evolución clínica y funcional. Una situación laboral activa actúa como un factor protector, que ayudaría a obtener una mejor adherencia al tratamiento, un funcionamiento psicosocial más saludable y una mayor autonomía, mientras que la inactividad laboral o académica se asocia con un deterioro funcional y clínico más marcado, así como con mayores niveles de sintomatología depresiva. Estos resultados subrayan la necesidad de implantar estrategias integrales que contemplen tanto el tratamiento farmacológico como el apoyo psicosocial y laboral, y que permitan a los pacientes conseguir, mantener o recuperar su papel activo en la sociedad. Asimismo, el análisis estadístico confirma que la situación laboral juega un papel de gran relevancia como predictor, junto con la edad y el funcionamiento psicosocial, reforzando la necesidad de abordar estos factores desde el inicio del tratamiento. Con ello, se destaca la importancia de diseñar políticas sanitarias y sociales que favorezcan la reinserción laboral y educativa, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a prevenir la cronificación del trastorno psicótico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. AFES Salud Mental. (2024). *Buenas prácticas en sensibilización contra el estigma en salud mental*. AFES Salud Mental.
<https://saludmentalafes.org/wp-content/uploads/2024/01/04-buenas-practicas-sensibilizacion-0823.pdf>
2. Ajnakina, O., Stubbs, B., Francis, E., Gaughran, F., David, A. S., Murray, R. M., & Joyce, E. M. (2021). Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*, 231, 122–133.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33839370/>
3. Amoretti, S., Mezquida, G., Rosa, A. R., Bioque, M., Cuesta, M. J., Pina-Camacho, L., Garcia-Rizo, C., Barcones, F., González-Pinto, A., Merchán-Naranjo, J., Corripio, I., Vieta, E., Baeza, I., Cortizo, R., Bonnín, C. M., Torrent, C., & Bernardo, M. (2021). The functioning assessment short test (FAST) applied to first-episode psychosis: Psychometric properties and severity thresholds. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 47, 98–111.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33658165/>
4. Amoretti, S., Verdolini, N., Varo, C., Mezquida, G., Sánchez-Torres, A. M., Vieta, E., et al. (2022). Is the effect of cognitive reserve in longitudinal outcomes in first-episode psychoses dependent on the use of cannabis? *Journal of Affective Disorders*, 302, 83–93.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35066012/>
5. Ayuso, V. G., & Rosa, J. M. (2023). Empleo con apoyo para personas con trastorno mental grave: Revisión bibliográfica de la evidencia en España. In *Actas del IX Congreso de la Red Española de Política Social* (Vol. 2, No. 1, pp. 381–390). Departament de Benestar Social.
<https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/164884>

6. Bennett, D., & Rosenheck, R. (2021). Socioeconomic status and the effectiveness of treatment for first-episode psychosis. *Health services research*, 56(3), 409–417.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33231881/>
7. Blackman, G., Neri, G., Al-Doori, O., Teixeira-Dias, M., Mazumder, A., Pollak, T. A., Hird, E. J., Koutsouleris, N., Bell, V., Kempton, M. J., & McGuire, P. (2023). Prevalence of Neuroradiological Abnormalities in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 80(10), 1047–1054.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10339221/>
8. Bond, G. R., Drake, R. E., & Luciano, A. (2015). Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(5), 446–457. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25016950/>
9. Chart, J. P., Gutiérrez, G., & Goena, J. (2023). Primer episodio psicótico. *Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(86), 5057–5068.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223002251>
10. Comacchio, C., Lasalvia, A., Bonetto, C., Cristofalo, D., Miglietta, E., Petterlini, S., De Santi, K., Tosato, S., Riolo, R., Cremonese, C., Ceccato, E., Zanatta, G., Ruggeri, M., & Group PV. (2020). Gender and 5-years course of psychosis patients: focus on clinical and social variables. *Archives of women's mental health*, 23(1), 63–70.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30719573/>
11. Comunidad de Madrid. (2023). *Sensibilización social contra el estigma asociado a la enfermedad mental*. Comunidad de Madrid.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/sensibilizacion-social-estigma-asociado-enfermedad-mental>

12. Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 248–271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524619/>
13. Dubreucq, M., Plasse, J., Gabayet, F., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Mora, G., Pommier, R., Quiles, C., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C., ... Red, R. E. (2021). Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 82(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34010524/>
14. Dunleavy, C., Elsworth, R. J., Upthegrove, R., Wood, S. J., & Aldred, S. (2022). Inflammation in first-episode psychosis: The contribution of inflammatory biomarkers to the emergence of negative symptoms, a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 146(1), 6–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35202480/>
15. Farooq, S., Fonseka, N., Ali, M. W., Milner, A., Hamid, S., Sheikh, S., Khan, M. F., Azeemi, M. M., Ariyadasa, G., Khan, A. J., & Ayub, M. (2024). Early Intervention in Psychosis and Management of First Episode Psychosis in Low- and Lower-Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Schizophrenia bulletin*, 50(3), 521–532. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38525604/>
16. Gaughran, F., Stringer, D., Wojewodka, G., Landau, S., Smith, S., Gardner-Sood, P., Taylor, D., Jordan, H., Whiskey, E., Krivoy, A., Ciufolini, S., Stubbs, B., Casetta, C., Williams, J., Moore, S., Allen, L., Rathod, S., Boardman, A., Khalifa, R., Firdosi, M., ... McGrath, J. (2021). Effect of Vitamin D Supplementation on Outcomes in People With Early Psychosis: The DFEND Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 4(12), e2140858. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34962559/>

17. Gicas, K. M., Parmar, P. K., Fabiano, G. F., & Mashhadi, F. (2022). Substance-induced psychosis and cognitive functioning: A systematic review. *Psychiatry research*, 308, 114361. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34979380/>
18. Gill, G., Jaka, S., Yadav, G., Kainth, T., Segal, Y., Srinivas, S., Shah, K., Kochhar, H., & Gunturu, S. (2023). Examining Risk Factors for Suicidality in Adolescents and Adults Experiencing Their First Episode of Psychosis. *Cureus*, 15(8), e43135. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37622053/>
19. Gómez-Revuelta, M., Pelayo-Terán, J. M., Juncal-Ruiz, M., Vázquez-Bourgon, J., Suárez-Pinilla, P., Romero-Jiménez, R., Setién Suero, E., Ayesa-Arriola, R., & Crespo-Facorro, B. (2020). Antipsychotic Treatment Effectiveness in First Episode of Psychosis: PAFIP 3-Year Follow-Up Randomized Clinical Trials Comparing Haloperidol, Olanzapine, Risperidone, Aripiprazole, Quetiapine, and Ziprasidone. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 23(4), 217–229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31974576/>
20. González-Ortega, I., Echeburúa, E., Alberich, S., Bernardo, M., Vieta, E., de Pablo, G. S., & González-Pinto, A. (2022). Cognitive Behavioral Therapy Program for Cannabis Use Cessation in First-Episode Psychosis Patients: A 1-Year Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7325. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35742573/>
21. González-Pinto, A., Alberich, S., Barbeito, S., Gutierrez, M., Vega, P., Ibáñez, B., Haidar, M. K., Vieta, E., & Arango, C. (2011). Cannabis and first-episode psychosis: different long-term outcomes depending on continued or discontinued use. *Schizophrenia bulletin*, 37(3), 631–639. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19915168/>

22. Gutiérrez, G., Goicoa, T., Ugarte, M. D., & Jones, P. B. (2024). Small area variations in non-affective first-episode psychosis: the role of socioeconomic and environmental factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(7), 1497–1506. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37612449/>
23. Herniman, S. E., Wood, S. J., Cotton, S. M., Allott, K. A., Davey, C., Berk, M., & Phillips, L. J. (2021). The psychometric validity of the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) in recent onset schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 228, 1–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33548838/>
24. Hong, S. I., Bennett, D., & Rosenheck, R. A. (2023). Gender differences in outcomes of early intervention services for first episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 17(7), 715–723. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36623822/>
25. INE. (n.d.). Glosario del censo. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de <https://www.ine.es/censo/en/glosario.html>
26. Inyang, B., Gondal, F. J., Abah, G. A., Minnal Dhandapani, M., Manne, M., Khanna, M., Challa, S., Kabeil, A. S., & Mohammed, L. (2022). The Role of Childhood Trauma in Psychosis and Schizophrenia: A Systematic Review. *Cureus*, 14(1), e21466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35223250/>
27. Irving, J., Colling, C., Shetty, H., Pritchard, M., Stewart, R., Fusar-Poli, P., McGuire, P., & Patel, R. (2021). Gender differences in clinical presentation and illicit substance use during first episode psychosis: a natural language processing, electronic case register study. *BMJ Open*, 11(4), e042949. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33879482/>
28. Kavanagh, M., Moore, A., & Fassbender, C. (2025). Factors of Engagement in Employment or Education Following a First Episode of Psychosis: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *International journal of psychology: Journal internationale de psychologie*, 60(1), e70007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39833628/>

29. Khau, M., Tabbane, K., Bloom, D., Abadi, S., Villemus, C., Rabinovitch, M., Shah, J. L., Veillette, A., Iyer, S. N., Boksa, P., & Joober, R. (2022). Pragmatic implementation of the Clinical Global Impression Scale of Severity as a tool for measurement-based care in a first-episode psychosis program. *Schizophrenia research*, 243, 147–153. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35339824/>
30. Koseoglu Ornek, O., Waibel, J., Wullinger, P., & Weinmann, T. (2022). Precarious employment and migrant workers' mental health: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 48(5), 327–350. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35262741/>
31. Lee, M., Cernvall, M., Borg, J., Plavén-Sigra, P., Larsson, C., Erhardt, S., Sellgren, C. M., Fatouros-Bergman, H., & Cervenka, S. (2024). Cognitive Function and Variability in Antipsychotic Drug-Naive Patients With First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA psychiatry*, 81(5), 468–476. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38416480/>
32. Lee, R., Leighton, S. P., Thomas, L., Gkoutos, G. V., Wood, S. J., Fenton, S. H., Deligianni, F., Cavanagh, J., & Mallikarjun, P. K. (2022). Prediction models in first-episode psychosis: systematic review and critical appraisal. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 220(4), 179–191. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35067242/>
33. Mar, J., Zubiagirre, U., Larrañaga, I., et al. (2024). Disparities by socioeconomic status and diagnosis of dementia in the prescribing of antipsychotics in a real-world data population over 60 years of age. *Journal of Alzheimer's Disease*, 100(2), 645–655. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38943388/>
34. Martínez-Redondo, P., & Arostegui, E. (2023). *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

<https://red.aesed.com/es/guia-para-el-abordaje-integral-de-las-violencias-de-genero-y-el-abuso-de-sustancias-en-mujeres>

35. Martinho, F. P., Magalhães, D., Felício, R., Ferreira, T. F., & Jorge, S. (2023). Obsessive-compulsive symptoms in first episode psychosis and risk states: Systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia research*, 255, 41–51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36958269/>
36. Marques-Feixa, L., Moya-Higueras, J., Romero, S., Santamarina-Pérez, P., Rapado-Castro, M., Zorrilla, I., et al. (2021). Risk of Suicidal Behavior in Children and Adolescents Exposed to Maltreatment: The Mediating Role of Borderline Personality Traits and Recent Stressful Life Events. *Journal of Clinical Medicine*, 10(22), 5293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34830576/>
37. Marques-Feixa, L., Palma-Gudiel, H., Romero, S., Moya-Higueras, J., Rapado-Castro, M., Castro-Quintas, Á., et al. (2023). Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose–response relationship in children and adolescents. *Psychological Medicine*, 53(3), 1060–1073. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34269169/>
38. Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAMP) Series 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es>
39. Neyra, A., Parro-Torres, C., Ros-Cucurull, E., Carrera, I., Echarri, E., & Torrens, M. (2024). Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance. *Annals of general psychiatry*, 23(1), 40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39478536/>

40. Nuncio-Mora, L., Lanzagorta, N., Nicolini, H., Sarmiento, E., Ortiz, G., Sosa, F., & Genis-Mendoza, A. D. (2023). The Role of the Microbiome in First Episode of Psychosis. *Biomedicines*, 11(6), 1770. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37371865/>
41. Office for National Statistics (ONS). (2015). *Life Opportunities Survey - Chapter 3: Work Status*.
<https://www.beta.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/disability/compendingium/lifeopportunitiesurvey/2015-09-10/chapter3workstatus>
42. Prakash, J., Chatterjee, K., Srivastava, K., & Chauhan, V. S. (2021). First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. *Industrial psychiatry journal*, 30(2), 198–206. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35017801/>
43. Ruiz-Yu, B., Le, T. P., Weintraub, M. J., Zinberg, J., Addington, J., O'Brien, M. P., Walsh, B. C., Friedman-Yakoobian, M., Auther, A., Cornblatt, Domingues, I., Cannon, T. D., Miklowitz, D. J., & Bearden, C. E. (2024). Race/ethnicity and socioeconomic status as predictors of outcome following family therapy in youth at clinical high risk for psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 18(12), 981–990. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38676463/>
44. Santonja, L., Ruiz-Hontangas, A., Cervantes, J. J. G., Martínez, C. M., Pons, E. G., Pons, S. C., Pejó, L. A., & Carmona-Simarro, J. V. (2023). The Promotion of Mental Health and Prevention of First-Episode Psychosis: A Pilot and Feasibility Non-Randomised Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 20(22), 7087. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37998318/>
45. Seeman M. V. (2019). Does Gender Influence Outcome in Schizophrenia?. *The Psychiatric quarterly*, 90(1), 173–184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30484001/>

46. Shields, G. E., Buck, D., Varese, F., Yung, A. R., Thompson, A., Husain, N., Broome, M. R., Upthegrove, R., Byrne, R., & Davies, L. M. (2022). A review of economic evaluations of health care for people at risk of psychosis and for first-episode psychosis. *BMC psychiatry*, 22(1), 126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35177010/>
47. Siddiqui, S., Mehta, D., Coles, A., Selby, P., Solmi, M., & Castle, D. (2024). Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. *Schizophrenia bulletin*, sbae101. Advance online publication. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38938221/>
48. Sunshine, A., & McClellan, J. (2023). Practitioner Review: Psychosis in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 64(7), 980–988. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36878476/>
49. Tsamakis, K., Galinaki, S., Alevyzakis, E., Hortis, I., Tsiptsios, D., Kollintza, E., Kypouropoulos, S., Triantafyllou, K., Smyrnis, N., & Rizos, E. (2022). Gut Microbiome: A Brief Review on Its Role in Schizophrenia and First Episode of Psychosis. *Microorganisms*, 10(6), 1121. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35744639/>
50. Tschentscher, N., Woll, C. F. J., Tafelmaier, J. C., Kriesche, D., Bucher, J. C., Engel, R. R., & Karch, S. (2023). Neurocognitive Deficits in First-Episode and Chronic Psychotic Disorders: A Systematic Review from 2009 to 2022. *Brain sciences*, 13(2), 299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36831842/>
51. Üçok A. (2021). Treatment Principles of First-Episode Psychosis. *Noro psikiyatri arsivi*, 58(Suppl 1), S12–S16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34658630/>
52. Vasilescu, M. D., Crivoi, E. S., & Munteanu, A. M. (2025). Exploring entrepreneurial intention among European Union youth by education and employment status. *PloS one*, 20(1), e0318001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39854500/>

8. ANEXOS

Anexo A: Cuestionario empleado para la recogida de datos sociodemográficos

<u>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</u>		
EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: __ / __ / ____	SEXO: 1. HOMBRE 2. MUJER	RAZA / ETNIA: 1. CAUCÁSICA 2. GITANA 3. MAGREBÍ 4. SUBSAHARIANA 5. ASIÁTICA 6. CARIBEÑA 7. HISPANA 8. OTROS
ESTADO CIVIL: 1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. SEPARADO/A O DIVORCIADO/A 4. CONVIVENCIA CON PAREJA > 6 MESES		CONVIVENCIA: 1. SOLO/A 2. FAMILIA DE ORIGEN 3. FAMILIA PROPIA 4. DESCENDIENTES 5. INSTITUCIONALIZADO/A 6. SIN DOMICILIO 7. ORIGEN 8. FAMILIA DE ORIGEN (SÓLO MADRE) 9. FAMILIA DE ORIGEN (SÓLO PADRE)
NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO: 1. ANALFABETO/A 2. LEE Y ESCRIBE 3. PRIMARIA 4. FP / ESO 5. BUP / BACHILLERATO 6. UNIVERSIDAD 7. EDUCACIÓN ESPECIAL 8. OTROS		SITUACIÓN LABORAL ACTUAL: 1. TRABAJADOR/A ACTIVO/A 2. PARO SIN SUBSIDIO 3. PARO CON SUBSIDIO 4. INVALIDEZ 5. JUBILADO/A 6. ESTUDIANTE 7. LABORES DEL HOGAR 8. BAJA LABORAL 9. DESCONOCIDO

Anexo B: Escala de Impresión Clínica Global – Clinical Global Impression (CGI)

Gravedad de la enfermedad: (CGI - SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

- 0. No evaluado
- 1. Normal, no enfermo
- 2. Dudosamente enfermo
- 3. Levemente enfermo
- 4. Moderadamente enfermo
- 5. Marcadamente enfermo
- 6. Gravemente enfermo
- 7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Puntuación CGI - Severidad: _____

Mejoría / Cambio Global: (CGI - GI) *

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento.

*** No puntuar en la visita basal**

- 0. No evaluado
- 1. Mucho mejor
- 2. Moderadamente mejor
- 3. Levemente mejor
- 4. Sin cambios
- 5. Levemente peor
- 6. Moderadamente peor
- 7. Mucho peor

Puntuación CGI - Mejoría: _____

Anexo C: Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento – Functioning Assessment Short Test (FAST)

¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos? (últimas 2 semanas)

Escala y puntuaciones: **(0): Ninguna / (1): Poca / (2): Bastante / (3): Mucha**

En “**Funcionamiento laboral**”, si no trabaja, adaptarlo o personalizarlo con la situación actual; voluntariado, escuela, centro social, tareas de casa etc.

AUTÓNOMÍA						
1.	Encargarse de las tareas de la casa	(0)	(1)	(2)	(3)	
2.	Vivir solo	(0)	(1)	(2)	(3)	
3.	Hacer la compra	(0)	(1)	(2)	(3)	
4.	Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	(0)	(1)	(2)	(3)	
FUNCIONAMIENTO LABORAL						
5.	Realizar un trabajo remunerado	(0)	(1)	(2)	(3)	
6.	Acabar las tareas tan rápido como era necesario	(0)	(1)	(2)	(3)	
7.	Trabajar en lo que estudió	(0)	(1)	(2)	(3)	
8.	Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	(0)	(1)	(2)	(3)	
9.	Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	(0)	(1)	(2)	(3)	
FUNCIONAMIENTO COGNITIVO						
10.	Concentrarse en la lectura, película	(0)	(1)	(2)	(3)	
11.	Hacer cálculos mentales	(0)	(1)	(2)	(3)	
12.	Resolver adecuadamente un problema	(0)	(1)	(2)	(3)	
13.	Recordar el nombre de gente nueva	(0)	(1)	(2)	(3)	
14.	Aprender una nueva información	(0)	(1)	(2)	(3)	
FINANZAS						
15.	Manejar el propio dinero	(0)	(1)	(2)	(3)	
16.	Hacer compras equilibradas	(0)	(1)	(2)	(3)	
RELACIONES INTERPERSONALES						
17.	Mantener una amistad	(0)	(1)	(2)	(3)	
18.	Participar en actividades sociales	(0)	(1)	(2)	(3)	
19.	Llevarse bien con personas cercanas	(0)	(1)	(2)	(3)	
20.	Convivencia familiar	(0)	(1)	(2)	(3)	
21.	Relaciones sexuales satisfactorias	(0)	(1)	(2)	(3)	
22.	Capaz de defender los propios intereses	(0)	(1)	(2)	(3)	
OCIO						
23.	Practicar deporte o ejercicio	(0)	(1)	(2)	(3)	
24.	Tener una afición	(0)	(1)	(2)	(3)	
PUNTUACIONES						
Autonomía	Func. Lab.	Func. Cog.	Finanzas	Rel. Interpers.	Ocio	Total

Anexo D: Escala de Depresión Montgomery-Asberg – Montgomery-Asberg Depression
Rating Scale (MADRS)

1. TRISTEZA APARENTE

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica.
Evalúe en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

- 0. No tristeza.
- 1. –
- 2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente.
- 3. –
- 4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo.
- 5. –
- 6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido.

2. TRISTEZA EXPRESADA

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no.

Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración, e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

- 0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales.
- 1. –
- 2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad.
- 3. –
- 4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor todavía es ligeramente influenciable por las circunstancias externas.
- 5. –
- 6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia.

3. TENSIÓN INTERIOR

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

- 0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna.
- 1. –
- 2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido.
- 3. –
- 4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad.
- 5. –
- 6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador.

4. SUEÑO REDUCIDO

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

- 0. Sueño como los normales.
- 1. –
- 2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero.
- 3. –
- 4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas.
- 5. –
- 6. Menos de 2 o 3 horas de sueño.

5. DISMINUCIÓN DEL APETITO

El paciente expresa una reducción del apetito respecto al que tiene cuando se encuentra bien.
Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse a uno mismo a comer.

- 0. Apetito normal o aumentado.
- 1. –
- 2. Apetito ligeramente disminuido.
- 3. –
- 4. No apetito. Los alimentos saben mal.
- 5. –
- 6. Necesidad de persuasión para comer.

6. DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.
Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

- 0. Ninguna dificultad de concentración.
- 1. –
- 2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos.
- 3. –
- 4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer.
- 5. –
- 6. Incapacidad para leer o para conversar sin gran dificultad.

7. LAXITUD. ABULIA.

El paciente expresa o presenta dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias.

- 0. Apenas hay dificultades para iniciar las tareas. No hay inactividad.
- 1. –
- 2. Dificultad para iniciar actividades.
- 3. –
- 4. Dificultad para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo.
- 5. –
- 6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda.

8. INCAPACIDAD PARA SENTIR

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer.
Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

- 0. Interés normal por las cosas y la gente.
- 1. –
- 2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses actuales.
- 3. –
- 4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos.
- 5. –
- 6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

9. PENSAMIENTOS PESIMISTAS

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No hay pensamientos pesimistas.
1. –
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones.
3. –
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo.
5. –
6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles.

10. IDEACIÓN SUICIDA

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene.
1. –
2. Cansado de vivir, Ideas suicidas fugaces.
3. –
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas preferentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención.
5. –
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista oportunidad. Activa preparación para el suicidio.

Puntuación TOTAL MADRS: _____