



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

EVIDENCIA SOBRE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN LABORAL
DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PARTICIPACIÓN
PRODUCTIVA DE PERSONAS ADULTAS CON ESQUIZOFRENIA: UNA
REVISIÓN DE ALCANCE

EVIDENCE ON OCCUPATIONAL THERAPY-BASED VOCATIONAL
REHABILITATION PROGRAMS AND THEIR IMPACT ON THE
PRODUCTIVE PARTICIPATION OF ADULTS WITH SCHIZOPHRENIA: A
SCOPING REVIEW

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA
OCUPACIONAL

AUTORES

FABRIZIO CARLO ORTEGA LAZO

LIZ MELISA GARCIA PATO

EILYN SUE MARILYN DAVILA URIBE

ASESOR

SARINA FRANCISCA RAMOS ZUÑIGA

LIMA-PERÚ

2026

JURADO

PRESIDENTE: DRA. MILAGROS DE JESUS CESPEDES CHAUCA

VOCAL: MÉD. CIR. OLAF ZENON ROMERO SOLORZANO

SECRETARIO: MG. KELY AMELIA FLORES AREVALO

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 23 DE ABRIL DEL 2026

CALIFICACIÓN: APROBADO

ASESOR DE TESIS

ASESOR

MG. SARINA FRANCISCA RAMOS ZUÑIGA

DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA

ORCID: 0000-0002-9898-5359

DEDICATORIA

“A mis padres y hermanos, quienes siempre me han brindado un apoyo incondicional y me han enseñado que el esfuerzo en cada paso del camino finalmente da sus frutos, inspirándome con sus vidas y trayectorias. A mi madre, por su confianza permanente, por permitirme aprender, equivocarme y crecer a partir de sus sabios consejos. A mi padre, cuya memoria permanece presente en cada uno de mis días y más aún en este logro académico. Este trabajo constituye un homenaje a su legado, que guía silenciosamente cada una de mis decisiones. Y a todas las personas que, en algún momento, me brindaron su apoyo, desde los gestos más pequeños hasta los más significativos, les dedico este logro con mi más profundo y sincero agradecimiento.” – Fabrizio Ortega

“A mis padres, quienes con su amor incondicional y su fortaleza han acompañado cada paso de mi camino, enseñándome el valor del esfuerzo, la fe y la perseverancia; todo lo que soy está ligado a los principios que sembraron en mí. A mi hijo Sebastián, cuya sonrisa, ternura y valentía iluminaron mis días y me impulsaron a superarme incluso en los momentos más difíciles, recordándome que cada avance vale la pena; esta tesis es también fruto del amor y la fuerza que compartimos. A José Real, mi compañero de vida, por su apoyo constante, su paciencia y su presencia firme en cada etapa de este recorrido, creyendo en mí con serenidad y cariño cuando más lo necesitaba. Este logro se los dedico a ustedes con toda mi gratitud y agradecimiento.” – Liz García

“A mis padres y hermanos, por ser mi refugio, mi fuerza y la luz que ha guiado cada paso de mi camino. Gracias por su amor infinito y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. A mi abuelito, cuyo ejemplo de vida, sabiduría y dedicación han sido mi mayor inspiración. Su presencia y sus palabras siempre me impulsaron a seguir con valentía. Y a mi novio, por su apoyo incondicional, su paciencia y su comprensión, que me sostuvieron en los días más difíciles y me animaron a no rendirme. Con todo mi cariño y gratitud.” – Eilyn Dávila

AGRADECIMIENTOS

“A mi familia, por su apoyo constante, por sostenerme en los momentos de duda y acompañarme incluso cuando yo mismo no veía con claridad el camino a seguir. A mi asesora, Sarina, por su paciencia y guía permanente, por cada orientación brindada con calidez, rigor académico y dedicación a la enseñanza, que han contribuido de manera decisiva a mi formación como investigador. A los docentes que me han acompañado a lo largo de este proceso, por compartir sus conocimientos, por exigirme con sentido formativo y por impulsarme a completar cada etapa, fortaleciendo tanto mi desarrollo profesional como mi compromiso con la investigación.” - Fabrizio Ortega

“A Dios por darme la fortaleza necesaria para culminar este camino académico. A toda mi familia, por creer en mí y acompañarme con su apoyo incondicional en cada etapa, y a mi hermana Nina, por ser mi refugio y mi paño de lágrimas cuando sentí que no podía avanzar. Mi sincero agradecimiento a mi asesora, Mag. Sarina Ramos, por su guía, dedicación y confianza, elementos fundamentales para la construcción y culminación de esta tesis. Extiendo también mi reconocimiento a mis docentes de

la universidad, quienes, con sus palabras de aliento, su exigencia académica y su constante compromiso, contribuyeron decisivamente a mi formación profesional. A todas las personas que, con un gesto oportuno, un consejo o una muestra de apoyo, estuvieron presentes en este proceso, les expreso mi más profunda gratitud” – Liz García

“A mis padres y hermanos, por envolver mi vida con su amor profundo, por ser mi lugar seguro y la fuerza que me sostiene incluso en mis días más difíciles. A mi abuelito, cuyo corazón noble, cuya luz y cuya presencia han marcado mi camino con un amor que trasciende todo. Él es mi mayor orgullo y la razón más hermosa para seguir avanzando.” – Eilyn Dávila

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente trabajo no conto con fuentes de financiamiento

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	DAVILA URIBE EILYN SUE MARILYN
2.	GARCIA PATO LIZ MELISA
3.	ORTEGA LAZO FABRIZIO CARLO

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL**, autores del trabajo titulado: **EVIDENCIA SOBRE PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN LABORAL DESDE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PARTICIPACIÓN PRODUCTIVA DE PERSONAS ADULTAS CON ESQUIZOFRENIA: UNA REVISIÓN DE ALCANCE** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	RAMOS ZUÑIGA SARINA FRANCISCA	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **8 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3596643627**; fecha de entrega: **17-06-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de junio del 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 40780690
ORCID: 0000-0002-9898-5359



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
II. Objetivos	9
III. Materiales y métodos	10
IV. Resultados	14
V. Discusiones	24
VI. Conclusión	29
VII. Referencias Bibliográficas	35
VIII. Tablas, gráficas y figuras	42
Anexos	

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia impacta la participación en actividades productivas e inclusión sociolaboral. La rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional se plantea como estrategia clave para favorecer acceso y permanencia al empleo, aunque la evidencia es heterogénea y limitada, especialmente en países de ingresos medios y bajos. **Objetivo:** Mapear la evidencia disponible sobre los programas de rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional dirigidos a personas adultas con esquizofrenia, considerando sus componentes, procesos de implementación, resultados en la participación en actividades productivas y los contextos (hospitalarios, ambulatorios y comunitarios) en los que se desarrollan. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión de alcance siguiendo el JBI Manual for Evidence Synthesis y estructurada: Población-Concepto-Contexto. Se buscaron estudios publicados entre 1980 y 2025 en bases de datos (Medline, Embase, Cochrane library, Scopus) y literatura gris (ALICIA Concytec y Google Scholar). Se incluyeron estudios cuantitativos y cualitativos sobre personas de 18 a 64 años con diagnóstico de esquizofrenia, en programas de rehabilitación laboral con participación de terapeutas ocupacionales. **Resultados:** Se incluyeron 11 estudios, aproximadamente 1187 participantes, principalmente hombres. Los programas se desarrollaron en contextos hospitalarios, comunitarios, ambulatorios. Se identificaron dos grupos de intervenciones: programas de empleo con apoyo, programas prevocacionales y ergoterapia, liderados por Terapeutas Ocupacionales. **Conclusiones:** Los programas de rehabilitación laboral desde Terapia Ocupacional favorecieron la participación productiva de personas adultas con esquizofrenia. Pese a esto, se evidencia un vacío de información respecto al empleo informal, autoempleo y dinámicas de emprendimiento, esto dificulta que los resultados se apliquen al directamente a la realidad peruana y latinoamericana. Por ello, resulta necesario desarrollar estudios primarios con un enfoque local que permitan profundizar los vacíos encontrados en el presente estudio.

Palabras clave: Esquizofrenia; Terapia Ocupacional; Rehabilitación Vocacional; Empleo; Salud mental.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia deeply affects how individuals engage in productive roles and social-vocational integration. Within this scope, Occupational Therapy-led vocational rehabilitation is a strategic pillar for job access and stability. Nevertheless, current evidence is still fragmented and scarce, particularly in developing economies. **Objective:** This study aims to map existing evidence on work rehabilitation programs directed by Occupational Therapists for adults with schizophrenia. The analysis covers program components, implementation stages, outcomes in productive participation, and various settings (hospital, community, and outpatient). **Materials and methods:** A scoping review was executed under the JBI Manual for Evidence Synthesis guidelines and the PCC (Population–Concept–Context) framework. The search spanned 1980 to 2025 across databases like Medline, Embase, Cochrane, and Scopus, including grey literature from ALICIA Concytec and Google Scholar. The review integrated quantitative and qualitative studies involving participants aged 18–64 with schizophrenia engaged in OT-led work programs. **Results:** Eleven studies were analyzed, totaling roughly 1,187 participants (mostly male). These interventions took place in diverse environments, from hospitals to community-based and mixed settings. **Conclusions:** While Occupational Therapy-led programs effectively bolster productive participation in this population, there is a noticeable lack of data concerning informal labor, self-employment, and specific working conditions. This gap hinders the application of these findings to the Latin American and Peruvian context, highlighting a pressing need for localized research to broaden the current evidence base.

Keywords: Schizophrenia; Occupational Therapy; Rehabilitation, Vocational; Employment; Mental Health.

I. INTRODUCCIÓN

El DSM-5 y el CIE-10 son coincidentes en advertir de que la esquizofrenia produce alteraciones crónicas de la percepción, el pensamiento y la forma en que los pacientes trasladan sus emociones. Esos mismos síntomas directamente golpean la conducta habitual del sujeto, que puede traducirse en un notable deterioro a nivel social y laboral que dificulta la asunción de roles cotidianos y la ocupación (1, 2). Para ponerlo en una adecuada perspectiva, la OMS encontró como el trastorno mental entre uno de los mayores sectores de discapacidad global en 2021, con las consecuencias que puede llegar a tener, con una de cada siete personas afectadas debido a que merman el desenvolvimiento social y productivo, siendo la esquizofrenia una de las afecciones que alcanzan a unos 23 millones de personas y que disminuye la esperanza de vida de manera estadística en un promedio de nueve años. Al cúmulo de su marco clínico se le agrega un gran hueco de atención sanitaria, donde un alto porcentaje de pacientes con cuadros psicóticos no tienen acceso formal a estos servicios. Esto permite urgir la necesidad de diseñar abordajes de rehabilitación integrales orientados a la recuperación de la funcionalidad y a una verdadera inserción en la sociedad (3). Volviendo a lo concreto, en el caso peruano, el Ministerio de Salud reportó durante el 2023 un total de 85 497 atenciones por este diagnóstico en la red pública. Si bien esta cifra demuestra la altísima demanda que soportan los servicios de salud mental, es muy probable que los números reales de prevalencia sean bastante mayores al no estar todos los casos mapeados (4).

Desde la postura de la OMS, el manejo de estos trastornos exige una red variada de atención. Esto incluye clínicas, centros comunitarios, hospitales e institutos

especializados que no solo busquen apagar los síntomas, sino elevar la calidad de vida ofreciendo apoyo vocacional y herramientas de rehabilitación psicosocial (1,5). Dentro de dichos establecimientos, quienes conviven con esquizofrenia llegan a ocupar hasta la mitad de todas las plazas de hospitalización psiquiátrica (1). Desde sus orígenes a comienzos del siglo XX, la Terapia Ocupacional viene demostrando resultados positivos al intervenir sobre los aspectos cognitivos, sociales y netamente ocupacionales de esta población (6). Una de sus vertientes más concretas es precisamente la rehabilitación laboral, la cual se enfoca en que el paciente logre insertarse y mantenerse en un puesto de trabajo en las distintas etapas de su condición (7,8). Con mirada al marco de la OIT (2020-2023), incluir a personas con discapacidad ya no es opcional, sino una base fundamental de la justicia social y del trabajo decente. Esto obliga a derribar obstáculos ambientales para que la participación sea equitativa y completa. Bajo esta lógica, rehabilitar laboralmente a alguien no termina cuando obtiene un empleo; hace falta un sistema integral que garantice accesibilidad universal y desarrolle sus competencias. La meta de fondo es que la recuperación en salud mental tenga como motores principales la dignidad profesional y la autonomía del individuo (9).

Al intentar entrar al mercado laboral, los adultos diagnosticados con esta misma condición se encuentran con barreras importantes. Estas dificultades se deben, tanto a los síntomas y alteraciones intrapsíquicas o neurocognitivas que los pacientes han sufrido, como al fuerte estigma social. Lo cierto es que muchas veces son las actitudes negativas de los propios empleadores las que limitan en gran medida la inserción laboral (10). La literatura americana aporta preocupantes cifras al respecto; Salkever et al. proponen que a partir de un estudio sobre 2 236 pacientes

que se han planteado tiempos por ocupar la tasa de empleador es sólo de 17,2 % (11); en la misma línea, Rosenheck et al. señalan que de una muestra de 1 450 evaluados, el 70 % se hallaba totalmente ausente de cualquier tipo de trabajo, ya fuera más o menos formal (12).

Cuando se indican programas de rehabilitación laboral en el ámbito de la salud, se refiere a circuitos completos para que el paciente pueda recuperar, adquirir o mejorar sus hábitos y conocimientos de desempeño. El sentido de esta preparación es el aumentar la capacidad funcional de la persona, teniendo la posibilidad de asumir roles reales y moverse con más eficiencia en el mercado y en su contexto sociolaboral (13). El fundamento de estas prácticas se encuentra en la esfera de las actividades productivas; es decir, tal concepto reúne desde el trabajo formal y la educación hasta el hacer del hogar o cualquier otra ocupación orientada a la creación de bienes y/o servicios para el sostenimiento propio o el de la familia (14). Del modo que la American Occupational Therapy Association (AOTA) lo indica, son estas tareas las que le dan al paciente un rol socialmente valorado en su comunidad y además proveen de ese equilibrio ocupacional que el paciente necesita para su propio equilibrio (15), con lo que se pasa a la práctica y se utiliza aquí estrategias concretas que irían desde el adaptar el entorno y hacer visitas con el paciente en el trabajo y trabajo vocacional hasta el entrenar en destrezas específicas (16). Estas tácticas van dirigidas generalmente a aquellos que se encuentran con obstáculos en la integración por razones relacionadas con discapacidades intelectuales, físicas, psicosociales o sensoriales (17). Todo este esfuerzo requiere un andamiaje multidisciplinar. Los equipos que llevan a cabo la rehabilitación

psicosocial integran a profesionales en psiquiatría, enfermería, psicología, trabajo social, fonoaudiología, fisioterapia y terapia ocupacional (18).

Para dar soporte a este tipo de acciones, la región va construyendo un camino normativo destinado a la protección y defensa del derecho a la ciudadanía de las personas con trastornos mentales. En el caso del Perú, la Ley de Salud Mental N.º 30947 supone un hito normativo en cuanto establece, en el plano oficial, un modelo con enfoque comunitario. Su foco radica en mantener el cuidado en el entorno social de la persona y potenciar la rehabilitación psicosocial (19). Este paraguas normativo se encuentra en consonancia con la Ley General de la Persona con Discapacidad N.º 29973 (20) que tiene la responsabilidad de materializar el discurso inclusivo a partir de beneficios tributarios a las empresas y cuotas obligatorias en la contratación. En el marco latinoamericano se observa que los países de la región también van en dirección al amparo del derecho a la ocupación. Un buen ejemplo es la ley chilena, Ley N.º 21.015, la cual aborda las diferencias en el nivel de remuneración y otorga al mismo tiempo un impulso a la inclusión de los trabajadores con discapacidad estableciendo un sistema de cuotas en el ámbito del trabajo privado (21). Las normativas de ambos países tienen un punto de encuentro fundamental: los programas de rehabilitación no deben limitarse a acallar los síntomas. El verdadero objetivo que subyace a toda rehabilitación integral es que la recuperación integral debe cimentarse en la autonomía económica y en la participación productiva.

Desde la salud pública, preparar a un individuo para la ocupación es considerado innegablemente como una intervención terapéutica. Quienes conviven con la

esquizofrenia y acceden a ella, muestran mejoras directas en su funcionalidad, en sus niveles de autoestima, en su capacidad para interactuar socialmente y en su calidad de vida general (22, 23). La Terapia Ocupacional en este momento es donde mayormente puede incidir a la hora de utilizar actividades con significado, y al introducir a la persona en una rutina de trabajo se ayuda a la estructuración del día a día, se obliga a la comunicación social y se afianza la identidad personal, que son aspectos centrales en el desarrollo psicosocial (24, 25). Para ayudar a la práctica a ejecutar dicha función, la Terapia Ocupacional se sirve de los marcos teóricos que la guían, como el Modelo de Ocupación Humana (MOHO). El MOHO permite describir cómo cada enfermedad afecta el rendimiento ocupacional, la habituación y la volición de la persona. En base a esta perspectiva clínica, la rehabilitación ocupacional no es itemizar mecánicamente para un trabajo determinado. La rehabilitación ocupacional significa devolverle la capacidad de autoeficacia a la persona y reconstruir su identidad ocupacional (26). A la misma vez, la Terapia Ocupacional se ajusta a las recomendaciones del Marco de Trabajo para la Práctica de la AOTA, teniendo como centro la participación ocupacional y la exhaustiva comprensión de los contextos. En el momento en que se cambia la carga de exigencias de la actividad (por ejemplo, aumentar la carga) o de los factores ambientales, el terapeuta ocupacional facilitará el hecho de asumir roles productivos, donde, en última instancia, se consigue promover la justicia ocupacional en el ámbito de la salud mental (15, 27).

Igual que el modelo de rehabilitación psicosocial prioriza la autonomía, la recuperación integral, y la necesidad de reintegrarse socialmente mediante actividades productivas (28); la Terapia Ocupacional se enfrenta a la tarea de

promover las habilidades relacionales y funcionales que constituyan el acceso a ocupaciones significativas (son asumibles empleos con apoyo, trabajos protegidos, talleres) y que habitualmente suelen incrementar los niveles de motivación y autoestima (29). En su totalidad, regresar al mundo laboral es un proceso gradual, que significa crear nuevas rutinas, interiorizar capacidades técnicas e, igualmente, aprender a regular la frustración que surge en los entornos productivos (30). Con lo anterior se busca una meta aún superior, ya que el ejercicio de papeles productivos y la inclusión comunitaria se han de mantener mucho más allá de la institucionalización estandarizada y del control farmacológico clásico (28–30). En este punto, la participación en actividades productivas tal vez puede darse en el trabajo entre pares, el cual es formal —con un contrato estable, mayor escolaridad y mejores condiciones laborales— o en el trabajo informal, caracterizado por la ausencia de protección social, menor escolaridad, trabajos por cuenta propia o en pequeñas unidades económicas y condiciones mucho más precarias (31).

La necesidad de contar con evidencia que sustente la intervención en rehabilitación laboral en la esquizofrenia queda de manifiesto en estudios más antiguos. Una revisión sistemática que se ha desarrollado en España sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional orientadas al empleo de las personas con esquizofrenia ha determinado que la Inserción Laboral con Apoyo Individualizado alcanza una tasa del 63 % y una duración media de la inserción laboral de 29,6 semanas (32). Trabajos de investigación a nivel latinoamericano han demostrado que la implementación de programas de empleo con apoyo en los servicios comunitarios de salud mental se relaciona con mejoras en la calidad de vida y en la autoestima en las personas participantes (33). Analizando el mismo aspecto desde la

perspectiva de la terapia ocupacional, se presentan hallazgos como el de Shimada et al. en Japón, donde en un estudio clínico aleatorizado se observó que mediante la personalización de las intervenciones en función de las metas del propio paciente se logran incrementos significativos en su motivación intrínseca, su desempeño ocupacional y su nivel de funcionamiento cognitivo en tan solo tres meses de tratamiento (34). A su vez, la literatura sistemática muestra que la inclusión de la terapia ocupacional dentro de los equipos interdisciplinarios se relaciona con la satisfacción vital, una mayor adherencia a la terapéutica y una consolidación de la integración comunitaria, ampliando el horizonte del propio individuo para su posterior inclusión en el mercado laboral (35).

Cuando se pone a prueba la efectividad de estos programas de rehabilitación, se suele recurrir a instrumentos como el Work Behavior Inventory, la Quality of Life Scale o la Individual Placement and Support Fidelity Scale. Estas escalas sirven para medir variables como la participación social, la calidad de vida y el nivel de desempeño ocupacional que se logra (36, 39). Y aun así, la evaluación de la permanencia de los resultados a largo plazo es bastante complejo, teniendo que sortear los artilugios del deterioro cognitivo, los síntomas negativos crónicos, la ausencia de una red de contención en caso de recaídas y sujeciones constantes al estigma social (40, 41).

Una vez revisados los antecedentes que se han descrito, sorprende que persisten vacíos metodológicos e informativos en la literatura actual: muchos de los estudios abordan con exclusividad algunas comunidades o metodologías concretas de intervención dentro de la rehabilitación laboral sin tener en cuenta el arco de

metodologías existentes. Además, los resultados suelen limitarse a medir indicadores como la permanencia en el empleo o la tasa de inserción laboral, aspectos que son accesibles en contextos de países desarrollados, excluyendo actividades laborales como emprender o la empleabilidad informal. Esta visión reducida dificulta una comprensión integral del verdadero alcance y efectividad de los programas de rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional. Es por ello que en el presente estudio se plantea en base a lo mencionado la siguiente pregunta de investigación científica: ¿Qué evidencia existe sobre los programas de rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional dirigidos a personas adultas con esquizofrenia en la participación de actividades productivas y los contextos (hospitalarios, ambulatorios y comunitarios) en los que se desarrollan?

II. OBJETIVOS

i. Objetivo general:

Mapear la evidencia disponible sobre los programas de rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional dirigidos a personas adultas con esquizofrenia en la participación de actividades productivas y los contextos (hospitalarios, ambulatorios y comunitarios) en los que se desarrollan.

ii. Objetivos específicos:

- Describir los tipos de programas de rehabilitación laboral desde terapia ocupacional dirigidos a personas adultas con esquizofrenia, mencionando sus componentes, procesos de implementación y resultados
- Explorar los resultados reportados en relación con la participación en actividades productivas (empleo formal, empleo informal, comunitarias o no remuneradas).
- Caracterizar los perfiles demográficos, clínicos y funcionales de las personas con esquizofrenia que participan en estos programas.
- Identificar los contextos (hospitalarios, ambulatorios y comunitarios) en los que se implementan dichas intervenciones.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

i. Diseño del Estudio:

El estudio planteado contó con un diseño de revisión de alcance, el cual fue estructurado y desarrollado conforme a los lineamientos metodológicos propuestos en el JBI Manual for Evidence Synthesis, específicamente en el capítulo dedicado a las scoping reviews, que orienta la planificación, ejecución y presentación de este tipo de revisiones de manera rigurosa (42). Se siguió la estructura Población-Concepto-Contexto (Anexo 1) y del Prisma ScR para revisiones de alcance.

La presente investigación fue aprobada por la unidad de investigación de la facultad de medicina el 22 de octubre del 2025, para después ser aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación el 24 de octubre del 2025, iniciando su ejecución.

ii. Criterios de Elegibilidad:

En la presente investigación se ha considerado los criterios de selección según la evaluación de los investigadores:

iii. Criterios de inclusión:

- Tipo de estudio: Ensayos clínicos aleatorizados, Teoría fundamentada, Cohorte retrospectiva y Corte transversal.
- Población: Personas de 18 a 64 años diagnosticadas con esquizofrenia

- Concepto: Intervenciones de rehabilitación laboral desde la terapia ocupacional
- Contextos de intervención: Hospitalario, Ambulatorio y Comunitario
- Idioma: Inglés, Portugues y Español
- Periodo de publicación: 1 de enero de 1980 al 31 de Julio de 2025
- Resultados: La participación en actividades productivas (13,14): empleo formal (43), empleo informal (43), empleo con apoyo, auto empleo, empleo y talleres protegidos (12)

iv. Criterios de exclusión:

- Tipo de publicación: Resúmenes de congresos, cartas al editor, editoriales y artículos sin revisión por pares
- Población: Estudios que incluyan exclusivamente a adultos con otros trastornos mentales (ej. trastorno bipolar, depresión mayor), sin subanálisis o datos específicos sobre esquizofrenia.
- Concepto: Estudios que evalúen solo intervenciones farmacológicas o psicoterapias sin enfoque ocupacional o laboral, programas de rehabilitación sin participación de terapeutas ocupacionales y sin enfoque en actividades productivas.

v. Definición de operación de variables:

La definición de las variables se detalla en el Anexo 2.

vi. Fuentes de información

La búsqueda de estudios se realizó en las siguientes bases de datos y motores de búsqueda: EMBASE, Cochrane Library, Medline, SCOPUS y literatura gris en ALICIA CONCYTEC y Google Scholar. Se considerarán los resultados entre el 1 de enero de 1980 al 31 de julio del 2025.

vii. BÚSQUEDA

La estrategia que se utilizó para la búsqueda varió según la base de datos consultada, utilizando diversos términos y operadores específicos para la búsqueda. Se tomaron en cuenta tanto los términos clave como los términos libres relacionados para cada base de datos. Los términos clave para la búsqueda se basarán en los Descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). (Anexo 3). La búsqueda se inició el 25 de octubre del 2025, finalizando con la inclusión final de los estudios el 25 de marzo del 2026.

viii. SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Para la selección de los estudios encontrados en la búsqueda todos los investigadores se involucraron en un tamizaje de títulos y resúmenes, que fueron exportados a un gestor de referencias (Mendeley), la selección de estudios siguió un proceso riguroso de varias etapas: revisión de títulos y resúmenes, y revisión del texto completo. Inicialmente se identificaron 281 estudios potenciales a través de las bases de datos y registros,

adicionalmente, se identificaron 19 estudios a través de otros métodos, siendo un total de 300 estudios. Tras la eliminación de duplicados quedaron 287 estudios. De estos, 223 no se recuperaron o fueron excluidos durante la revisión de títulos y resúmenes por no cumplir los criterios de inclusión. En la revisión de texto completo, se excluyeron 53 estudios adicionales debido a la falta de información relevante para la pregunta de investigación, lo que no cumplía los criterios de inclusión. Finalmente, 11 estudios cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron incluidos en la revisión final. Las discrepancias se resolvieron en conjunto con el asesor para lograr un consenso entre investigadores. Finalmente, los pasos seguidos en la selección y análisis de los estudios se presentan a través de un diagrama de flujo basado en la guía PRISMA (Anexo 4).

ix. EXTRACCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó un formulario para graficar los datos y determinar las variables a extraer, este se modificó y amplió durante la ejecución de la revisión. Los datos fueron registrados de manera independiente y luego discutidos e incorporados al formulario según el acuerdo del equipo (Anexo 5).

x. ASPECTOS ÉTICOS

Este proyecto se registró en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI 219556) de la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología (DUICT), fue revisado y aprobado el 24 de octubre del 2025 por el Comité Institucional de Ética de Investigación de la UPCH (CAR-DUARI-O-559-25).

IV. RESULTADOS

i. Características generales de estudios:

La evidencia científica recabada por esta revisión de alcance abarca desde el año 2000 hasta 2025, lo que refleja un interés sostenido en la temática durante aproximadamente veinticinco años (44–54). Geográficamente, los once estudios se distribuyen en América del Norte (Estados Unidos, Canadá), Europa (Dinamarca), Latinoamérica (Cuba) y Asia (China/Hong Kong, Taiwán, Japón), concentrándose mayoritariamente en Asia (54.5%), seguida de América del Norte (27.3%), Europa (9.1%) y Latinoamérica (9.1%), lo que muestra que la rehabilitación laboral desde Terapia Ocupacional en personas adultas con esquizofrenia ha sido investigada principalmente en estos contextos (44–54).

En cuanto al diseño metodológico, se identifican tres ensayos clínicos aleatorizados que comparan modalidades de empleo con apoyo, entrenamiento prevocacional o sistemas innovadores como la realidad virtual frente a intervenciones habituales o programas tradicionales (44,48,53); tres estudios de cohorte retrospectiva que describen resultados laborales y factores asociados en programas de intervención temprana o capacitación prevocacional hospitalaria y multicéntrica (46,47,52); un estudio de teoría fundamentada que explora procesos y resultados percibidos en programas de empleo con apoyo (45); dos estudios transversales retrospectivos que analizan factores personales, clínicos y funcionales vinculados a la obtención o mantenimiento de empleo competitivo en

dispositivos comunitarios integrados (49,50); un estudio de caso que describe la implementación del modelo Individual Placement and Support (IPS) en un usuario específico (51) y un estudio descriptivo de cohorte longitudinal que evalúa la progresión de niveles de rehabilitación y la inserción en actividades productivas de pacientes en servicios de larga estadía durante un periodo de seis años (54).

En cuanto a los objetivos, los estudios en su mayoría se orientan a evaluar programas de rehabilitación laboral y los resultados vocacionales, también a describir factores asociados a la inserción y permanencia en el empleo. Algunos trabajos analizan programas prevocacionales o innovadores, como el entrenamiento vocacional en realidad virtual (VRVTS) y los programas de capacitación vocacional internos, considerando su impacto en desempeño cognitivo, autoeficacia y acceso al empleo (44,47,52). Por su parte, el estudio longitudinal cubano se centra en determinar la utilidad de la intervención desde Terapia Ocupacional en el contexto hospitalario, midiendo la transición hacia actividades productivas y el nivel de independencia alcanzado al final del tratamiento (54). Otros describen intervenciones de empleo con apoyo en términos de vinculación al empleo y al sistema educativo, o de inserción y permanencia laboral (46,48,53). También se incluyen estudios que exploran factores personales, clínicos y funcionales relacionados con el acceso o la dificultad para mantener empleo competitivo en programas comunitarios de apoyo laboral y centros de día, así como en dispositivos de tratamiento comunitario para personas con enfermedad mental grave (49,50). Finalmente, los abordajes cualitativos y

de estudio de caso aportan información sobre la experiencia subjetiva de los participantes en el empleo con apoyo y sobre el papel del IPS en el proceso de recuperación de un usuario (45,51).

En conjunto, se configura un cuerpo de evidencia metodológicamente heterogéneo, con predominio de diseños observacionales y ensayos clínicos, complementados por estudios cualitativos, de caso y de seguimiento longitudinal que permiten describir los programas, sus componentes y los resultados reportados en rehabilitación laboral desde la Terapia Ocupacional (44–54). (Tabla 1)

ii. Características de la población:

En los once estudios incluidos se analizaron en conjunto aproximadamente 1187 personas adultas con diagnóstico de esquizofrenia o enfermedad mental grave, donde la esquizofrenia se reporta de forma consistente como diagnóstico principal o mayoritario (44-54). Al observar los perfiles clínicos, el foco principal de las investigaciones recayó en pacientes con esquizofrenia. Esto tuvo lugar considerándola como el diagnóstico singular del estudio (44–46,50,51) o bien como la patología predominante en cohortes mayores que abarcaban trastornos psiquiátricos crónicos o trastornos mentales graves. En estos mismos casos mixtos, el número de personas diagnosticadas con esquizofrenia llegó a representar a partir del 66 % hasta el 91,4 % de la muestra total (47–49,52-54).

Al observar la distribución por edad, la mayoría de las personas se concentraron en las etapas de adultez joven y adulta media; los promedios

se ubicaron sobre todo en las cifras de 30 a 40 años, y los rangos alcanzaron desde los 18 a los 60 años (44,46–50,52,53). Cabe aclarar algunas de las particularidades metodológicas entre los antecedentes, un estudio de cohorte retrospectivo delimitó su análisis en un grupo de adultos jóvenes con diagnóstico reciente de esquizofrenia, llegando a relatar un promedio de casi 23 años (46), mientras que otros trabajos refieren medianas en el orden de los 27 años o promedios en el límite de los 34 años, que se contraponen al estudio de caso que analizó en particular a una persona de sexo masculino de 42 años (47, 49, 50, 51).

Con respecto a la variable sexo, el peso demográfico se inclinó muy mayoritariamente hacia los participantes masculinos en casi todos los diseños cuantitativos, como muestra la participación de varones que se movió desde un 59 % a un 72 % (44,46–50,52,53). Solo un trabajo cualitativo presenta una distribución algo inversa (cuatro mujeres tres hombres) y el estudio de caso describe a un único participante masculino (45, 51).

En relación con los sistemas de clasificación diagnóstica, varios estudios reportan el uso de criterios DSM-IV, otros se basan en DSM-5 o en la CIE-10 (ICD-10) para establecer el diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos relacionados; seis estudios no especifican el sistema utilizado (44,45,48,50,52,53). (Tabla 2)

iii. Contextos de intervención de reportados:

Del total de once estudios, tres se implementaron en contextos predominantemente hospitalarios (44,47,52,54), cuatro en entornos principalmente comunitarios (45,49,51,53), uno en un dispositivo ambulatorio de cuidado diurno (50) y dos en modalidades mixtas ambulatorias–comunitarias dentro de programas de intervención temprana o dispositivos integrados de salud mental que combinan servicios ambulatorios con apoyos en la comunidad (46,48).

En los contextos hospitalarios, las intervenciones se desarrollan principalmente en servicios de Terapia Ocupacional y programas prevocacionales de hospitales psiquiátricos, donde se ofrece entrenamiento estandarizado en habilidades laborales y formación prevocacional previa a la inserción o reinserción laboral (44,47,52,54). En los escenarios comunitarios, se describen programas de empleo con apoyo brindados por agencias vocacionales, equipos de salud mental comunitaria y programas de tratamiento comunitario asertivo, con énfasis en empleo competitivo y soporte en la vida cotidiana (45,49,51,53). Los dispositivos ambulatorios y mixtos incluyen servicios de intervención temprana para psicosis, hospitales de día y centros de cuidado diurno, en los que la rehabilitación vocacional se desarrolla junto con otras intervenciones psicosociales y estrategias de seguimiento en la comunidad (46,48,50). (Tabla 2)

iv. Programa de rehabilitación reportados:

Se identificaron dos grandes formas de implementación de la rehabilitación laboral como programa: los programas de empleo con apoyo (Individual

Placement and Support, IPS; Integrated Supported Employment, ISE; y programas comunitarios como Morpheus e Integrated Working Support Program in a Day-care Facility, IWSD) (45,46,50,51,53), y los programas de formación prevocacional. Los programas de empleo con apoyo comparten principios descritos de forma recurrente, como la orientación al empleo competitivo, la búsqueda rápida de oportunidades (place-then-train), el apoyo individualizado y la integración del componente vocacional dentro de los equipos de salud mental, con posibilidad de apoyo de duración indefinida en algunos casos (48,51,53). Por su parte, los programas de formación prevocacional se centran en el entrenamiento de habilidades laborales previas a la obtención de empleo y se sitúan principalmente en contextos de internamiento de hospitales psiquiátricos, incluyendo los ABC workshops, el In-House Vocational Training (IHVT), el sistema Virtual Reality-based Vocational Training System (VRVTS) y esquemas de rehabilitación integral basados en ergoterapia y técnicas participativas (44,46,47,49,52,54).

En los distintos programas, la Terapia Ocupacional se describe en el rol de especialista de empleo, apoyando la búsqueda activa de trabajo, el entrenamiento para entrevistas, la coordinación con empleadores y el acompañamiento en el puesto, en articulación con el resto del equipo de salud mental (48,51,53). Asimismo, en los programas desarrollados en la comunidad y servicios de larga estancia, se incluyen apoyos continuados durante la búsqueda, incorporación y mantenimiento del empleo, con participación del terapeuta ocupacional dentro de equipos

interdisciplinarios; en estos contextos, el rol profesional se extiende hacia el diseño de talleres de capacitación y la evaluación sistemática de los niveles de progresión funcional y rehabilitación de los usuarios (45,46,49,50,51).

La dosificación de los programas varía según el tipo de intervención. En los programas prevocacionales hospitalarios se reportan intervenciones intensivas de cinco días por semana, entre cuatro y seis horas diarias, con duraciones totales de seis a once meses y seguimientos a uno, tres y seis meses posteriores al entrenamiento (47,52). El VRVTS se implementa en diez sesiones distribuidas en cinco semanas, combinadas con un programa estándar de entrenamiento prevocacional de tres horas diarias (44). En contraste, los programas de empleo con apoyo presentan formatos más flexibles y prolongados, con seguimientos de hasta treinta y nueve meses para ISE e IPS en uno de los ensayos y una duración del servicio de quince meses en otro, señalándose además la posibilidad de apoyo ilimitado en el modelo IPS (48,51,53). Finalmente, un estudio de cohorte longitudinal reporta el seguimiento más extenso de la muestra, con una intervención y monitoreo de la evolución de los pacientes que se extiende por un periodo de seis años, permitiendo observar la transición progresiva entre niveles de dependencia y productividad (54).

En términos de resultados vocacionales, los estudios reportan tasas de empleo y mantenimiento del trabajo con variabilidad según programa y contexto. En los programas de empleo con apoyo se describen tasas elevadas de empleo competitivo, con cifras de hasta 82,8 % a los treinta y nueve meses y una duración media de 46,94 semanas en el mismo puesto para ISE

(48,53). En los programas prevocacionales in-house se informan tasas de empleo cercanas al 65–79 % dentro de los seis meses posteriores al entrenamiento y niveles de sostenibilidad del empleo de hasta 38,7 % durante seis meses continuos (47,52). Por su parte, en intervenciones de larga estancia, se reporta que, tras un proceso de rehabilitación integral y ergoterapia, el 27,8 % de los participantes logra alcanzar niveles de desempeño laboral similares a los de un obrero normal al término del seguimiento (54). En el ámbito comunitario, se reporta que el 53 % de los participantes del programa integrado de apoyo laboral y centro de día accede a empleo competitivo (>20 horas semanales), mientras que en Assertive Community Treatment se describe una tasa de empleo de 19 %, con mantenimiento de al menos seis meses en aproximadamente la mitad de quienes trabajaron (49,50). (Tabla 3).

v. Participación de actividades productivas reportadas:

En los datos evaluados, el hecho de participar en actividades de carácter productivo ha sido principalmente orientado a la evaluación del empleo remunerado, concreto al empleo competitivo, y en menor medida a la evaluación del empleo protegido y del empleo apoyado (46–53). Los estudios desde los que se han extraído estos datos no registran nada relativo al empleo informal o al autoempleo, por tanto, la participación productiva se describe como empleo asalariado formal o protegido, trabajos realizados en talleres protegidos y en los puestos de trabajo estructurados dentro de las organizaciones, empresas o servicios hospitalarios de larga estancia (45–54).

De forma casi generalizada, los trabajos descritos en la literatura van dirigidos hacia el sector servicios y hacia trabajos puramente asistenciales. Los trabajos, en este caso, fueron tanto en su vertiente de empleo competitivo como en su vertiente de empleo protegido o no competitivo. Al examinar lo que son las áreas específicas de formación y de colocación, se muestra un espectro extremadamente variado de ocupaciones prácticas: desde panadería, pastelería o actividades de tipo agrícola hasta labores de conserjería, mantenimiento o de seguridad.

Las tareas realizadas aparecen: limpieza, lavandería, lavado de coches, atención en cafeterías, atención en tiendas u oficinas, trabajo de almacén, procesado de datos, servicios deportivos, confecciones e higiene (47–49,51–54). Si os preguntáis con qué grado de sostenibilidad se hicieron estas inserciones productivas, las respuestas son muy distintas según la intervención. Por ejemplo, un ensayo que contrastó el modelo ISE versus IPS, evaluando por medio de programas de empleo con apoyo, encontró unas duraciones medias de inserción de 46,94 semanas en ISE e 36,17 semanas en IPS; y otro estudio encuentra duraciones aún más cortas, con 23,84 semanas para ISE y 12,34 semanas para IPS, respectivamente (48, 53).

En esta línea con el entrenamiento vocacional, se consiguieron datos en relación a la permanencia de una proporción de los usuarios que mantuvieron el empleo durante los seis meses que siguieron a la formación, alcanzando índices de "alta sostenibilidad" de casi el 38,7 % (47,52). Seguidamente, vista desde una mirada cualitativa centrada en el hecho

comunitario, se puede extraer un estudio en que se diferenciaban claramente dos perfiles de permanencia laboral: un perfil de larga duración (de entre 6 y 36 meses) y uno de una duración muy corta (de entre 2 y 4 meses) (49). Y, como contrastación, un informe de caso expuso la evolución de un participante que mantuvo una relación laboral a medio tiempo en un par de complejos deportivos durante 14 meses ininterrumpidamente (51).

La dinámica es otra cuando se revisan estancias hospitalarias más prolongadas: la estabilidad productiva equivale a avanzar y permanecer en las fases más avanzadas de la rehabilitación, llegando a alcanzar el extremo de la publicación de pacientes con roles laborales internos de hasta seis años de duración (54). No obstante la riqueza de estos datos, hay un hecho que se repite: muchos artículos no hacen referencia a la cantidad de horas trabajadas por semana o mes, y se limitan a clasificar trabajo parcial y pleno, o se limitan a manifestar que el usuario ha superado la cantidad exigida para ser considerado con un trabajo competitivo (45, 50, 51, 53).

La situación en cuanto a los ingresos es más borrosa todavía. La literatura presenta una escasa información económica, aunque el conjunto de los reportes confirma que son trabajos remunerados (que, en algunos casos, se sitúan en el rango de salario mínimo o moderado) (45, 49, 51, 52). Entre las intervenciones netamente hospitalarias, la figura cambia: aquí se dice que se ha proporcionado un "estímulo económico", y a cambio de las tareas realizadas en los talleres de ergoterapia, pero no se hacen públicos los montos (54). A un nivel cualitativo atípico se deriva que había pacientes

que comentaban que el dinero que se obtendría le servía para cubrir sus gastos más básicos (49). Salvo estas menciones sueltas, el bloque de artículos revisados no cuenta con datos cuantitativos duros sobre las condiciones económicas, reales o bien la facturación mensual mediante estas ocupaciones (45–54) (Tabla 4).

V. DISCUSIONES

A partir de la evidencia recopilada en esta revisión de alcance, resulta posible responder con claridad y firmeza la pregunta inicial, como eran qué y cómo se desarrollaban los programas de rehabilitación laboral basados en Terapia Ocupacional para adultos diagnosticados de esquizofrenia. Aquí se constatan en los once estudios seleccionados que estas iniciativas cobran vida en diversos espacios (en ambulatorios, comunitarios, intrahospitalarios y por supuesto a través de esquemas mixtos); el terapeuta ocupacional, toma parte activa en todos ellos y asume roles donde hay tanto el acondicionamiento prevocacional como el acompañamiento para ejecutar la inserción en el espacio laboral (44–54).

Cuando se cruzaron estos datos y su continuidad en la literatura existente, también aparece el consenso: el esquema de vida prevocacional y el modelo de empleo con apoyo siempre son el marco de referencia de estas intervenciones. Así, al estudiar qué frenaba el desarrollo vocacional, el trabajo de Tan B. et al. acercamientos a las deficiencias de la cognición social y a los déficits neurocognitivos, evidenciando la necesidad de entrelazar la Terapia Ocupacional y técnicas de remediación cognitiva (55);

si se considera la eficacia pura, el modelo IPS (Individual Placement and Support) supera con creces a la rehabilitación tradicional, tal como lo expone la revisión de Marshall T. et al. (56) y que coincide perfectamente con lo expuesto por Sánchez A. y Sobrido M. muy a la ligera, situando el IPS y el ISE como los métodos de referencia en pacientes con esquizofrenia (32).

Sin embargo, aquí llega la ruptura clara concentrada en la investigación: Agrafojo advierte que, aunque el modelo IPS tenga el auricular como "gold standard" a nivel internacional, su utilización en Latinoamérica es casi marginal. Queda así abierta la enorme oportunidad de "tropicalizar" o adaptar estas metodologías al tejido socioeconómico (57). Sin embargo, no se omiten las palabras de Winter et al.: el éxito de un programa orientado al IPS (o Individual Placement Support) jamás es algo estático, sino que varía en función del estigma social, las redes comunitarias de apoyo o la situación clínica del enfermo, y dicha realidad es una explicación óptima de la heterogeneidad que se encuentran en los estudios primarios (58).

Siguiendo el trabajo de Tsang como referente entendible, es mucho más fácil desgranar los engranajes de cada programa. Un asunto central lo constituye la evaluación de las habilidades sociales, paso ineludible para llevar a cabo la puesta en práctica y la evaluación de las destrezas que el usuario necesita para salir, buscar y retener un trabajo (59). Aquí entra en juego el Work-related Social Skills Training (WSST) que se encarga de jerarquizar esas destrezas con la idea de situaciones de trabajo reales (60). Esta línea encaja muy bien con los modelos de IPS que se encuadran en la

revisión (48, 53). Respecto al plano cognitivo, Tsang describe algunos de los acercamientos en los que se integran el uso de la Terapia con apoyo junto a la Terapia de Remediación Cognitiva (CRT) (61). Resulta curioso que en lo que se suele analizar no son métodos tan instalados, solo pueden encontrarse en innovaciones muy contadas como puede ser la realidad virtual de VRVTS (44).

Dicha intersección entre lo social y lo cognitivo no es pura casualidad; es consecuencia de las mismas raíces de la profesión, si se atienen a los postulados teóricos de Willard y Spackman, el terapeuta ocupacional no es solo aquel que trabaja la rehabilitación de una persona, sino que su concepto de trabajo es el que vertebra la salud y la identidad del sujeto. Desde esa óptica sistémica, el profesional consigue convertirse en un mediador que va calibrando continuamente tres fuerzas: lo que la persona es capaz de realizar, lo que se requiere del puesto, y la forma que adopta el contexto de trabajo.

Para conseguirlo, se usó la Evaluación de Capacidades Funcionales y del Análisis del Puesto de Trabajo. Ambos instrumentos son imprescindibles para poder articular intervenciones individuales, desde un simple acondicionamiento físico inicial hasta el endurecimiento laboral. Aparte, el texto indica que también se puede ser consultores y mediadores para ejecutar ajustes razonables o implantar tecnologías de apoyo. Al final del día, mantener un puesto de trabajo durante mucho tiempo, necesita implicarse con el trabajador, el empleador y los profesionales de salud para poder blindar un adecuado entorno laboral (62).

Es precisamente esta forma tridimensional la que responde al por qué tuvieron tanto peso en los resultados el transparentar la discapacidad ante el empleador o mantener una asesoría vocacional posterior a la formación (47,50). Lograr el acceso de un trabajo no pasa sólo por enseñar una habilidad, sino por permitir que el terapeuta sepa compaginar la intrincada tríada de la persona-la actividad-el entorno. Al tomar este rol, el profesional deja de ser sencillo entrenador, para convertirse en un verdadero gestor de la justicia ocupacional que es capaz de abrir puertas tanto en el mercado formal de trabajo como en los nichos del autoempleo que marcan el ritmo de la economía de la zona.

Otro importante aporte de esta revisión es haber mapeado qué variables están detrás del éxito vocacional cuando la Terapia Ocupacional entra en acción. Más allá del diagnóstico existen catalizadores evidentes que permiten la inserción y su sostenibilidad: mantener vivo el asesoramiento vocacional una vez terminada la formación; no cortar la cuerda de apoyo continua una vez que se ha sido dado de alta del hospital; y dar impulso a factores funcionales muy concretos, como la destreza manual del usuario (47, 52) (Tabla 5). En el caso de las intervenciones de larga estancia, se establece que la estabilidad de los síntomas clínicos, el incremento en los niveles de independencia y los progresos en el recorrido por las etapas del proceso de rehabilitación son predictores clave de la participación productiva, que se asimila a la de la población general (54).

En los contextos comunitarios se describen relaciones del inicio con jornadas mermadas, nivel educativo elevado y acceso a la divulgación de la

discapacidad sobre el acceso al empleo competitivo (50) (Tabla 5). Asimismo, en modelos que incorporan el entrenamiento en habilidades sociales laborales se describen observaciones sobre la gestión en conflictos interpersonales y su asociación con la permanencia en el puesto de trabajo (32,48,53) (Tabla 5). A la hora de determinar cómo se ha conceptualizado la participación productiva se encuentra con un vacío sistemático.

La mayor parte de estudios considera exitoso el empleo por defecto asumiendo un modelo de empleo formal asalariado y tomando como criterios únicamente cuotas de horas mínimas (46-54). De forma sorprendente, existe un silencio casi absoluto acerca del autoempleo, la informalidad o de aspectos significantes como el nivel de ingresos o tipos de contrato (32, 44-54), omitir esto limita la relevancia de los estudios a la hora de abordar evidencias para contextos latinoamericanos, donde la auto gestión económica es la norma general. Este hecho interroga sobre la generalización de resultados internacionales frente a las normativas y el modelo regulatorio.

En Perú, la Ley de Salud Mental N.º 30947 (19) propone un modelo ideal de trabajo comunitario pero para ejecutar intervenciones como el IPS, éstas deben acoplarse con la Ley General de la Persona con Discapacidad N.º 29973 (20). Sin embargo, las deducciones tributarias y las cuotas requeridas se encuentran con el estigma y la ignorancia de los empleadores. Por ser así, a diferencia de Chile (Ley N.º 21.015) (21), donde existe una fiscalización, al menos formal, más dura que la de esta investigación, aquí la barrera actitudinal del empresariado anula la propia ley.

No hace falta más que leer lo que advierte Agrafojo (57) cuando reflexiona sobre la región: esta condición cultural estigmatizadora termina asfixiando a los factores de éxito que sí triunfan allá (44–54). Por todo ello, la Terapia Ocupacional da un giro: ya no bastará entrenar al usuario, hará falta educar y mediar con el entorno corporativo de aquí. Sin esta sensibilización, el marco jurídico jamás se traducirá en una inclusión en serio y competitiva.

Hay que caminar con cautela entre estas fuentes. A pesar de que se rastreó literatura desde 1980, estudios sólidos muestran una concentración ya desde el 2000 y una predominancia geográfica casi de Norteamérica, Europa y Asia (44–54). Pese a ser un claro sesgo proveniente de sistemas con mercados de trabajo y fuertes redes de protección social, esta revisión puede fijar un mapa tal como operan los programas de formación actuales y una lectura clara de las brechas de investigación que hay que saldar.

VI. CONCLUSIÓN

Tras sintetizar toda la evidencia de esta revisión, queda claro que la Terapia Ocupacional aborda la rehabilitación laboral apoyándose en tres grandes pilares. Por un lado, se presentan los modelos de empleo con apoyo (con el IPS y el ISE a la cabeza); por otro, el entrenamiento prevocacional dentro de las instalaciones hospitalarias; y, finalmente, los esquemas anclados en la ergoterapia, donde la ocupación funciona simultáneamente como el medio y el fin del tratamiento. Lo que hace que estas intervenciones funcionen son componentes muy específicos: entrenar las habilidades sociales aplicadas directamente al trabajo, apostar por la filosofía de

"colocar y luego entrenar" para acelerar la búsqueda de oportunidades, y sostener un acompañamiento hecho a la medida del usuario. Los datos revisados confirman que al aplicar estos esquemas no solo se consiguen tasas de inserción competitiva destacables, sino que se dispara la autoeficacia del paciente, mejorando a la par su rendimiento cognitivo y su bienestar psicosocial general.

Al mapear los escenarios donde estas iniciativas cobran vida, se encuentra una distribución bastante equilibrada. Las intervenciones ocurren tanto en pabellones hospitalarios de larga estancia como en dispositivos de corte ambulatorio (como centros de día o unidades de intervención temprana), extendiéndose hasta plataformas netamente comunitarias que involucran agencias vocacionales y equipos de tratamiento asertivo. Es justo en esta multiplicidad de espacios donde el terapeuta ocupacional ejerce un rol clave como articulador. Su labor central es tender el puente para que el usuario logre transitar desde el ensayo en ambientes protegidos hacia la integración real en el mercado abierto. Para que ese paso sea sostenible en el tiempo, el profesional asume tareas que van más allá de la clínica, actuando como mediador frente a los empleadores y coordinando al equipo interdisciplinario.

Si se observa el perfil de quienes participan en estos programas, la balanza se inclina fuertemente hacia los varones que transitan la adultez temprana y media (rondando los 30 a 40 años). En ellos, alcanzar la autonomía funcional y mantener la estabilidad clínica actúan como los mejores predictores de éxito. Asimismo, se identifican variables muy puntuales que

favorecen la retención del puesto de trabajo: contar con educación superior, preservar una función manual adecuada y arrancar la actividad productiva mediante jornadas reducidas. Todo esto reafirma una necesidad metodológica vital: el terapeuta ocupacional no puede saltarse las evaluaciones demográficas y funcionales exhaustivas, ya que son la brújula para calibrar exactamente qué tipo de apoyo necesitará cada persona.

Sin embargo, uno de los hallazgos más críticos de la revisión es el enorme punto ciego que existe en la literatura. Hasta ahora, la participación productiva se ha documentado casi de manera exclusiva bajo el lente del empleo formal remunerado, mayormente enfocado en el sector servicios. Es decir, los reportes sobre trabajo informal, autoempleo o emprendimientos autogestionados son una rareza absoluta. Esta limitación investigativa es un problema serio, ya que evidencia que los estudios actuales no logran capturar cómo se mueve la economía de la participación en países de ingresos medios y bajos. En estas latitudes, las formas de trabajo "no tradicionales" prevalecen y representan, en innumerables ocasiones, la única vía real de inclusión económica para las personas con esquizofrenia.

Para cerrar, se debe ser realistas sobre lo que significa aplicar estos programas en el Perú y en el resto de Latinoamérica. Su efectividad estará completamente condicionada a que la Terapia Ocupacional se atreva a trascender el enfoque individual y empiece a dismantelar las barreras del entorno empresarial. Si bien se contempla un marco legal que respalda — con la Ley de Salud Mental N.º 30947 y la Ley General de la Persona con Discapacidad N.º 29973 estableciendo cuotas y beneficios tributarios—, el

éxito de la norma depende de reducir el estigma y sensibilizar al sector corporativo. La conclusión definitiva es que la rehabilitación laboral tiene que consolidarse como un proceso profundo de mediación sociolaboral. Solo engranando la mejor evidencia internacional con las realidades económicas locales, se logrará garantizar que la participación ocupacional de los usuarios sea sostenible, competitiva y digna.

i. Limitaciones:

Al ponderar los resultados expuestos, es necesario tener presentes ciertas restricciones inherentes a este trabajo. En primer lugar, la estrategia de búsqueda se circunscribió a textos en inglés, español y portugués, lo cual implica que valiosa evidencia publicada en otras lenguas pudo haber quedado fuera del radar. Asimismo, el hecho de que la gran mayoría de los estudios provenga de naciones con economías altas o de ingresos medios-altos limita la capacidad de describir cabalmente las experiencias de rehabilitación laboral en entornos como el latinoamericano, donde el empleo informal es una constante ineludible.

Por otra parte, es preciso señalar la notable disparidad metodológica entre los documentos seleccionados —que combinan ensayos clínicos, cohortes retrospectivas, estudios cualitativos y casos únicos—, lo que conlleva una gran variabilidad en muestras, criterios de diagnóstico y variables de resultado analizadas. En muchos casos, los periodos de seguimiento resultaron breves y la información recabada sobre los puestos obtenidos (condiciones, contratos, salarios) permaneció incompleta, omitiendo por

completo las dinámicas de autoempleo o emprendimiento. Por último, siendo consecuentes con la naturaleza descriptiva propia de una revisión de alcance, se opta por no ejecutar una evaluación formal de riesgo de sesgo ni de calidad metodológica; por lo tanto, los hallazgos deben entenderse exclusivamente como un mapeo panorámico de la literatura existente y no como una métrica concluyente sobre la efectividad de los programas.

ii. Recomendaciones:

A la luz de lo hallado, se sugiere emplear estos resultados como una base sólida para detallar modelos y componentes de intervención, evitando caer en comparaciones de eficacia que, dada la heterogeneidad detectada, carecerían de rigor. En el ámbito de la gestión de servicios, es prioritario fortalecer la articulación entre los nodos de la red de salud mental comunitaria y garantizar un acompañamiento vocacional que no se detenga en el entrenamiento, sino que se prolongue en entornos laborales reales. Aquí, el terapeuta ocupacional debe asumir un rol protagónico como mediador: su intervención tiene que superar la mera instrucción de habilidades para incidir directamente sobre las barreras del entorno laboral.

Desde la óptica de las políticas públicas, resulta urgente que la aplicación de los marcos normativos vigentes, dígame la Ley de Salud Mental N.º 30947 y la Ley General de la Persona con Discapacidad N.º 29973 (19,21), se sincronice con la evidencia sobre soportes integrales, facilitando así una transición genuina hacia el mercado abierto.

En cuanto a futuras líneas de investigación, es fundamental corregir el sesgo de reporte que actualmente domina el campo, el cual tiende a restringir el éxito únicamente al empleo formal o talleres protegidos. Se requiere que los nuevos estudios registren de forma sistemática indicadores de éxito en modalidades productivas prevalentes en el contexto, tales como el empleo independiente o el sector informal, los cuales fungen como pilares de la inclusión económica regional. Por último, se hace necesario el diseño de investigaciones experimentales o programas piloto que permitan testear la aplicabilidad de modelos internacionales (IPS e ISE) bajo condiciones socioeconómicas locales, con detalle riguroso sobre la dosificación de estas intervenciones y su impacto real en la sostenibilidad ocupacional de las personas con esquizofrenia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. OMS; 1992 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20-F29>
3. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. WHO; 2022 Jun 8 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
4. Ministerio de Salud (PE). Establecimientos de salud del Minsa atendieron más de 85 000 casos de esquizofrenia [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2024 junio 8 [citado el 30 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/968553-establecimientos-de-salud-del-minsa-atendieron-mas-de-85-000-casos-de-esquizofrenia>
5. Sanchez O. Terapia ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. TOG (A Coruña) [Internet]. 2014 [citado el 10 de julio del 2025]; Vol 11, Supl 9: p 109–158. Disponible desde: <http://www.revistatog.com/suple/num9/psicosocial.pdf>
6. Sanhueza G, Galaz G. Inserción laboral y esquizofrenia: una revisión de la literatura desde el Trabajo Social [Internet]. RIHUMSO. 2023;(24):183-206 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible desde: <https://rihumso.unlam.edu.ar/index.php/humanidades/article/view/321/438>
7. González J, Rodríguez A. Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. Clínica y Salud [Internet]. 2010 [citado el 10 de julio del 2025] ; 21(3): 319-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300009&lng=es.
8. Castellano J, Bosch Z, Lahoz N, Yañez M, Martínez B, Mena A, Lima A. Tratamientos basados en la evidencia: terapia ocupacional en trastorno mental grave [Internet]. Psicoevidencias. 2021 ago;(60). [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/99-terapia-ocupacional-en-trastorno-mental-grave/file>
9. Organización Internacional del Trabajo. Política y Estrategia de la OIT para la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2020-2023 [Internet]. Ginebra: OIT; 2020 [citado 07 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.ilo.org/es/media/379241/download>

10. Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities [Internet]. *Br J Psychiatry*. 2003 Jun;182:467-8 [citado el 30 agosto del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12777333/>
11. Salkever D, Karakus M, Slade E, Harding C, Hough R, Rosenheck R, Swartz M, Barrio C, Yamada A. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study [Internet]. *Psychiatr Serv*. 2007 Mar;58(3):315-24 [citado el 30 agosto del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325103/>
12. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, Stroup S, Hsiao JK, Lieberman J; CATIE Study Investigators Group. Barriers to employment for people with schizophrenia [Internet]. *Am J Psychiatry*. 2006 Mar;163(3):411-7 [citado el 30 agosto del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16513861/>
13. Moruno P, Talavera M, Lamy N, Cantero P. Terapia ocupacional en recursos para la integración sociolaboral. En: Moruno P, Talavera M, editores. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Barcelona: Elsevier Masson; 2012. p. 460-511.
14. Ranka J, Chapparo C. Definition of terms. In C. Chapparo C, Ranka J (Eds.). *Occupational Performance Model (Australia): Monograph 1*. Sydney: Occupational Performance Network; 1997. p. 58-60. [citado el 30 de agosto del 2025]. Disponible en: www.occupationalperformance.com/definitions
15. American Occupational Therapy Association. Marco de Trabajo de la AOTA: dominio y proceso. 4a ed. *Am J Occup Ther*. 2020;74(Supl 2):7412410010 [Internet]. [citado el 25 de marzo del 2026]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34780625/>
16. González J, Orviz S. Rehabilitación e integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos. *Intervención Psicosocial*. [Internet] 1994;2(8) [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible desde: <https://journals.copmadrid.org/pi/archivos/1994/vol2/arti8.htm>
17. Naranjo R, Cobo F, Rebolleda C, González E, Grupo CRL-LRHP. Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid [Internet]. *Psychosocial Intervention*. 2018;27:65-71 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.5093/pi2018a2>
18. Cáceres V. Rehabilitación psicosocial: inclusión laboral de personas con discapacidad psíquica [Internet]. Trabajo final de grado. Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Psicología; 2020 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12008/29268>
19. Perú. Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental. Diario Oficial El Peruano, (23 de mayo de 2019).

20. Perú. Ley N.º 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Diario Oficial El Peruano, 24 de diciembre de 2012.
21. Chile. Ley N.º 21015, Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral. Diario Oficial de la República de Chile, (29 de mayo de 2017).
22. Grupo de Trabajo de Terapia Ocupacional de la FEARP. Terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial: estudio descriptivo de la situación actual en España [Internet]. TOG (A Coruña). 2023 may;20(1) [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://www.revistatog.com/ojs/index.php/tog/article/view/202/170>
23. Díaz A, Duica K, Ruiz C, Vargas C, Agudelo Y, Ospina S, et al. Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA [Internet]. Rev Colomb Psiquiatr. 2018;47(1):4-12 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.006>
24. De la Fuente C, Fatás B. Tratamiento de la esquizofrenia. Rev Sanitaria Investig. 2024;17 ene. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tratamiento-de-la-esquizofrenia/>
25. Silva M, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia [Internet]. Rev Colomb Psiquiatr. 2019;48(4):252-60 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-recuperacion-funcional-esquizofrenia-S0034745017301142>
26. Murillo K, Guzmán Suárez O, Moreno J. Estrategias de intervención de los factores de riesgo psicosocial de origen laboral: una visión desde terapia ocupacional. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2020 [citado el 25 marzo 2026];28(2):436-451. Disponible en: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1934>
27. Bernardo M, Pino G, Souza H. Salud mental y trabajo: los desafíos de la salud pública. Trab Educ Saúde [Internet]. 2016 [citado 25 marzo 2026];14(1):161-178. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00002>
28. Liberman R, Kopelowicz A. Recovery From Schizophrenia: A Concept in Search of Research. Psychiatric Services [Internet]. American Psychiatric Publishing; 2005 Jun 1 [citado el 03 de septiembre del 2025];56(6):735–42. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
29. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services [Internet]. World Psychiatry. 2007 Jun [citado el 03 de septiembre del 2025];6(2):68-74. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>

30. Leufstadius C, Eklund M. Time use among individuals with persistent mental illness: identifying risk factors for imbalance in daily activities [Internet]. *Scand J Occup Ther*. 2008 Mar [citado el 03 de septiembre del 2025];15(1):23-33. doi: 10.1080/11038120701253428. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17852964/>
31. Varela R, Castillo R, Ocegueda J. El empleo formal e informal en México: un análisis discriminante [Internet]. *Pap Poblac*. 2013 dic [citado el 03 de septiembre del 2025];19(78):111-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000400006&lng=es&tlng=es
32. Sánchez A, Sobrido M. Efectividad en intervenciones destinadas al empleo en personas con esquizofrenia desde terapia ocupacional: revisión sistemática. *TOG (A Coruña)*. 2021;18(1):46-54. Disponible en: <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/108/88>
33. Díaz D, Chacón S. Proceso de inserción laboral de personas con esquizofrenia: análisis desde una institución de apoyo [Internet]. *Rev Psicol Univ Chile*. 2006;15(1):26-54 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: https://www.emprendimientossolidarios.uc.cl/images/Articulos_WebCEE_S/2006_Diaz_Chacón_Inserción_Laboral_CEESUC.pdf
34. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Sugimura N, Ishihara I, et al. A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan [Internet]. *PLoS One*. 2018;13(4):e0193869 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193869>
35. Tsang H, Leung A, Chung R, Bell M, Cheung W. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998 [Internet]. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Jun;44(6):495–504 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20482409/>
36. Bond G, Becker D, Drake R, Rapp C, Meisler N, Lehman A, et al. Implementing supported employment as evidence-based practice [Internet]. *Psychiatr Serv*. 2003;54(5):649–57 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11239097/>
37. Bond G. Supported employment: an evidence-based practice for individuals with severe mental illness [Internet]. *World Psychiatry*. 2008;7(2):130–5 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15222147/>
38. Lehman A, Goldberg R, Dixon L, McNary S, Postrado L, Hackman A, et al. Improving employment outcomes for persons with serious mental illness [Internet]. *Psychiatr Serv*. 2002;53(8):948–56 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11825138/>

39. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach S, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive-behavioural and related therapies [Internet]. *Psychol Med*. 2002;32(5):769–82 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291702005895>
40. Harvey P, Green M, Keefe R, Velligan D. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the assessment and treatment of people with schizophrenia [Internet]. *Schizophr Bull*. 2005;31(4):823–7 (citado el 10 de julio del 2025). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15096076/>
41. Corrigan P, Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness [Internet]. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16–20 [citado el 10 de julio del 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
42. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco A, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). En: Aromataris E, Munn Z, editores; Chacón Armijo S, trans. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020 (citado el 31 de julio del 2025). Disponible en: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-1>
43. Varela R, Castillo R, Ocegueda JM. El empleo formal e informal en México: un análisis discriminante. *Pap. poblac [internet]*. 2013, vol.19, n.78 [citado el 25 de marzo del 2026], pp.111-140. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252013000400006&lng=es&nrm=iso
44. Tsang M, Man D. A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation. *Schizophr Res [Internet]*. 2013 Mar;144(1-3):51-62. doi: 10.1016/j.schres.2012.12.024. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.024>
45. Liu D, Hollis V, Warren S, Williamson D. Supported-employment program processes and outcomes: experiences of people with schizophrenia. *Am J Occup Ther [Internet]*. 2007 Sep-Oct;61(5):543-54. doi: 10.5014/ajot.61.5.543. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.61.5.543>
46. Pedersen P, Olsen B, Vernal D, Rydborg M, Gasse C, Mors O. Vocational rehabilitation in young adults with incident schizophrenia: a Danish retrospective cohort study. *Early Interv Psychiatry [Internet]*. 2025 Jun;19(6):e70062. doi: 10.1111/eip.70062. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eip.70062>
47. Chuang WF, Hwang E, Lee HL, Wu SL. An in-house prevocational training program for newly discharged psychiatric inpatients: exploring its employment outcomes and the predictive factors. *Occup Ther Int [Internet]*. 2015 Jun;22(2):94-103. doi: 10.1002/oti.1388. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1002/oti.1388>

48. Tsang H, Fung K, Leung A, Li S, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2010 Jan;44(1):49-58. doi: 10.3109/00048670903393613. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.3109/00048670903393613>
49. Cunningham K, Wolbert R, Brockmeier MB. Moving beyond the illness: factors contributing to gaining and maintaining employment. *Am J Community Psychol* [Internet]. 2000 Aug;28(4):481-94. doi: 10.1023/A:1005136531079. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1005136531079>
50. Sakai K, Hashimoto T, Inuo S. Factors associated with work outcome among individuals with schizophrenia: investigating work support in Japan. *Work* [Internet]. 2009;32(2):227-33. doi: 10.3233/WOR-2009-0809. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0809>
51. Crain M, Penhale C, Newstead C, Thomson L, Heah T, Barclay K. The contribution of IPS to recovery from serious mental illness: a case study. *Work* [Internet]. 2009;33(4):459-64. doi: 10.3233/WOR-2009-0894. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0894>
52. Lee HL, Hwang EJ, Wu SL, Tu WM, Wang MH, Chan F. Employment outcomes after vocational training for people with chronic psychiatric disorders: a multicenter study. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2018 Sep-Oct;72(5):7205195010p1-7205195010p9. doi: 10.5014/ajot.2018.028621. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.028621>
53. Tsang H, Chan A, Wong A, Liberman RP. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2009 Jun;40(2):292-305. doi: 10.1016/j.jbtep.2008.12.007. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.12.007>
54. Rodríguez-Ramos O, García-Cárdenas J, Castro-Martínez M, Martínez-López L. Terapia ocupacional en pacientes con trastorno mental grave. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2015 [citado 07 de abril del 2026]; 37(5): 465-474. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500007&lng=es&nrm=iso
55. Tan BL. Profile of cognitive problems in schizophrenia and implications for vocational functioning. *Aust Occup Ther J* [Internet]. 2009 Aug;56(4):220-8. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00759.x. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2008.00759>

56. Marshall T, Goldberg RW, Braude L, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, et al. Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2014 Jan 1;65(1):16-23. doi: 10.1176/appi.ps.201300262. [citado el 18 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300262>
57. Agrafojo C. Una propuesta de intervención orientadora para personas con diagnósticos de Trastornos Mentales Graves [tesis de especialización en Internet]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología; 2021 [citado 25 marzo 2026]. Disponible en: <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/129424>
58. Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, Sanches S, Michon H, Bond GR. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* [Internet]. 2022 Jul 11;31:e50. doi: 10.1017/S2045796022000300. [citado el 22 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>
59. Tsang H, Pearson V. Reliability and validity of a simple measure for assessing the social skills of people with schizophrenia necessary for seeking and securing a job. *Can J Occup Ther* [Internet]. 2000 Oct;67(4):250-9. doi: 10.1177/000841740006700407. [citado el 22 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://doi.org/10.1177/000841740006700407>
60. Tsang H, Pearson V. Work-related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong [Internet]. *Schizophr Bull*. 2001;27(1):139-48 [citado el 22 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006852>
61. Tsang H, Bell M, Cheung V, Tam KL, Yeung WS. Integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2016 Feb;22 Suppl 2:S15-8. PMID: 26908337. [citado el 22 de noviembre del 2025]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26908337/>
62. Ramsey R, Swarbrick P. Servicio de terapia ocupacional en personas con discapacidad psiquiátrica: promoción de la recuperación y el bienestar. En: Schell B, Gillen G, editores. *Willard & Spackman. Terapia Ocupacional*. 13ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019. p. 936-945.

VIII. TABLAS, GRÁFICAS Y FIGURAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ARTÍCULOS

AUTOR PRINCIPAL	AÑO Y PAÍS	IDIOMA DE PUBLICACIÓN	DISEÑO	OBJETIVO DE LA FUENTE
Tsang M. et al. (44)	2013 - China	Ingles	Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar si un programa de entrenamiento vocacional en realidad virtual mejora el desempeño cognitivo, la autoeficacia y los resultados laborales de personas con esquizofrenia en comparación con entrenamiento administrado por terapeutas y entrenamiento convencional, esto realizando un pre-test y post-test para comparar resultados.
Liu D. et al. (45)	2007 - Canadá	Ingles	Estudio de teoría fundamenta	Explorar cómo las personas con esquizofrenia viven y experimentan un programa de empleo con apoyo, identificando los procesos que lo conforman, los resultados que consideran significativos y las condiciones que influyen en su participación.
Perdensen P. et al. (46)	2025 - Dinamarca	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo	Evaluar si la intervención vocacional multidisciplinaria Morpheus ofrece mejores resultados que la rehabilitación vocacional estándar en jóvenes adultos con esquizofrenia reciente atendidos en el programa OPUS, específicamente analizando si el tipo de intervención vocacional se asocia con una mejor vinculación al empleo

y al sistema educativo.

Chuang WF. et al. (47)	2015 - Taiwan	Ingles	Estudio de cohorte retrospectivo	Explorar los resultados laborales de un programa interno de capacitación prevocacional dirigido a pacientes psiquiátricos recién dados de alta, identificando además los factores que predicen la obtención de empleo tras la intervención.
Tsang H. et al. (48)	2010 - Hong Kong (China)	Ingles	Ensayo clínico aleatorizado	Comparar la efectividad a largo plazo del programa Empleo con Apoyo Integrado (ISE) frente al IPS estándar y la rehabilitación vocacional tradicional (TVR) en resultados vocacionales y no vocacionales durante un período de 3 años en personas con enfermedad mental grave.
Cunningham K. et al. (49)	2000 - Estados Unidos	Ingles	Estudio de corte transversal	El estudio analiza los factores individuales que influyen en que personas con enfermedad mental grave logren mantener un empleo, solo acceder a él o no conseguirlo. Se examina cómo hablan sobre su enfermedad, cómo perciben el trabajo y qué estrategias utilizan para afrontar los “días malos”, con el fin de identificar elementos que afectan su trayectoria laboral.
Sakaia K. et al. (50)	2009 - Japón	Ingles	Estudio de corte transversal	Examinar los factores personales, clínicos y funcionales asociados con la obtención de empleo competitivo en adultos con esquizofrenia que participan en el Programa Integrado de Apoyo Laboral y Atención Diurna

(Integrated Work Support and Day-care, IWSD).

Craina M. et al. (51)	2009 - Estados Unidos	Inglés	Estudio de caso	El estudio tuvo como propósito describir y analizar cómo la intervención Individual Placement and Support (IPS) contribuye a la recuperación de una persona con esquizofrenia, mediante la presentación de un estudio de caso instrumental que explora la experiencia del participante (Glen)
Lee HL. et al. (52)	2018 - Taiwan	Inglés	Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico	Evaluar los resultados de empleo obtenidos por personas con trastornos psiquiátricos crónicos después de completar un programa innovador de capacitación vocacional ofrecido dentro del servicio (in-house vocational training program, IHVT) y determinar qué parámetros del programa predecían de manera significativa dichos resultados laborales.
Tsang HW. et al. (53)	2009 - Hong Kong (China)	Inglés	Ensayo clínico aleatorizado	Determinar la superioridad del programa de Empleo con Apoyo Integrado (ISE) sobre el modelo IPS y la Rehabilitación Vocacional Tradicional (TVR) en términos de inserción y permanencia laboral, así como en el desarrollo de la capacidad para manejar las dificultades del entorno de trabajo en personas con enfermedad mental severa (SMI) en Hong Kong.
Rodríguez O.	2015 - Cuba	Español	Descriptivo de cohorte	Determinar la utilidad de la Terapia Ocupacional en pacientes con trastorno mental grave, comparando el

et al (54)

longitudinal

nivel de rehabilitación integral y el grado de inserción en actividades de la disciplina enfocadas a la participación productiva al inicio y al final del tratamiento

Elaboración propia

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN, DIAGNÓSTICO Y CONTEXTO DE INTERVENCIÓN

AUTOR	POBLACIÓN	TAMAÑO DE LA MUESTRA	EDAD	SEXO	CONTEXTO DE INTERVENCIÓN	SISTEMA DE DIAGNÓSTICO
Tsang M. et al. (44)	Pacientes hospitalizados con Esquizofrenia.	75 participantes completaron el estudio.	VRG: 39.60 ± 7.96 años CG: 41.56 ± 9.94 años.	Hombres: VRG: 28%; TAG: 60%; CG: 56%	Hospitalario (Departamento de Terapia Ocupacional en Hospital Castle Peak).	DSM-IV
Liu D. et al. (45)	Participantes de programa de empleo con Esquizofrenia.	7 participantes entrevistados	Rango: 20–60 años	4 mujeres, 3 hombres	Comunitario (Agencia de servicios vocacionales).	DSM-IV-TR
Perdensen P. et al. (46)	Adultos jóvenes con Esquizofrenia incidente (participantes del programa	246 pacientes elegibles; 116 en Morpheus, 130 en Estándar.	Morpheus: 23.34 ± 3.69 años. Estándar: 23.17 ± 4.41 años.	Hombres: Morpheus: 60.3% Estándar: 59.2%	Ambulatorio/Comunitario (Servicio especializado de intervención temprana OPUS)	No consigna

	OPUS).					
Chuang WF. et al. (47)	Pacientes recién dados de alta con Esquizofrenia (91.4%) y Trastorno Bipolar (8.6%).	58 participantes.	34.4 ± 8.2 años; Rango 18-50 años	Hombres: 60.3% (35).	Hospitalario (programa de formación prevocacional in-house en un hospital psiquiátrico regional)	No consigna
	Participantes con Enfermedad Mental Grave (SMI), siendo Esquizofrenia el diagnóstico principal.	189 participantes asignados.	ISE: 34.12 ± 8.68 años. TVR: 36.50 ± 7.57 años.	ISE (n = 58): Hombres: 26 (44.8 %) Mujeres: 32 (55.2 %)	Comunitario (organizaciones no gubernamentales) y Ambulatorio (tres hospitales de día en Hong Kong).	DSM-IV
Tsang H. et al. (48)				IPS (n = 65): Hombres: 36 (55.4 %) Mujeres: 29 (44.6 %)		
				TVR (n = 66): Hombres: 31 (47.0 %) Mujeres: 35 (53.0 %)		

Cunningham K. et al. (49)	Participantes con Enfermedad Mental Grave y Persistente; Trastorno del pensamiento (principalmente esquizofrenia, 66%).	17 clientes seleccionados.	Mediana: 27 años (Rango 20–40 años).	12 hombres, 5 mujeres.	5	Comunitario (Programa de Tratamiento Comunitario Asertivo - ACT).	No consigna
Sakaia K. et al. (50)	Pacientes ambulatorios con Esquizofrenia.	36 pacientes.	42.0 ± 11.2 años	Hombres: 72% (26).		Ambulatorio (centro de cuidado diurno de un hospital psiquiátrico).	ICD-10
Craina M. et al. (51)	Un hombre con Esquizofrenia.	1 participante	42 años.	Masculino		Comunitario (Equipo de Salud Mental Comunitario - MHT).	No consigna
Lee HL. et al. (52)	Trastornos psiquiátricos crónicos (CPD), con Esquizofrenia (86.9%).	323 participantes.	34.2 ± 7.5 años; Rango 18-59 años.	Hombres: 59.4% (192).		Hospitalario (programas de formación prevocacional in-house en hospitales psiquiátricos).	DSM-V
Tsang HW. et al. (53)	Individuos con Enfermedad Mental Grave (SMI), siendo	163 participantes asignados.	ISE: 33.52 ± 9.08 años. IPS: 33.77 ± 9.12	ISE (n = 52): Hombres: 26 (50%)		Comunitario (programas de salud mental comunitaria).	DSM-IV

	Esquizofrenia el diagnóstico principal (75.0% a 78.8%).	años. TVR: 36.35 ± 7.61 años.	Mujeres: 26 (50%) IPS (n = 56): Hombres: 29 (51.8%) Mujeres: 27 (48.2%) TVR (n = 55): Hombres: 26 (47.3%) Mujeres: 29 (52.7%)	
Rodríguez O. et al (54)	Pacientes con 72 Trastorno Mental Grave (Esquizofrenia como diagnóstico mayoritario, 43%).	No consigna (Se menciona población adulta en servicio de larga estadía).	No consigna.	Hospitalario (Servicio de larga estadía, Hospital Psiquiátrico de Matanzas). CIE-10

Elaboración propia

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN

AUTOR	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL	COMPONENTES PRINCIPALES	DOSIFICACIÓN DEL PROGRAMA	ROL DEL TERAPUEUTA OCUPACIONAL (TO)	RESULTADOS VOCACIONALES
Tsang M. et al. (44)	Virtual Reality-based Vocational Training System (VRVTS / VRG), Therapist-Administered Group (TAG), y Conventional Group (CG).	VRG/TAG: Entrenamiento en escenario de boutique (habilidades de venta, resolución de problemas, manejo de solicitudes) Objetivo: Compensar los déficits cognitivos para mejorar la rehabilitación laboral. CG: Recibió solo entrenamiento estándar de habilidades pre vocacionales.	10 sesiones de entrenamiento durante 5 semanas. Duración de la sesión: 30 minutos. Todos recibieron 3 horas diarias de entrenamiento prevocacional estándar.	El entrenamiento fue administrado por personal del Departamento de Terapia Ocupacional. El terapeuta ocupacional en el TAG proporcionó feedback inmediato y apoyo continuo.	Rendimiento en el trabajo (Prueba On-Site): VRG y TAG mostraron mejoras significativamente mejores que CG ($p < .001$), indicando generalización de habilidades. TAG mostró mejor rendimiento en la Prueba On-Site que VRG. Autoeficacia: VRG mostró una mxejora significativamente mejor que CG ($p=0.04$).
Liu D. et al. (45)	Supported Employment (SE).	Remoción de barreras para la búsqueda de empleo (provisión de recursos como computadora, fax). Apoyo directo en la búsqueda de empleo (ej. transporte por el gestor de casos). Mejora de	Participación en la agencia de 4–17 meses. Programa de experiencia laboral de 1 semana.	Apoyo individualizado según necesidades del participante, dirigidos por tres terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales ,con	La participación en el trabajo se identificó como un resultado significativo, aunque no siempre se lograba el empleo competitivo inmediato. La obtención de empleo es producto de la preparación y el esfuerzo personal más

		habilidades laborales (manejo de estrés, entrevistas). Objetivo: Participación productiva y mejora del bienestar psicológico.		acompañamiento individual, entrenamiento para búsqueda de empleo y apoyo en el puesto de trabajo.	que un resultado directo del programa. Mejora del bienestar psicológico (sentimiento de tranquilidad y mejor autoimagen), que era independiente del estado de empleo.
Perdensen P. et al. (46)	Morpheus (Supported Employment) vs. Standard Vocational Rehabilitation (SVR).	Morpheus: Colaboración entre servicios de empleo y salud mental. Combina formación vocacional, job coaching y apoyo en salud mental. Objetivo: Involucrar rápidamente a los pacientes en actividades vocacionales.	Programa de terapia de grupo de 6 semanas. Frecuencia: 90 minutos de contacto semanal. Morpheus se implementa dentro del programa OPUS de 2 años.	El TO de OPUS evalúa la elegibilidad y motivación vocacional de los pacientes. Un TO forma parte del equipo multidisciplinario de Morpheus. El TO guía a los empleadores en ajustes laborales y reducción de la estigmatización.	Morpheus no mostró OR significativamente mayor para empleo o educación en comparación con SVR a 2 o 4 años. Los pacientes Morpheus trabajaron en promedio 218 horas más en el período de 0 a 2 años (entre los empleados). Morpheus tuvo una OR significativamente menor para contactos psiquiátricos ambulatorios (0-2 años).
Chuang WF. et al. (47)	In-House Prevocational Training Program (ABC workshops).	Entrenamiento de comportamiento/habilidades laborales. Entrenamiento en el puesto (pasantía no remunerada en auto	Duración: 6 a 11 meses. Frecuencia: 5 días/semana, 6 horas/día. Seguimiento a 1, 3 y 6 meses post-	El programa fue liderado por terapeutas ocupacionales. Los TOs sirvieron como gestores de casos.	Altas tasas de empleo (79.3% a 1 mes, 69.0% a 6 meses). Las tasas de empleo no difirieron significativamente en el tiempo, sugiriendo

		lavado, panadería, lavandería). Equilibrio de vida y afrontamiento (manejo de estrés, medicación, dinero). Objetivo: Preparar a pacientes crónicos para empleo competitivo, apoyado o protegido.	entrenamiento.	Los comunitarios proporcionaron consejería vocacional post-entrenamiento.	TOs sostenibilidad. La consejería vocacional post-entrenamiento fue el predictor más significativo de empleo ($p < .001$). La función manual adecuada también fue predictiva ($p = .003$).
Tsang H. et al. (48)	Integrated Supported Employment (ISE) + Work-Related Social Skills Training, (WSST), Individual Placement and Support (IPS), y Traditional Vocational Rehabilitation (TVR).	ISE/IPS: Énfasis en empleo competitivo, búsqueda rápida (place then train), apoyo individualizado y continuo, e integración con el equipo de salud mental. ISE añade Work-Related Social Skills Training (WSST) antes de obtener el empleo, enfocado en las relaciones sociales laborales. TVR: Evaluación y entrenamiento prevocacional en entornos protegidos (train-then-place).	ISE/IPS: Servicio de seguimiento por 39 meses. WSST ISE: 10 sesiones de entrenamiento en habilidades sociales.	Tres TOs registrados actuaron como especialistas de empleo (ES) para implementar IPS o ISE. Un TO independiente y ciego realizó las evaluaciones.	ISE superó significativamente a IPS y TVR. ISE (82.8%) e IPS (61.5%) en tasa de empleo a 39 meses. TVR solo 6.1% a 15 meses. ISE tuvo una duración laboral significativamente más larga (46.94 semanas) que IPS (36.17 semanas). ISE reportó menos problemas interpersonales que resultaron en la terminación del trabajo.
Cunningham	Assertive Community	Tratamiento multidisciplinario.	Programa El	Los equipos ACT incluyen TOs. Los	19% de los clientes estaban empleados

K. et al. (49)	Treatment (ACT) con un Coordinador Vocacional.	Coordinador Vocacional brinda consejería prevocacional, asistencia en la obtención de empleo y job coaching limitado. Objetivo subyacente: Fomentar una actitud de ver la enfermedad como "solo una pieza" del ser para mantener el empleo.	disponible 24/7.	TOs forman parte del equipo multidisciplinario que asiste en habilidades básicas de la vida (enseñanza de habilidades básicas de la vida).	(mínimo 5 horas/semana). 50% de los clientes empleados mantuvieron el empleo durante 6 meses o más. La actitud y conciencia de la enfermedad fueron factores clave para el éxito y el mantenimiento del empleo.
Sakaia K. et al. (50)	Integrated Working Support Program in a Day-care facility (IWSD). Enfoque place-then-train.	Nueve principios que incluyen: aceptación universal, des-enfatizar evaluación pre-ocupacional, apoyo activo después de conseguir trabajo y apoyo continuo a la vida comunitaria. Incluye un programa escalonado (step-up support) para comenzar con tiempo reducido. Objetivo: Promover la vida comunitaria, no solo el trabajo.	Mínimo de un año de participación. Entrevistas de apoyo 1-3 veces por semana.	El staff de IWSD incluye terapeutas ocupacionales. Los TOs colaboran en la búsqueda de empleo.	53% de los participantes lograron empleo competitivo (>20 horas/semana). El tiempo de trabajo inicial más corto (<20 horas/semana) fue el predictor más fuerte de empleo competitivo (OR=27.6). La divulgación de la discapacidad (OR=6.00) y el nivel educativo superior (OR=6.42) también fueron predictores.
Craina M. et al. (51)	Individual Placement and Support (IPS).	Principios IPS: Enfoque en empleo competitivo, búsqueda rápida, apoyo continuo e ilimitado (time	Apoyo ilimitado en el tiempo y a demanda del usuario.	El TO asistió al sujeto a obtener una referencia positiva de voluntariado,	El sujeto mantuvo empleo a tiempo parcial en dos instalaciones deportivas durante 14 meses. El

		unlimited support), integración de servicios en el equipo de salud mental (MHT). Incluye asistencia con currículums, entrevistas y job coaching limitado.	seguimiento detallado fue de 14 meses.	obtener una subvención financiera para la certificación de manipulación de alimentos y estudiar para el examen.	empleo se asoció con mejores resultados de salud (reducción de contactos clínicos). Reportó una mejoría en la autoeficacia y las habilidades sociales.
Lee HL. et al. (52)	In-House Vocational Training (IHVT). Guiado por el modelo PEOP (Persona-Ambiente-Ocupación-Desempeño).	1. Entrenamiento de comportamiento laboral (puntualidad, habilidades sociales, resolución de conflictos). 2. Entrenamiento de habilidades en el puesto (pasantías no remuneradas en instalaciones hospitalarias o afiliadas). 3. Consejería de equilibrio de vida (manejo de estrés, medicación). Objetivo: Proporcionar una alternativa a la formación vocacional tradicional.	Duración: 6-10 meses. Frecuencia: 5 días/semana, 4-6 horas/día. 2. Consejería de equilibrio de vida: 1 a 13 horas/semana.	El TO actúa como director, gestor de casos o terapeuta de formación. Los TOs comunitarios proporcionaron consejería vocacional post-formación, lo cual fue un predictor clave de éxito. Los TOs deben obtener capacitación adicional/certificación relacionada con el trabajo.	Tasa de empleo total alta (ej. 65.6% a los 6 meses). Alta sostenibilidad (empleado durante 6 meses) fue del 38.7%. La capacitación adicional del TO aumentó la probabilidad de empleo en 24%. La consejería post-formación por TOs comunitarios aumentó la probabilidad de empleo en 49% y la sostenibilidad en 45%.
Tsang HW. et al. (53)	Integrated Supported Employment (ISE) (IPS +	ISE/IPS: Énfasis en empleo competitivo, búsqueda rápida y apoyo continuo e indefinido. ISE	Duración del servicio: 15 meses. WSST (en ISE): 10 sesiones grupales de	Tres TOs registrados actuaron como especialistas de empleo (ES) para	ISE superó significativamente a IPS y TVR. ISE (78.8%) vs IPS (53.6%) vs TVR (7.3%)

	Work-Related Social Skills Training, WSST), Individual Placement and Support (IPS), y Traditional Vocational Rehabilitation (TVR).	añade Work-Related Social Skills Training (WSST) para mejorar habilidades sociales de comunicación y resolución de problemas. TVR: Evaluación vocacional y entrenamiento prevocacional en centros (enfoque train and place o por pasos).	1.5-2 horas, administradas durante los primeros 3 meses.	implementar IPS o ISE.	en tasa de empleo a 15 meses. ISE tuvo una duración laboral más larga (23.84 semanas) que IPS (12.34 semanas). La diferencia se atribuye al entrenamiento en habilidades sociales que mejoró la retención laboral.
Rodríguez O. et al (54)	Programa "Cambiándole el color a la vida" (Rehabilitación integral y Ergoterapia).	Ergoterapia, talleres de artes plásticas, canto, poesía, y labores (floricultura, agricultura, lavandería).	Seguimiento de 6 años (2008-2014).	El Licenciado en TO (mencionado en autoría) prepara los talleres, cursos y evalúa los niveles de rehabilitación.	El 9.8% alcanzó el Nivel V (trabajo igual al de un obrero normal) y el 18% alcanzó el Nivel IV al finalizar el estudio.

Elaboración propia

TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

AUTOR	TIPO DE ACTIVIDAD PRODUCTIVA	TIPO DE EMPLEO	SOSTENIBILIDAD DEL EMPLEO	HORAS TRABAJADAS	SALARIOS/PAGOS
Tsang M. et al. (44)	La intervención se centró en la mejora de habilidades y el rendimiento en el trabajo (On-site test). El estudio se realizó con pacientes hospitalizados, sin reporte de colocación laboral posterior.	El entrenamiento simulado fue en el rol de vendedor (salesperson) en una boutique.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
Liu D. et al. (45)	Participación en el trabajo (participating in work), incluyendo búsqueda y logro de empleo. El objetivo es el empleo competitivo en	No consigna	No consigna	No consigna	Los trabajos son remunerados, no consigna datos detallados.

el mercado
abierto.

Perdensen P.
et al. (46)

Empleo, Educación y Empleo No Competitivo. El empleo no competitivo se definió como recibir beneficios sociales condicionados a participar en empleo de apoyo o pasantías.

No consigna

No consigna

Durante los 2 primeros años posteriores: No consigna

- Morpheus: 33 (28.5%) obtuvieron empleo.

615.66 ± 933.40 horas trabajadas al mes.

- Rehabilitación vocacional estándar: 24 (18.5%) obtuvieron empleo.

468.27 ± 544.18 horas trabajadas al mes.

Durante los 2 a 4 años posteriores:

- Morpheus: 37 (31.9%) obtuvieron

				empleo. 909.96 ± 1082.27 horas trabajadas al mes. - Rehabilitación vocacional estándar: 33 (25.4%) obtuvieron empleo. 809.35 ± 978.93 horas trabajadas al mes.	
Chuang WF. et al. (47)	Empleo Protegido, Apoyado o Regular/Competitivo. La mayoría obtuvo empleo en talleres protegidos.	Entrenamiento en: lavado y detallado de autos, pastelería y limpieza/lavandería de ropa. Puestos obtenidos: asistente de cafetería, trabajo en casa de empaques, paisajismo, envoltura de regalos y trabajo de almacén.	No se encontraron diferencias significativas en las tasas de empleo entre los 1, 3 y 6 meses post- entrenamiento, lo que sugiere la capacidad para mantener el empleo durante 6 meses.	Trabajos pagados a tiempo completo (full-time paid job) de ≥30 horas por semana.	Trabajos pagados. No se reporta información sobre el monto del salario.
Tsang H. et al. (48)	Empleo competitivo. ISE (82.8%) y IPS (61.5%) obtuvieron empleo	Mayoría en puestos de nivel inicial (entry-level jobs): asistente de oficina, trabajador de limpieza, guardia de seguridad, asistente de tienda	Job Tenure (duración más larga en el mismo trabajo): ISE 46.94 semanas vs. IPS 36.17 semanas (a los 39	Trabajaron al menos 20 horas por semana. 57.4% de ISE y 55.3% de IPS trabajaron a	No consigna

	competitivo a los 39 meses, superando significativamente a TVR (6.1% a 15 meses).	y trabajador de reparto.	meses).	tiempo completo.	
Cunningham K. et al. (49)	Empleo competitivo (pagado, mínimo 5 horas/semana).	Trabajos de salario mínimo a moderado en sectores de servicio de alimentos, industrial, limpieza (custodial) y doméstico.	Grupo 1 (éxito en mantenimiento): Mantuvo trabajos en un rango de 6 a 36 meses. Grupo 2 (no éxito en mantenimiento): Mantuvo empleos en un rango de 2 a 4 meses.	(Grupo 1): 18.5 ± horas trabajadas a la semana. (Grupo 2): 15.6 ± horas trabajadas a la semana.	Trabajos de salario mínimo a moderado. El sujeto (Chad) mencionó poder pagar las cuentas.
Sakaia K. et al. (50)	Empleo competitivo, definido como trabajar más de 20 horas a la semana. El programa también apoyaba la participación en talleres protegidos (sheltered workshop)	No consigna	No consigna	El grupo de trabajo (exitoso) trabajó más de 20 horas a la semana.	No consigna

	program).				
Craina M. et al. (51)	Empleo competitivo. El objetivo era un trabajo a tiempo parcial.	Empleado en dos importantes instalaciones deportivas para eventos.	El sujeto mantuvo el empleo con éxito durante 14 meses.	El sujeto buscó y obtuvo empleo a tiempo parcial. No se reporta el promedio de horas.	Los trabajos eran pagados y competitivos. No se reporta información sobre el monto del salario.
Lee HL. et al. (52)	Se reportan tasas para empleo Protegido (Sheltered), Apoyado (Supported) y Competitivo/Regular. El empleo competitivo fue el más alto a los 6 meses (24.1%).	Opciones de entrenamiento y puestos obtenidos: Pastelería, cafetería, culinaria, procesamiento de datos informáticos, lavado y detallado de autos, conserjería y servicio de lavandería.	Alta sostenibilidad (empleado continuamente durante los 6 meses post-entrenamiento) fue del 38.7% de los participantes.	Definido como un trabajo pagado a tiempo completo (full-time paid job) de ≥ 30 horas por semana.	Se enfocaron en trabajos pagados. No se reporta información sobre el monto del salario.
Tsang HW. et al. (53)	Empleo competitivo. ISE (78.8%) e IPS (53.6%) obtuvieron empleo competitivo a los 15 meses, superando a	Mayoría en puestos de nivel inicial (entry-level jobs): guardia de seguridad, trabajador de limpieza, asistente de oficina y trabajador de reparto.	Job Tenure (duración más larga en el mismo trabajo): ISE 23.84 semanas vs. IPS 12.34 semanas (a los 15 meses). ISE tuvo una tendencia significativamente más	Trabajaron al menos 20 horas por semana.	No consigna

	TVR (7.3%).		larga que IPS.		
Rodríguez O. et al (54)	Labores de mantenimiento, agricultura, confecciones, lavandería e higienización.	de Empleo Protegido / Talleres intrahospitalarios.	No consigna.	No consigna.	No consigna.

Elaboración propia

TABLA 5. FACTORES PREDICTIVOS PARA EL ÉXITO VOCACIONAL

FACTORES PREDICTIVOS	IMPACTO EN LA OBTENCIÓN DEL EMPLEO/SOSTENIBILIDAD DEL EMPLEO
Consejería vocacional post-entrenamiento por TO comunitario (47)	Aumentó la probabilidad de obtener empleo en un 49%. Fue el único predictor significativo de sostenibilidad del empleo, haciendo a los participantes 45% más propensos a demostrar alta sostenibilidad.
Certificación laboral específica del Terapeuta Ocupacional (47)	Los participantes cuyos TOs poseían esta certificación tenían 24% más probabilidades de ser empleados.
Periodo de tiempo de 6 meses post-entrenamiento (47)	La tasa de empleo general a los 6 meses fue 10% superior a la de 1 mes post-entrenamiento. Es un período de tiempo "razonable" para asegurar empleo competitivo.

Consejería vocacional post-entrenamiento (42)	Fue el predictor más significativo para el empleo ($p < .001$). La tasa de empleo de los que recibieron consejería continua fue más de tres veces mayor.
Función manual (Deterioro muy grave) (42)	Los participantes con deterioro muy grave de la función manual fueron menos propensos a ser empleados ($p = .003$).
Tiempo de trabajo inicial más corto (<20 horas/semana) (45)	Fue el predictor más fuerte para el éxito del empleo competitivo (OR = 27.6).
Nivel educativo superior (>Bachillerato) (45)	Aumentó la probabilidad de éxito del empleo competitivo (OR = 6.42).
Divulgación de la discapacidad al empleador (45)	Aumentó la probabilidad de éxito del empleo competitivo (OR = 6.00). La divulgación permite una búsqueda de trabajo más rápida y ajustes en las condiciones laborales.
Integración de Empleo con Entrenamiento en Habilidades Sociales (ISE) (43)	Superó significativamente a IPS en la tasa de empleo (82.8% vs 61.5%) y en la duración del empleo (46.94 semanas vs 36.17 semanas). Llevó a menos conflictos interpersonales que resultaron en terminación laboral.
Participación en técnicas participativas y ergoterapia. (54)	El aumento de la participación en estas actividades (del 13.8% al 41.6% en ergoterapia) se asoció a la estabilidad de los síntomas clínicos, la mejora en los niveles de independencia y la progresión satisfactoria a través de las etapas del proceso rehabilitador

Elaboración propia

TABLA 6. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LOS ESTUDIOS

AUTOR	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	RESULTADOS DEL ESTUDIO	CONCLUSIONES DEL ESTUDIO
Tsang M. et al. (44)	Brief Neuropsychological Cognitive Examination (BNCE). Digit Vigilance Test (DVT). Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT). Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (función ejecutiva). Vocational Cognitive Rating Scale (VCRS). Self-designed checklist (On-site test).	El VRVTS (Realidad Virtual) fue más efectivo que el Grupo Convencional (CG) en la mejora de la función ejecutiva (WCST) y la autoeficacia. Tanto el VRG como el Grupo Administrado por Terapeuta (TAG) mostraron mejoras significativamente mejores en el rendimiento laboral (On-site test) que el CG.	El uso de VRVTS para remediar habilidades cognitivas y mejorar los resultados vocacionales es factible y eficaz. La mejora en la autoeficacia (lograda por VRG) es un predictor conocido de mejores resultados vocacionales.
Liu D. et al. (45)	Entrevistas individuales semiestructuradas con preguntas abiertas	Los participantes lograron resultados personales significativos, incluso sin obtener empleo competitivo. Los resultados incluyen la eliminación de barreras para la búsqueda de trabajo (ej. recursos, apoyo con transporte) y la mejora del bienestar psicológico (lograr un mejor autoconcepto y sentido de reaseguro). La obtención	Escuchar las perspectivas de los participantes destaca la importancia de la participación en ocupaciones significativas como proceso terapéutico y resultado deseado. El empleo solo es un indicador limitante de la efectividad del programa de empleo con apoyo.

		de empleo no es un resultado directo, sino un producto de la interacción entre la preparación personal y los esfuerzos del participante y los resultados del programa.	
Perdensen P. et al. (46)	<p>Danish Register for Evaluation of Marginalisation (DREAM) y Registros Nacionales Daneses (para empleo, educación, admisiones hospitalarias, contactos ambulatorios y uso de medicamentos).</p> <p>Versión modificada de la English Work Behaviour Inventory Scale (utilizada por el equipo Morpheus).</p>	<p>Morpheus no mostró Odds Ratio (OR) significativamente mayor para empleo o educación en comparación con la Rehabilitación Vocacional Estándar (SVR) a 2 o 4 años. Los pacientes Morpheus trabajaron en promedio 218 horas más en el período de 0 a 2 años (entre los empleados). Morpheus se asoció con una OR significativamente menor para contactos psiquiátricos ambulatorios (0–2 años).</p>	<p>El programa Morpheus no superó a la SVR en la promoción de empleo y educación. Los hallazgos sugieren que el empleo está asociado con la reducción de la utilización de servicios psiquiátricos.</p>
Chuang WF. et al. (47)	<p>Chu's Occupational Assessment Inventory (ADL, Hand Dexterity, Attention).</p> <p>Standardized physical fitness indices (PFIs) (BMI, Core Strength, Body Flexibility, Cardiovascular Fitness).</p>	<p>Altas tasas de empleo (67.2%–79.3%) dentro de los 6 meses post-entrenamiento. No hubo diferencias significativas en las tasas de empleo entre 1, 3 y 6 meses, lo que sugiere la capacidad para mantener el empleo. La consejería vocacional post-entrenamiento fue el predictor más significativo para el empleo.</p>	<p>Los TOs deben atender a la necesidad de apoyo vocacional continuo y monitorear la función manual/destreza en los clientes para optimizar los resultados laborales.</p>

Tsang H. et al. (48)	<p>Employment Outcome Checklist (EOC).</p> <p>Chinese Job Termination Checklist (CJTC).</p> <p>Chinese General Self-efficacy Scale (CGSS).</p> <p>Personal Well-being Index (PWI).</p> <p>Escala de Fidelidad de Empleo con Apoyo de 15 ítems.</p>	<p>El programa ISE (IPS + WSST) superó significativamente a IPS y TVR en la tasa de empleo competitivo (82.8% vs 61.5%) y en la duración del empleo (46.94 semanas vs 36.17 semanas) a los 39 meses. ISE se asoció con menos problemas interpersonales que resultaron en la terminación laboral.</p>	<p>Se demostró la efectividad a largo plazo del ISE. El Entrenamiento en Habilidades Sociales (WSST) mejora la competencia social para la retención laboral.</p>
Cunningham K. et al. (49)	<p>Entrevistas semiestructuradas y abiertas.</p> <p>Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (para caracterizar a los grupos).</p>	<p>Los individuos que tuvieron éxito en mantener el empleo (Grupo 1) vieron su enfermedad como "solo una pieza" de su identidad. Tener una perspectiva clara sobre la enfermedad fue un factor clave para obtener empleo; verla como "solo una pieza" lo fue para mantenerlo.</p>	<p>El tratamiento debe enfocarse en ayudar a las personas a manejar su vida teniendo una enfermedad, en lugar de solo controlar la agudeza de los síntomas. El empleo es menos sobre "encontrar algo que hacer" y más sobre "recuperar o descubrir algo que ser".</p>
Sakaia K. et al. (50)	<p>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).</p> <p>Life Assessment Scale for the Mentally Ill (LASMI).</p> <p>WHO-QOL 26</p>	<p>El 53% de los participantes lograron empleo competitivo. Los predictores significativos fueron: tiempo de trabajo inicial más corto (<20 horas/semana, OR = 27.6), mayor nivel educativo (OR = 6.42) y divulgación de la discapacidad (OR = 6.00).</p>	<p>La participación en empleo competitivo puede ser promovida por la divulgación de la discapacidad, el tiempo de trabajo inicial reducido y la educación superior. El programa IWSD (Integrado) es tan efectivo como un programa SE altamente integrado.</p>

Craina M. et al. (51)	Entrevistas semiestructuradas (con el cliente, su madre, empleador y equipo clínico). Revisión de registros médicos.	El apoyo individualizado y continuo del IPS fue central para el éxito en la obtención y mantenimiento del empleo pagado. El empleo se asoció con mejores resultados de salud, incluyendo una reducción significativa en la frecuencia de las citas médicas (de bisemanales a cada 4-6 semanas).	La provisión de servicios IPS dentro de un equipo de salud mental multidisciplinario (MHT) puede promover la adquisición de empleo duradero y la recuperación. Los clínicos deben creer en la capacidad de sus clientes para trabajar, independientemente de la presencia de síntomas.
Lee HL. et al. (52)	Chu's Occupational Assessment Inventory (Hand Dexterity Test, Attention Test, ADL Test). Datos de archivo	Tasas de empleo satisfactorias a 6 meses (65.6%). La certificación del TO y la consejería vocacional post-entrenamiento por TOs comunitarios fueron predictores significativos de las tasas y la sostenibilidad del empleo.	La formación vocacional interna (IHVT) es una alternativa prometedora, pero debe incluir apoyo vocacional continuo por parte de TOs con fuertes conexiones comunitarias después de la formación.
Tsang HW. et al. (53)	Employment Outcome Checklist (EOC). Chinese Job Termination Checklist (CJTC). Escala de Fidelidad de Empleo con Apoyo de 15 ítems. Chinese Job Stress Coping Scale (CJSC).	A los 15 meses, ISE obtuvo tasas de empleo significativamente más altas (78.8%) y tenencia laboral más larga (23.84 semanas) que IPS (53.6%) y TVR (7.3%). IPS tuvo mejores resultados vocacionales que TVR. No hubo diferencia en la frecuencia de contactos telefónicos o presenciales entre ISE e IPS.	El ISE mejora significativamente los resultados de empleo con apoyo (IPS) al aumentarlo con Entrenamiento en Habilidades Sociales (SST). Esto valida la efectividad de IPS y sus adaptaciones en el contexto chino.

<p>Rodríguez O. et al (54)</p>	<p>Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) . Hoja de evolución psicosocial (Escala de 5 niveles de rehabilitación) .</p>	<p>Al inicio, el 62.5% de los pacientes se encontraba en el Nivel I (dependencia total). Al finalizar (6 años después), solo el 7% permanecía en Nivel I, mientras que el 27.8% alcanzó los niveles IV y V (desempeño laboral similar al de un obrero normal). Se observó un incremento notable en la participación en Ergoterapia (del 13.8% al 41.6%) y técnicas participativas (90.2%).</p>	<p>La rehabilitación integral y el apoyo social en pacientes con trastorno mental grave generan resultados positivos en su evaluación clínica y social .La Terapia Ocupacional es útil para crear habilidades sociolaborales, permitiendo que pacientes con esquizofrenia evolucionen hacia niveles de mayor independencia y productividad.</p>
------------------------------------	---	--	---

Elaboración propia

ANEXOS

ANEXO 1. CUADRO DE PCC

Pregunta PCC: Población – Concepto – Contexto	
Población	Personas de 18-64 años con diagnóstico de Esquizofrenia.
Concepto	Programas de rehabilitación laboral a través Terapia Ocupacional
Contexto	Entornos hospitalarios, ambulatorios o comunitarios.

ANEXO 2. CUADRO OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala de Medición
<p>Programas de rehabilitación laboral desde la terapia ocupacional</p>	<p>Son programas terapéuticos orientados a desarrollar, recuperar o mantener competencias, habilidades y hábitos que favorecen la integración sociolaboral del individuo, mediante acciones destinadas a mejorar su desempeño y facilitar su participación en el mercado de trabajo (13)</p>	<p>En esta revisión, se identificarán y describirán los tipos de programas registrados y sus componentes, procesos de implementación y resultados para cada uno de los artículos que incluyan intervenciones específicas a través de terapia ocupacional.</p>	<p>Tipos de programas de rehabilitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Rehabilitación laboral tradicional” (Traditional vocational rehabilitation) - “Empleo con apoyo tradicional” (Supported Employment, Traditional) - “Empleo con apoyo integrado” (Integrated Supported Employment) - “Taller de terapia ocupacional” (Occupational Therapy Workshop) - “Inserción laboral individualizada con apoyo” (Individual placement and support) - “Tratamiento comunitario asertivo” (Assertive Community Treatment) - “Modelo Clubhouse” (Clubhouse Model) - “Empleo transicional dentro del Clubhouse” (Transitional Employment) - “Remediación cognitiva combinada con empleo con apoyo” (Cognitive Remediation plus Supported 	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

			<p>Employment, Thinking Skills for Work)</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Entrenamiento en habilidades sociales relacionadas con el trabajo” (Work-related Social Skills Training) - “Acondicionamiento laboral físico” (Work Hardening / Work Conditioning) - “Acondicionamiento laboral cognitivo” (Cognitive Work Hardening) - “Talleres pre-vocacionales” (Pre Vocational Workshops) - “Empleo personalizado” (Customized Employment) - “Taller protegido” (Sheltered Work) <p>Componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación - Planificación del programa - Estrategia de búsqueda de posibles empleos - Existencia de un apoyo para la obtención del empleo - Ajustes razonables - Intervenciones específicas para 	
--	--	--	--	--

			<p>habilidades como cognitivas, físicas, psicosociales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none">- Entrenamiento de habilidades laborales- Implementación de alguna tecnología de apoyo o adaptación- Equipos multidisciplinarios- Fidelidad de uso del programa- Modo de intervención <p>Procesos de implementación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Posibles criterios de elegibilidad- Fuente de derivación- Formulación de los objetivos para cada programa- Existencia de un seguimiento de los participantes- Posible apoyo después de la obtención del empleo- Evaluación inicial y de resultados: instrumentos de evaluación <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none">- Obtención de un empleo competitivo- Horas trabajadas o dedicadas a una	
--	--	--	--	--

			<p>actividad productiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remuneración obtenida por el empleo o actividad productiva - Tiempo de permanencia en el empleo o actividad productiva - Tipo de empleo obtenido o actividad productiva que realiza - Desarrollo de habilidades - Tiempo que tomó en obtener el empleo o iniciar una actividad productiva - Disminución de sintomatología 		
Participación en actividades productivas	Involucramiento de la persona en rutinas, tareas y sub-tareas que son realizadas para permitir a la persona proporcionarse sustento a sí mismo, la familia o la comunidad a través de la producción de bienes o la provisión de	Se mapearán los tipos, niveles y resultados de participación reportados en los estudios, incluyendo empleo formal, informal, autoempleo, actividades en centros de día o	<p>Actividad productiva reportada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Empleo formal (42) - Empleo informal (42) - Autoempleo (13) - Empleo protegido (13) 	Cualitativa	Nominal

	servicios (14,15)	voluntariado	- Talleres protegidos (13)		
Diagnóstico de esquizofrenia	Trastorno mental grave caracterizado por alteraciones del pensamiento, percepción, emociones, lenguaje, sentido del yo y conducta. Suele incluir experiencias psicóticas, como alucinaciones y delirios (1,2).	Presencia del diagnóstico de esquizofrenia en la población estudiada, según el criterio que haya utilizado cada estudio incluido en la revisión para definir un subtipo (DSM-IV, DSM-V, CIE-10)	Subtipos de esquizofrenia: - Paranoide - Desorganizada - Catatónica - Indiferenciada - Residual - Simple	Cualitativa	Nominal
Contexto de intervención	Espacios físicos y organizativos donde se implementan los programas de rehabilitación para personas con problemas de salud (3).	Se mapearán los estudios según el entorno principal donde se desarrolló el programa: hospital, unidad psiquiátrica, hospital de día, ambulatorio (clínica, centro de salud mental) o comunitario (centro comunitario, apoyo en el hogar).	Espacio donde se lleve a cabo la intervención: - Hospitalario - Ambulatorio - Comunitario	Cualitativa	Nominal

Sexo	Categoría biológica que clasifica a las personas identificándose por medio de características biológicas —como la anatomía reproductiva, las variaciones genéticas y hormonales— que clasifican a las personas como femenina o masculina.	Clasificación de los participantes como "masculino" y "femenino" reportada en cada estudio que se incluirá.	- Femenino - Masculino	Cualitativa	Nominal
Edad	La edad se entiende como el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento actual, expresado habitualmente en años cumplidos.	Edad de los participantes que participaron en cada estudio que se incluirá.	- Años	Cuantitativa	De intervalo
País de origen del estudio	El país de origen del estudio es el territorio donde se ejecutó la investigación o en donde fue publicada.	Identificación del país o región donde fue conducido el estudio que se incluirá, según lo reportado por los autores.	- País o países donde se aplicó el estudio - Región (América Latina, Europa, etc.)	Cualitativa	Nominal

Diseño del estudio	<p>Enfoque metodológico general que guía la recopilación, análisis e interpretación de datos en una investigación científica. Permite clasificar los estudios según sus objetivos, tipo de datos y estrategias analíticas.</p>	<p>Tipo de diseño metodológico reportado en cada estudio que se incluirá en la revisión, identificado a partir de la descripción explícita hecha por los autores</p>	<p>Enfoque metodológico cuantitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño cuasi-experimental - Diseño experimental de ensayo clínico aleatorizado - Diseño corte transversal - Diseño cohorte - Diseño caso-control <p>Enfoque metodológico cualitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diseño fenomenológico - Diseño de teoría fundamentada - Diseño de estudio de caso <p>Enfoque metodológico mixto</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>
---------------------------	--	--	---	--------------------	----------------

Año de publicación del estudio	Corresponde al momento en que los resultados de una investigación son difundidos en una revista científica u otro medio académico. Este dato no necesariamente coincide con el período en que se realizó la recolección de datos, el seguimiento o el análisis, sino que marca el punto en el que el estudio se hace público y puede ser consultado y utilizado como evidencia científica.	Año especificado en la referencia de cada artículo que se incluirá, correspondiente a su publicación formal. Se extrae directamente del artículo o base de datos	Año de publicación	Cuantitativa	De intervalo
---------------------------------------	--	--	--------------------	--------------	--------------

ANEXO 3. TABLA DE TÉRMINOS DE ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Base de datos	Algoritmo de búsqueda	Resultados
EMBASE	(((exp schizophrenia/ or schizophrenia.ti,ab,kw.) AND (exp young adult/ or exp adult/ or exp middle aged/ or ("young adult*" or adult* or "middle aged").ti,ab,kw.)) AND ((exp vocational rehabilitation/ or ("vocational rehabilitation" or "work rehabilitation" or "employment program*" or "job training" or "work therapy").ti,ab,kw.) AND (exp occupational therapy/ or ("occupational therapy" or "OT intervention" or "occupational therapist").ti,ab,kw.)) AND ((exp hospital/ or (hospital or inpatient).ti,ab,kw.) OR (exp outpatient care/ or (outpatient or ambulatory or "day hospital").ti,ab,kw.) OR (exp community care/ or (community or "community-based" or "community care").ti,ab,kw.)))	15
Medline	(("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR "schizophrenias"[All Fields] OR "schizophrenia s"[All Fields]) OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR ("dementia"[All Fields] AND "praecox"[All Fields]) OR "dementia praecox"[All Fields]) OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR ("schizophrenic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "schizophrenic disorders"[All Fields]) OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR ("disorder"[All Fields] AND "schizophrenic"[All Fields]) OR "disorder schizophrenic"[All Fields]) OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR ("disorders"[All Fields] AND "schizophrenic"[All Fields]) OR "disorders schizophrenic"[All Fields]) OR ("Schizophrenia"[MeSH Terms] OR "Schizophrenia"[All Fields] OR ("schizophrenic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "schizophrenic disorder"[All Fields])) AND ("Young Adult"[MeSH Terms] OR ("Young Adult"[MeSH Terms] OR "young"[All Fields] AND "Adult"[All Fields]) OR "Young Adult"[All Fields] OR ("adults"[All Fields] AND "young"[All Fields]) OR "adults young"[All Fields]) OR ("Young Adult"[MeSH Terms] OR ("young"[All Fields] AND "Adult"[All Fields]) OR "Young Adult"[All Fields] OR ("Adult"[All Fields] AND "young"[All Fields]) OR "adult young"[All Fields]) OR ("Young Adult"[MeSH Terms] OR ("young"[All Fields] AND "Adult"[All Fields]) OR "Young Adult"[All Fields] OR ("young"[All Fields] AND "adults"[All Fields]) OR "young adults"[All Fields]) OR ("Adult"[MeSH Terms] OR ("Adult"[MeSH Terms] OR "Adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields] OR "adult s"[All Fields])) OR ("Middle Aged"[MeSH Terms] OR ("Middle Aged"[MeSH Terms] OR "middle"[All Fields] AND "aged"[All Fields]) OR "Middle Aged"[All Fields] OR ("middle"[All Fields] AND "age"[All Fields]) OR "middle age"[All Fields])) AND (("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR ("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR "rehabilitation"[All Fields] AND "vocational"[All Fields]) OR	38

"vocational rehabilitation"[All Fields] OR ("vocational"[All Fields] AND "rehabilitation"[All Fields])) OR ("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR ("rehabilitation"[All Fields] AND "vocational"[All Fields]) OR "vocational rehabilitation"[All Fields] OR ("rehabilitations"[All Fields] AND "vocational"[All Fields])) OR ("rehabilitation, vocational"[MeSH Terms] OR ("rehabilitation"[All Fields] AND "vocational"[All Fields]) OR "vocational rehabilitation"[All Fields] OR ("vocational"[All Fields] AND "rehabilitations"[All Fields]) OR "vocational rehabilitations"[All Fields]) OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("return"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "Return to Work"[All Fields] OR ("work"[All Fields] AND "return"[All Fields]) OR "work return to"[All Fields]) OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("return"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "Return to Work"[All Fields] OR ("back"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "back to work"[All Fields]) OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("return"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "Return to Work"[All Fields] OR ("work"[All Fields] AND "back"[All Fields]) OR "work back to"[All Fields]) OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("return"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "Return to Work"[All Fields] OR ("back"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "back to work"[All Fields]) OR ("Return to Work"[MeSH Terms] OR ("return"[All Fields] AND "work"[All Fields]) OR "Return to Work"[All Fields])) OR ("employment, supported"[MeSH Terms] OR ("employment, supported"[MeSH Terms] OR ("employment"[All Fields] AND "supported"[All Fields]) OR "supported employment"[All Fields] OR ("supported"[All Fields] AND "employment"[All Fields]))) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("job"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "on the job training"[All Fields]) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("job"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "on the job training"[All Fields]) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("training"[All Fields] AND "job"[All Fields]) OR "training on the job"[All Fields]) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("training"[All Fields] AND "inservice"[All Fields]) OR "training inservice"[All Fields]) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("orientation"[All Fields] AND "programs"[All Fields] AND "employee"[All Fields])) OR ("employee orientation programme"[All Fields] OR "Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("employee"[All Fields] AND "orientation"[All Fields] AND "program"[All Fields]) OR "employee orientation program"[All Fields]) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR

("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("orientation"[All Fields] AND "program"[All Fields] AND "employee"[All Fields])) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("program"[All Fields] AND "employee"[All Fields] AND "orientation"[All Fields])) OR ("Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("programs"[All Fields] AND "employee"[All Fields] AND "orientation"[All Fields])) OR ("employee orientation programmes"[All Fields] OR "Inservice Training"[MeSH Terms] OR ("inservice"[All Fields] AND "training"[All Fields]) OR "Inservice Training"[All Fields] OR ("employee"[All Fields] AND "orientation"[All Fields] AND "programs"[All Fields]) OR "employee orientation programs"[All Fields])) AND ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Occupational Therapy"[All Fields] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapies"[All Fields]) OR "occupational therapies"[All Fields] OR ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Occupational Therapy"[All Fields] OR ("therapies"[All Fields] AND "occupational"[All Fields]) OR "therapies occupational"[All Fields]) OR ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Occupational Therapy"[All Fields] OR "ergotherapy"[All Fields]) OR ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Occupational Therapy"[All Fields]) OR ("Occupational Therapy"[MeSH Terms] OR ("occupational"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "Occupational Therapy"[All Fields] OR ("therapy"[All Fields] AND "occupational"[All Fields]) OR "therapy occupational"[All Fields])) AND ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "service"[All Fields]) OR "community mental health service"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "mental"[All Fields]) OR "health services community mental"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "services community mental health"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms]

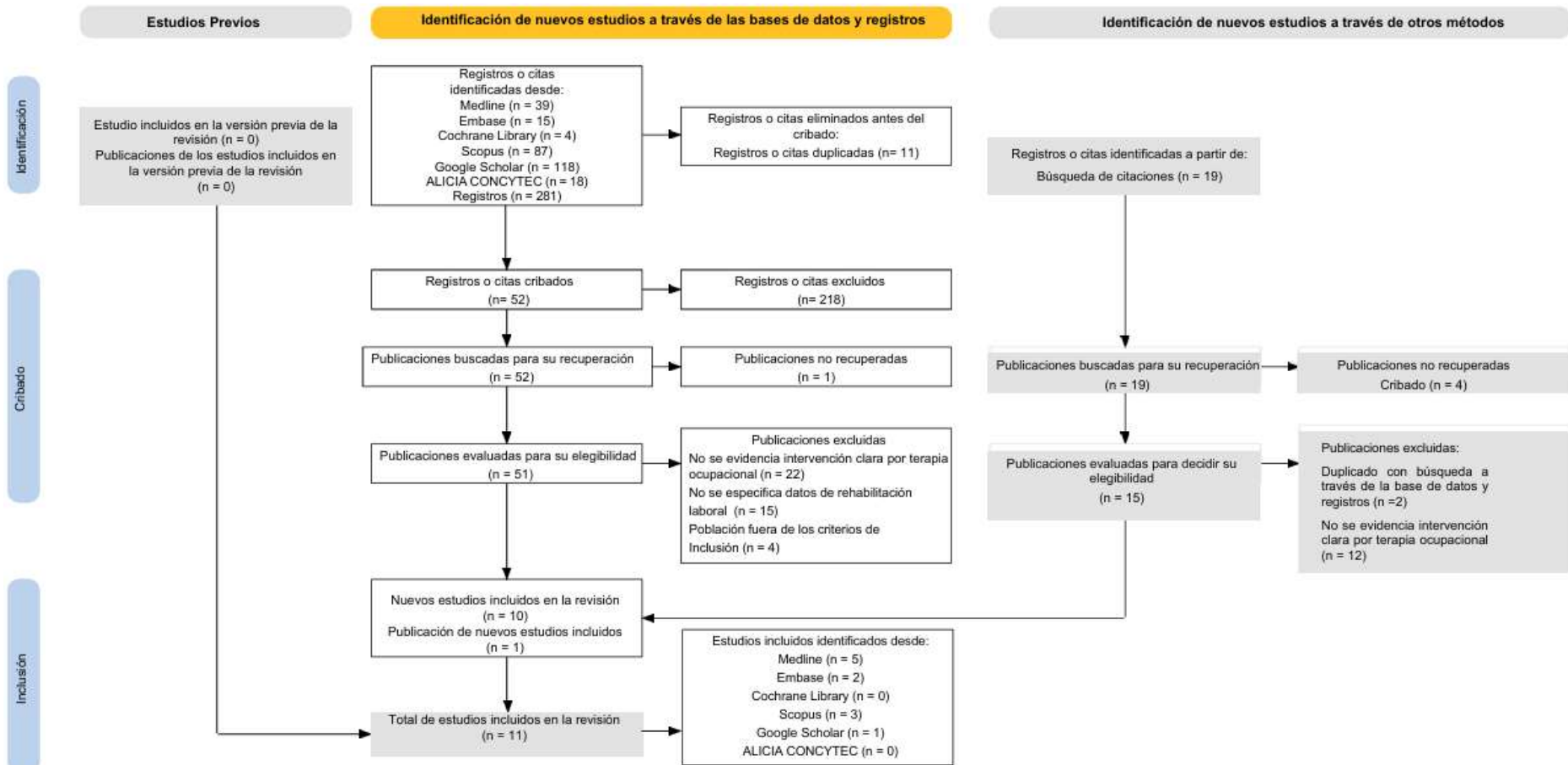
OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "community"[All Fields])) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "mental health services community"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("assertive"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "treatment"[All Fields]) OR "assertive community treatment"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "treatment"[All Fields] AND "assertive"[All Fields]) OR "community treatment assertive"[All Fields]) OR ("Community Mental Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "mental"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Mental Health Services"[All Fields] OR ("treatment"[All Fields] AND "assertive"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "treatment assertive community"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "service"[All Fields]) OR "community health service"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "health service community"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("service"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "service community health"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "health services community"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "community"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "services

community health"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "community health care"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "care"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "health care community"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("community"[All Fields] AND "healthcare"[All Fields]) OR "community healthcare"[All Fields]) OR ("Community Health Services"[MeSH Terms] OR ("community"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "Community Health Services"[All Fields] OR ("healthcare"[All Fields] AND "community"[All Fields]) OR "healthcare community"[All Fields])) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("care"[All Fields] AND "ambulatory"[All Fields]) OR "care ambulatory"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "outpatient care"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("care"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields]) OR "care outpatient"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("clinic"[All Fields] AND "visits"[All Fields]) OR "clinic visits"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("clinic"[All Fields] AND "visit"[All Fields]) OR "clinic visit"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("visit"[All Fields] AND "clinic"[All Fields]) OR "visit clinic"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("visits"[All Fields] AND "clinic"[All Fields]) OR "visits clinic"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "services"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields]) OR "health services outpatient"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "service"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields]) OR "health service outpatient"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH

Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "service"[All Fields]) OR "outpatient health service"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("service"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields] AND "health"[All Fields])) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "services outpatient health"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "outpatient health services"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "outpatient services"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("outpatient"[All Fields] AND "service"[All Fields]) OR "outpatient service"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("service"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields]) OR "service outpatient"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("services"[All Fields] AND "outpatient"[All Fields]) OR "services outpatient"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("urgent"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "urgent care"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("cares"[All Fields] AND "urgent"[All Fields])) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("care"[All Fields] AND "urgent"[All Fields]) OR "care urgent"[All Fields]) OR ("Ambulatory Care"[MeSH Terms] OR ("ambulatory"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "Ambulatory Care"[All Fields] OR ("urgent"[All Fields] AND "cares"[All Fields]) OR "urgent cares"[All Fields])) OR ("Hospitals"[MeSH Terms] OR ("hospital s"[All Fields] OR "hospitalisation"[All Fields] OR "hospitalization"[MeSH Terms] OR "hospitalization"[All Fields] OR "hospitalised"[All Fields] OR "hospitalising"[All Fields] OR "hospitality"[All Fields] OR "hospitalisations"[All Fields] OR "hospitalizations"[All Fields] OR "hospitalize"[All Fields] OR "hospitalized"[All Fields] OR "hospitalizing"[All Fields] OR "Hospitals"[MeSH Terms] OR "Hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields])))) AND ((english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter]) AND (1980:2025[pdat]))

Cochrane Library	(((exp schizophrenia/ or schizophrenia.ti,ab,kw.) AND (exp young adult/ or exp adult/ or exp middle aged/ or ("young adult*" or adult* or "middle aged").ti,ab,kw.)) AND ((exp vocational rehabilitation/ or ("vocational rehabilitation" or "work rehabilitation" or "employment program*" or "job training" or "work therapy").ti,ab,kw.) AND (exp occupational therapy/ or ("occupational therapy" or "OT intervention" or "occupational therapist").ti,ab,kw.)) AND ((exp hospital/ or (hospital or inpatient).ti,ab,kw.) OR (exp outpatient care/ or (outpatient or ambulatory or "day hospital").ti,ab,kw.) OR (exp community care/ or (community or "community-based" or "community care").ti,ab,kw.)))	4
ALICIA	Esquizofrenia" OR "Trastornos psicóticos OR Rehabilitación vocacional OR rehabilitación laboral OR empleo con apoyo OR reincorporación al trabajo OR apoyo al empleo OR integración laboral OR formación laboral OR programa de empleo OR Terapia ocupacional OR rehabilitación OR atención de salud mental OR salud mental comunitaria OR atención ambulatoria OR atención hospitalaria OR atención comunitaria OR servicios comunitarios de salud mental	11
SCOPUS	(((("ambulatory care" OR "outpatient care" OR "hospital care" OR "community care") OR ("community mental health services")) AND ((("schizophrenia" OR "schizoaffective disorder" OR "schizophrenic disorder" OR "dementia praecox") AND ("young adult" OR "adult" OR "middle aged")) AND ((("vocational rehabilitation" OR "work rehabilitation" OR "supported employment" OR "return to work" OR "employment support" OR "work integration" OR "job training" OR "employment program") AND ("occupational therapy" OR "ergotherapy" OR "rehabilitation services" OR "mental health care" OR "community health services" OR "community mental health services" OR "ambulatory care" OR "outpatient care" OR "hospital care" OR "community care"))))	87
Google Scholar	"esquizofrenia" "terapia ocupacional" "rehabilitación laboral" (Perú OR Chile OR Colombia OR México OR Argentina OR Brasil OR Uruguay OR Paraguay OR Bolivia)	118

ANEXO 4. DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA 2020



ANEXO 5. TABLA MODELO DE EXTRACCIÓN DE DATOS

#	TÍTULO	AUTOR	PAÍS DE ORIGEN	DISEÑO DEL ESTUDIO	OBJETIVO DE LA FUENTE	POBLACIÓN	SEXO	EDAD	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS
1									

#	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN LABORAL	CONTEXTO DE INTERVENCIÓN	DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
1						

(continuación)