

EFICACIA DE LAS TÉCNICAS COGNITIVAS EN LA ESQUIZOFRENIA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Carla González Lorenzo

Ahinoa Martín Estévez

Rosa Carolina Torres Hernández

Tutorizado por Pedro Benito Averó Delgado

Manuel Herrera Fernández

Curso Académico 2020-21

Índice

	<i>Páginas</i>
Resumen.....	3
Abstract	4
Introducción	4
Método	9
Criterios de inclusión y exclusión	9
Fuentes de información y búsqueda	10
Selección de los estudios	10
Proceso de extracción de datos y riesgos de sesgo	11
Resultados	11
Selección de los estudios incluidos	11
Características de los estudios	12
Riesgo de sesgo	20
Discusión.....	21
Resumen de la evidencia	21
Limitaciones	24
Conclusiones	25
Referencias	26
Anexos	34
Anexo 1.....	34
Anexo 2.....	35
Anexo 3.....	36

Resumen

La esquizofrenia es conocida por ser un trastorno psiquiátrico extremadamente incapacitante para aquellas personas que lo sufren; se caracteriza por la presencia de síntomas negativos, positivos y diversos déficits a nivel funcional, social y cognitivo. Para su tratamiento, una de las elecciones más comunes es la utilización de terapias cognitivas, ya que han demostrado una clara eficacia a lo largo de los años en diversos estudios. Esta revisión lo que pretende es, por medio de la búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorizados (ECAs) en bases de datos como Medline y PsycINFO, evaluar la eficacia de diversas técnicas cognitivas frente a la terapia utilizada tradicionalmente (TAU). La evidencia encontrada sugiere que la mayoría de estas técnicas tienen efectos favorables para el tratamiento del trastorno, sin embargo, estos resultados no son lo suficientemente sólidos para poder afirmar de manera contundente los resultados obtenidos, al igual que su posible generalización. Se precisaría de un estudio más exhaustivo de las diversas técnicas, controlando los posibles sesgos en profundidad para lograr un resultado más sólido y una correcta generalización a una muestra más representativa.

Palabras clave: esquizofrenia, técnicas cognitivas, revisión sistemática, tratamiento de los síntomas psicóticos, estudios controlados aleatorizados.

Abstract

Schizophrenia is known to be an extremely disabling psychiatric disorder for those who suffer from it; it is characterized by the presence of negative and positive symptoms and various functional, social and cognitive deficits. For its treatment, one of the most common choices is the use of cognitive therapies, as they have shown clear efficacy over the years in several studies. This review aims, by means of a systematic search of randomized controlled trials (RCTs) in databases such as Medline and PsycINFO, to evaluate the efficacy of various cognitive techniques versus the traditionally used therapy (TAU). The evidence found suggests that most of these techniques have favorable effects for the treatment of the disorder; however, these results are not sufficiently solid to be able to affirm conclusively the results obtained, as well as their possible generalization. A more exhaustive study of the various techniques would be required, controlling possible biases in depth to achieve a more solid product and a correct generalization to a more representative sample.

Keywords: schizophrenia, cognitive therapy, systematic reviews, treatment of psychotic symptoms, randomized controlled trials.

1. Introducción

Los trastornos psicóticos a pesar de tener una baja incidencia en comparación a otros tipos de trastornos psicológicos y psiquiátricos, suponen una gran discapacidad para las personas que los padecen. El denominador común de estos trastornos son las serias alteraciones del pensamiento y de la percepción, donde se incluyen las ideas delirantes y alucinaciones, una notable desorganización de la personalidad y del comportamiento y una grave distorsión del sentido de la realidad. Entre todos los trastornos dentro de esta clasificación e independientemente de las etiquetas diagnósticas, las principales psicosis abordadas desde la psicología y psiquiatría clínica son la esquizofrenia, las psicosis afectivas y esquizoafectivas, las psicosis breves y los trastornos delirantes y paranoicos. Entre las nombradas, la esquizofrenia (o del espectro de la esquizofrenia, por ser un grupo con etiología y clínica diferentes) es considerada la locura por definición y que afecta aproximadamente al 1% de la población (Godoy, 1991; Moreno, Godoy, Torres y López, 2003; Moreno, Jiménez, Godoy, Torres y Pérez, 2002; Moreno, Torres y Godoy, 2002; Moreno, Torres, Godoy y Luna, 2002). Los síntomas que la definen son heterogéneos y la delimitación de las fronteras con otros trastornos es compleja, aunque se sabe que ciertos procesos cognitivos, especialmente los relacionados con el pensamiento, la atención y la percepción están seriamente afectados (Godoy, Catena y Caballo, 1986; Godoy, Catena, Caballo y Puente, 1990; Godoy, Fernández, Catena y Puente, 1998; Godoy, Fernández, Muela et al., 1994, 1996).

Según el DSM-5, para que una persona sea diagnosticada con este tipo de trastorno deben estar presente al menos dos de los siguientes síntomas, entre los que se encuentran los delirios, las alucinaciones, el lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, que se deben manifestar de

forma significativa durante al menos un mes y, además, se debe haber producido alguna manifestación del trastorno durante al menos seis meses.

Conjuntamente con lo dicho, estas alteraciones deben influir de forma significativa en la vida personal, familiar, laboral o social del paciente. Entrando en detalles, en el DSM-5 el criterio principal incluye cuatro síntomas positivos y un síntoma negativo, y se establece que deben estar presentes al menos dos de ellos para el cumplimiento de este criterio; siendo los delirios, las alucinaciones o el discurso desorganizado alguno de estos. En cuanto al criterio dos y tres se tiene el deterioro de la vida diaria con respecto al nivel premórbido y la presencia de sintomatología por al menos seis meses con al menos un mes con el cumplimiento del primer criterio.

Finalmente, los criterios cuatro y cinco establecen la diferenciación con cualquier otro trastorno con el que comparte síntomas como puede ser el trastorno esquizoafectivo y si existe algún diagnóstico de trastorno del espectro autista o trastorno de comunicación en la infancia, al que se añadirá el diagnóstico de esquizofrenia, sólo si presenta ideas delirantes o alucinaciones durante al menos un mes respectivamente.

A pesar de que la investigación sobre la esquizofrenia ha sido muy amplia y ha abarcado mucho, aún no se conoce bien su causa; tampoco se dispone, a pesar de los importantes avances en el campo de la medicación antipsicótica, un tratamiento eficaz para todos los pacientes, y, por la misma razón, no se conoce ningún tipo de estrategia para su prevención primaria, secundaria y terciaria (Godoy, Godoy-Izquierdo y Vázquez, 2014).

Si se tiene en cuenta la diversidad de síntomas que la caracterizan, el tratamiento de la esquizofrenia debe estar orientado al control de estos y a la rehabilitación de los

déficits neuropsicológicos que se presenten en el paciente; para ello, se han utilizado y se utilizan actualmente diversas técnicas de terapia psicológica entre los que se encuentran las de control de síntomas que incluyen las técnicas de desactivación, técnicas de exposición, métodos operantes, terapias cognitivas y autocontrol y biofeedback; las terapias basadas en la rehabilitación de déficit en funciones básicas que incluye la rehabilitación cognitiva; las terapias basadas en el entrenamiento en habilidades complejas donde se encuentra el entrenamiento de habilidades sociales, el entrenamiento en resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades para el funcionamiento cotidiano y el entrenamiento en habilidades para el afrontamiento del estrés, y finalmente aquellas de aproximación comunitaria.

Entrando más en materia, lo ideal sería la utilización de antipsicóticos atípicos en conjunto con terapia psicológica y psicosocial para el caso de las esquizofrenias con síntomas dominantes de tipo positivo y la rehabilitación de los déficit en funciones básicas en las esquizofrenias del tipo negativo; complementariamente en ambos casos y con el ojo en la prevención de recaídas sería propio incluir en el tratamiento en habilidades complejas la intervención familiar y el entrenamiento en factores de protección como la autoeficacia (Godoy, 1991, 1995, 1996, 2001, 2008; Vázquez, Godoy-Izquierdo y Godoy, 2008a, b, c, 2010a, b).

Siguiendo la línea de las terapias psicológicas utilizadas para el tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia, sería importante destacar las terapias cognitivas utilizadas, como se nombró anteriormente, para el control de los síntomas; esta terapia surgió a principios de los años sesenta debido al descontento que predominaba entre grandes autores como Ellis y Beck, siendo desarrollada y formulada por este último. La influencia del ámbito clínico y académico a la actividad profesional de Beck hicieron que

esta terapia llevara emparejada desde un inicio un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales, así como indicadores de cómo conducir el proceso terapéutico (Ruíz, Díaz, Villalobos y González, 2017).

En esta revisión, se ha realizado un extenso análisis de diversas terapias cognitivas y el efecto que tienen estas frente a la terapia utilizada usualmente (TAU) con pacientes que sufren este tipo de patología. Entre estas terapias, están la Intervención Multimodal (IM), CIRCuiTS (tratamiento computarizado), Cognitive Remediation Therapy (CRT) computarizada, Integrated Neurocognitive Therapy (INT) considerada una CRT centrada en los déficits neuropsicológicos, Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) y Cognitive Adaptation Training (CAT), todas ellas consideradas terapias cognitivas de segunda generación y que han supuesto un pequeño avance en el tratamiento de la esquizofrenia y sus diversos síntomas.

Objetivos de la revisión

¿Las técnicas cognitivas para el Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia tienen eficacia?

Esta revisión sistemática responde a esta pregunta basándose en Estudios Controlados Aleatorizados (ECA), en los que se evalúan distintas técnicas cognitivas con personas con esquizofrenia.

2. Método

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño

Los participantes se asignan aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control, por lo que se incluyen Estudios Controlados Aleatorizados (ECA). Se han excluido otros estudios como revisiones sistemáticas, observacionales y cuasi-experimentales.

Población

Se incluyen los estudios con personas de entre 16 y 65 años con un trastorno psicótico, concretamente esquizofrenia. Se excluyen los estudios con una población de menores de 16 años puesto que esta revisión se centra en población adulta.

Intervención

Se incluyen los estudios donde el grupo control reciba la terapia utilizada usualmente (TAU), y donde el grupo de tratamiento reciban distintas técnicas cognitivas como: Intervención Multimodal (IM), CIRCuiTS (tratamiento computarizado), Cognitive Remediation Therapy (CRT) computarizada, Integrated Neurocognitive Therapy (INT) considerada una CRT centrada en los déficits neuropsicológicos, Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) y Cognitive Adaptation Training (CAT). Se excluyeron estudios con terapias de primera y tercera generación.

Comparador

Se incluyen estudios donde el grupo control reciba un tratamiento habitual (psiquiátrico, farmacológico o psicológico) y/o no reciba ningún tipo de tratamiento.

Medidas de resultado

Para esta revisión la medida de resultado de utilidad es el Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia, particularmente la reducción de los síntomas negativos y positivos. Se han incluido los estudios que midieran este trastorno con instrumentos de medida antes y después de la intervención.

Fuentes de información y búsqueda

El comienzo de la búsqueda de información para esta revisión ha sido en marzo de 2021. El recurso utilizado para realizar la búsqueda de información ha sido el PuntoQ, un portal electrónico para la búsqueda de información científica de la Universidad de La Laguna. En este portal se seleccionaron dos bases de datos que fueron PsycINFO y Medline (EBSCOhost).

La estrategia de búsqueda utilizada para esta revisión se basó en una elección de términos libres que engloban (1) primeramente a la población y medida de resultado de esquizofrenia: “esquizofrenia” OR “schizophrenia”; (2) seguidamente la intervención: “terapia cognitiva” OR “cognitive therapy” (3) y por último el diseño: “randomized controlled trials” OR “ECA” OR “estudio controlado aleatorizado”.

Estas palabras clave se buscaron primeramente en el título y abstract o resumen en cada una de las bases de datos y se añadió un filtro acotando los años desde 2015 a 2021 tanto en PsycINFO como en Medline. La estrategia de búsqueda completa se encuentra en el Anexo 1.

Selección de los estudios

Para la primera fase del proceso de selección se realizó una lista con los criterios de inclusión y exclusión que se encuentra en el Anexo 2. Una vez elegidos los criterios de inclusión y exclusión, se revisó el título y abstract de cada estudio de la cual se obtuvo

una primera selección de los estudios. Además, los estudios que no cumplían con los criterios fueron excluidos de la revisión. Los que cumplieron con los criterios pasaron a una segunda fase de lectura completa de cada estudio basada en los mismos criterios elegidos para la primera fase de selección.

Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgo

Ya seleccionados los estudios correspondientes se procedió al vaciado de datos en tabla a modo de resumen (Tabla 1). En esta tabla se recogió la información más relevante para la revisión como: autor, año de publicación y país, edad media, población, intervención y grupo comparador, seguimiento, medidas de resultado, instrumentos, resultados y conclusiones.

La selección y el proceso de extracción de datos fueron realizados por tres revisoras.

3. Resultados

Selección de los estudios incluidos

La primera fase de la búsqueda dio un resultado de 39 artículos, de los cuales 4 se eliminaron por la no accesibilidad al texto completo. De los 35 restantes se eliminaron 9 por ser revisiones sistemáticas o meta-análisis. De estos 26 estudios, quedaron 12 tras eliminar por abstract y por texto completo. Finalmente, se eliminaron tres por no cumplir los criterios de inclusión y otro por estar duplicado. La cifra final de estudios seleccionados fue ocho. En la Figura 1 se puede observar el diagrama de flujo según la declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010). En el Anexo 3 se encuentran las referencias y los criterios de exclusión de los artículos excluidos.

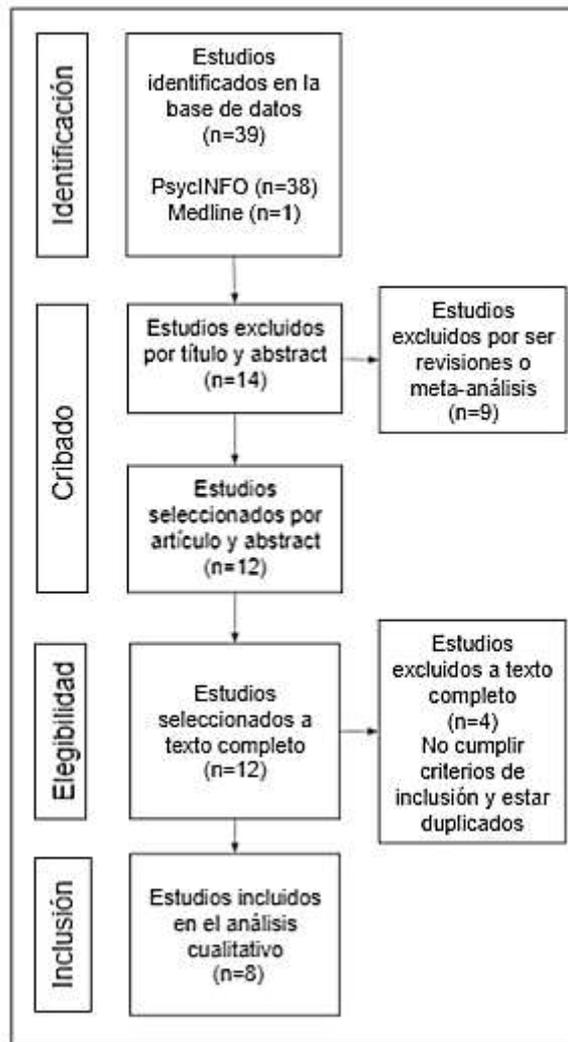


Figura 1. Diagrama de flujo.

Características de los estudios

Todos los datos acerca de la información de los estudios seleccionados se encuentran en la Tabla 1. De los estudios, dos fueron realizados en Estados Unidos, dos en Suiza (Berna), uno en Colombia, uno en Turquía, uno en Reino Unido, uno en España y uno en Japón. Uno de los estudios de Estados Unidos fue realizado en población afroamericana. Todos los estudios utilizan una población mayor a 16 años, incluyendo mujeres y hombres. Cuatro de los estudios fueron realizados en población con diagnóstico de esquizofrenia, otros cuatro con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno

esquizoafectivo y un estudio con población diagnosticada con esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar tipo I (TAB).

Respecto a los tipos de intervención, todos los grupos tratados con técnicas cognitivas son comparados con un grupo que sigue el tratamiento tradicional (TAU del inglés *treatment as usual*). El estudio de Velligan et al. (2015) utiliza tres grupos además del TAU: el primero utiliza Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp), una terapia que identifica y altera los sesgos que contribuyen a que los síntomas positivos se mantengan; el segundo grupo utiliza Cognitive Adaptation Training (CAT), que utiliza apoyos ambientales para compensar los impedimentos en funcionamiento cognitivo y mejora el funcionamiento diario; y por último, un grupo con Multi-modal Cognitive treatment, que combina CBTp y CAT.

En el caso del estudio de Grant, Bredemeier y Beck (2017), el tratamiento elegido es Recovery-oriented Cognitive Therapy (CT-R), que trata de neutralizar creencias y actitudes negativas mientras se activan las positivas, mejorando la adaptación de la persona a la comunidad. Por otro lado, el realizado por Mueller, Schmidt y Roder (2015) se utiliza Integrated Neurocognitive Therapy (INT), que combina entrenamiento neurocognitivo y sociocognitivo, y esta técnica se utiliza en otro estudio seleccionado, de Mueller, Khalesi, Benzing, Castiglione y Roder, (2017).

En el estudio de Díaz-Zuluaga et al. (2017), se interviene a personas con esquizofrenia o con TAB, siendo la intervención elegida una intervención multimodal (IM), que utiliza terapia cognitivo-conductual adaptada a las necesidades del paciente, frente a la tradicional (IT o TAU). Reeder et al. (2017), utiliza un programa computarizado llamado CIRCuiTS (Computerised Interactive Remediation of Cognition

– a Training for Schizophrenia) que consiste en un programa de Remediación Cognitiva (CR) junto a la terapia tradicional (TAU) frente a un grupo en el que se utiliza solo TAU.

Gomar et al. (2015), en su estudio utilizaron tres grupos, uno con TAU, otro con Cognitive Remediation Therapy (CRT), un programa online computarizado que se centra en memoria, atención y funcionamiento ejecutivo y, por último, un grupo control (CC) con el mismo número de sesiones que el CRT, pero utilizando un programa de mecanografía, así como hacían otros juegos computarizados como crucigramas y aprendían habilidades básicas de navegación por Internet. Y, por último, el estudio de Iwata et al. (2017) que tiene un grupo de rehabilitación cognitiva que utiliza un programa llamado CogPack, donde se entrenan diferentes capacidades cognitivas.

Los instrumentos de medida que se utilizan en los estudios son todos diversos en cuanto a los utilizados para medir las capacidades cognitivas. Sin embargo, todos utilizan escalas para medir los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia, utilizando todos uno de los dos siguientes: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) o la Escala para Evaluación de Síntomas Negativos (SANS del inglés *Scale for Assessment of Negative Symptoms*) junto con la Escala para Evaluación de Síntomas Positivos (SAPS del inglés *Scale for Assessment of Positive Symptoms*). El período de seguimiento oscila entre tres meses y dos años, siguiendo seguimientos distintos cada tratamiento.

Respecto a las limitaciones de este estudio, se encuentra en el de Gomar et al. (2015) que existe un 17% de abandono en el grupo de CRT. Además, se encontraron efectos negativos en este grupo, pero si se realizan ensayos controlados mejores y más largos de CRT en papel y lápiz estos resultados podrían mejorar. Por otro lado, el de Iwata et al., (2017) tiene como limitaciones no controlar la dosis ni el tipo de medicación de los sujetos, algo necesario puesto que influye en el funcionamiento cognitivo.

Tampoco tiene evidencia clara de mostrar mejora cognitiva más allá de las medidas sociales asociadas a rehabilitación psiquiátrica.

En cuanto al estudio con INT de Mueller, Schmidt y Roder (2015), se encuentra que en los resultados existe una influencia de la adherencia a la medicación que no es eliminable. Además, los participantes eran más jóvenes e inteligentes que en otras muestras, lo cual puede limitar la generalización. También es destacable que el instrumento GAF utilizado puede no ser el adecuado y tampoco existe un grupo control activo. En cuanto al estudio, también con INT, de Mueller, Khalesi, Benzing, Castiglione y Roder (2017), las calificaciones de la PANSS muestran menor calidad en los síntomas negativos y menor reducción de síntomas. Los periodos de tiempo elegidos para los criterios de inclusión pueden ser cortos respecto a los síntomas negativos persistentes y el tamaño de la muestra puede ser pequeño para detectar efectos pequeños o medianos.

En el estudio de Grant, Bredemeier y Beck (2017) la muestra era relativamente pequeña, por lo que se crearon limitaciones a nivel estadístico. Por otra parte, en el de Velligan et al. (2015) se encuentra el abandono por parte de varios participantes debido a pérdida de interés y por ambiente poco seguro, obteniendo datos solo de 142 de los 166 que se aleatorizaron.

Por último, en cuanto al estudio de Reeder et al. (2017) se encuentra que el número medio de sesiones fue inferior al que se preveía siendo posiblemente insuficiente, además de que la muestra puede haber sido demasiado pequeña para encontrar efectos moderados. Y en cuanto al estudio de Díaz-Zuluaga et al., (2017) se observa ausencia de cegamiento en pacientes y evaluadores, así como presencia de intervenciones paralelas al programa que podían afectar los resultados. También, los participantes tenían múltiples

comorbilidades médicas y psiquiátricas, consumo de sustancias psicoactivas y consumo heterogéneo de fármacos.

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

DATOS	1° Artículo	2° Artículo	3° Artículo	4° Artículo	5° Artículo	6° Artículo	7° Artículo	8° Artículo
Autor/as, año y país	Reeder et al., 2017. Reino Unido	Díaz-Zuluaga et al., (2016). Colombia	Mueller, D., Khalesi, Z., Benzing, V., Castiglione, C. I. y Roder, V. (2017) Suiza	Velligan et al., (2015) Estados Unidos	Grant, P.M., Bredemeier, K., Beck, A.T. (2017) Estados Unidos	Gomar et al. (2015) España	Iwata, K., Matsuda, Y., Sato, S., Furukawa, S., Watanabe, Y., Hatsuse, N. y Ikebuchi, E. (2017) Japón	Mueller, D., Schmidt, S. y Roder, V. (2015) Suiza
Edad media y % mujeres y hombres	38,3 años 35,5% Mujer 64,5% Hombre	40,1 años 83,5% Hombre 16,5% Mujer	Entre 18 y 50 años 75,9% Hombre (INT) y 79,4% Hombre (TAU) 24,1% Mujer (INT) y 20,6% Mujer (TAU)	40,6 años 52,11% Hombres 47,89 % Mujeres	38,4 33% Mujeres	45,40 años 74,42% Hombre 25,58% Mujer	34,2 años (CR) y 34,5 años (TAU) 24,14% Hombre (CR) y 25,8% (TAU) 75,86% Mujer (CR) y 74,2% (TAU)	34,6 años (INT) y 33,8 años (TAU) 64,2% Hombre (INT) y 74,7% Hombre (TAU) 35,8% Mujer (INT) y 25,3% Mujer (TAU)

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Población	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo	Personas con esquizofrenia y trastorno bipolar tipo 1.	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo	Personas con esquizofrenia	Personas con esquizofrenia y esquizoafectivo
	N = 93	N = 302	N = 61	N= 142	N= 60	N=43	N=60	N=156
Intervención y comparador	(1) CIRCuiTS (2) Grupo control TAU	(1) PRISMA (2) Grupo control TAU	(1) INT (2) Grupo control TAU	(1) TAC (2) TCC (3) MCog (4) Grupo control TAU	(1) CT-R (2) Grupo control TAU	1. Rehabilitación cognitiva 2. Control 3. TAU	1. Rehabilitación cognitiva (+ TAU) 2. Grupo control TAU	(1) INT (2) Grupo control TAU
Seguimiento	0, 3 y 6 meses	0, 6 y 12 meses	0, 4 meses y 1 año	0, 3, 6, 12 y 15 meses	0, 6, 12, 18 y 24 meses	0 y 6 meses (aprox.)	0 y 12 semanas (aprox.)	0, 15 y 37 semanas
Medidas de resultado	(1) Esquizofrenia (2) Síntomas positivos y negativos	(1) Esquizofrenia (2) TAB tipo I	(1) Síntomas negativos graves	(1) Síntomas positivos y negativos (2) Funcionamiento	(1) Funcionamiento global (2) Síntomas positivos y negativos	(1) Funcionamiento cognitivo (2) Síntomas positivos y negativos	(1) Funcionamiento cognitivo (2) Funcionamiento social (3) Síntomas positivos y negativos	(1) Funcionamiento cognitivo (2) Cognición social (3) Síntomas positivos y negativos

Tabla 1

Características de los estudios incluidos

Instrumentos	PANSS, WAIS-III-UK, ROCF, WCST y Time Use Survey.	AG-12, TEMPS-A, FAST, Búsqueda de sensaciones (Zuckerman), BIS.11, SAI-E	PANSS, GAF, Trail Making Test, d2, AVLT, WCST, EMOREC y FEDA	BPRS, MCAS, Escala de Calificación de Alucinaciones Auditivas y Escala de Calificación de Delirios	Escala de Evaluación Global, Escala de Evaluación de Síntomas Negativos y Escala de Evaluación de Síntomas Positivos	PANSS, WAIS-III, BADS, RMBT, UPSA, Test de Stroop, TMT, FAS, WMS-III	PANSS, LASMI, BACS-J.	PANSS, GAF, PFA, Emorec, SCST-R, AIHQ, TMT, COWAT, CPT, d2, WMS-R, AVLT, LNS, WCST
Conclusiones	CIRCUITS mejoró el rendimiento de la memoria visual inmediata. Aumento de la actividad estructurada después de terapia	PRISMA no evidencia cambios en las variables estudiadas en esquizofrenia ni en trastorno bipolar tipo 1	Las tasas de remisión del SNS después de la terapia fueron significativamente mayores para la INT en comparación con la TAU	El TAC mejoró el funcionamiento y redujo los síntomas, pero no se cumple la hipótesis de que la combinación de TAC y TCC produce mejores resultados.	La CT-R produjo efectos favorables y duraderos que estuvieron presentes incluso entre los individuos con la enfermedad más crónica.	La rehabilitación cognitiva (CRT) computarizada no es efectiva en esquizofrenia	Los que recibieron RC más TAU tuvieron mejora en funcionamiento cognitivo y social. RC podría mejorar la eficacia clínica en programas psiquiátricos mejorando el funcionamiento social.	INT es una terapia eficaz con potencial para mejorar el funcionamiento en esquizofrenia

Riesgo de sesgo

Los estudios incluidos en esta investigación presentan una metodología con ensayos controlados aleatorizados (ECAs), la cual presenta el nivel de investigación experimental más alto según los niveles de evidencia, aunque se han analizado los sesgos más elementales y relevantes para esta revisión (Tabla 2).

Los estudios incluidos en esta revisión realizaron la asignación a los grupos de intervención de manera aleatoria. En el caso de los estudios de Velligan et al. (2015), Reeder et al., (2017) y Mueller, Schmidt y Roder (2015) presentan “riesgo bajo” de sesgo de selección, ya que la asignación a las intervenciones se hizo de manera aleatoria con un algoritmo de minimización que garantiza el equilibrio en cuanto a género y edad. Los artículos de Díaz-Zuluaga et al. (2017), Mueller, Khalesi, Benzing, Castiglione y Roder (2017), Grant, Bredemeier y Beck (2017), Gomar et al. (2015) e Iwata et al. (2017) presentan un “riesgo alto”, pues la asignación se realizó de manera aleatoria pero no detallan el método de aleatorización empleado, por lo que existe ocultamiento de la asignación.

En cuanto al sesgo de detección, Reeder et al. (2017), Velligan et al. (2015), Iwata et al. (2017) y Díaz-Zuluaga et al. (2017) son valorados como “riesgo alto”, puesto que el primero, el segundo y el tercero no proporcionan ninguna información sobre el cegamiento de los evaluadores y el cuarto, asume la limitación de la ausencia de cegamiento en los evaluadores. Los estudios de Grant, Bredemeier y Beck (2017), Mueller, Khalesi, Benzing, Castiglione y Roder (2017), Mueller, Schmidt y Roder (2015) y Gomar et al. (2015) son valorados como “riesgo bajo” ya que especifican la presencia de cegamiento de los evaluadores.

Tabla 2.

Resumen del riesgo de sesgo de los estudios incluidos.

	Sesgo de selección		Sesgo de detección
	Generación de la secuencia	Ocultamiento de la asignación	Cegamiento de participantes y del personal
Díaz-Zuluaga et al. (2017)	+	+	+
Gomar et al. (2015)	+	+	-
Iwata et al. (2017)	+	+	+
Mueller et al. (2015)	-	-	-
Mueller et al. (2017)	+	+	-
Paul M. Grant, Ph.D., Keith Bredemeier, Ph.D. y Aaron T. Beck, M.D. (2017)	+	+	-
Reeder et al. (2017)	-	-	+
Velligan et al. (2015)	-	-	+

Nota: +: alto riesgo; -: bajo riesgo

4. **Discusión**

Resumen de la evidencia

En esta revisión sistemática se han incluido ocho ensayos controlados aleatorizados con una muestra de personas con Trastorno del Espectro de la esquizofrenia

comprendiendo países como Estados Unidos, Suiza, Colombia, Turquía, Reino Unido, España y Japón.

En cuanto a los resultados obtenidos en cada caso (véase Tabla 3), la mayoría ha seguido una línea favorable salvo la técnica de PRISMA y la técnica utilizada en el estudio de Gomar et al. (2015). Para el caso de CIRCuiTS, los resultados establecieron que se puede aplicar tanto en sesiones dirigidas por el terapeuta como en sesiones independientes. El programa mejoró el rendimiento de la memoria visual inmediata, que depende de las habilidades organizativas ejecutivas para una codificación eficaz, y esta mejora se mantuvo durante el seguimiento de 3 meses. También dio lugar a un aumento de la actividad estructurada después de la terapia. Como se nombró anteriormente, el estudio con PRISMA no evidencia cambios en las variables psicológicas en pacientes con trastorno bipolar tipo I y esquizofrenia, quienes estuvieron en un programa de intervención multimodal que incluía terapia cognitivo conductual, en comparación con la intervención tradicional.

En referencia a la terapia INT, los resultados destacaron que las tasas de remisión del SNS después de la terapia fueron significativamente mayores para la INT en comparación con la TAU. Es decir, la mitad de pacientes INT mostraron remisión de los síntomas después de la terapia de tres meses y casi un 78% lo hicieron luego del seguimiento de un año; a pesar de que la TAU obtuviera resultados favorables también, los obtenidos por los pacientes INT fueron significativamente mayor tanto durante la terapia como en el seguimiento; un estudio que utilizaba la misma técnica pero anterior al nombrado previamente, demostró mejoras significativas en algunos dominios neuro y sociocognitivos, en síntomas de esquizofrenia y en resultados funcionales en los sujetos sometidos al INT comparado con el grupo con

TAU. Se comenta que una terapia de mayor duración podría dar mejoras en algunos dominios de memoria. También, es importante comentar que los resultados funcionales están más relacionados con la cognición social que con la neurocognición, por lo que un programa de rehabilitación neurocognitiva por sí solo no es suficiente para ello. La reducción significativa de los síntomas negativos, que se mantiene a largo plazo, puede deberse a las mejoras en neuro y sociocognición.

Para el estudio que incluía TAC, TCC y MCog, siendo esta una fusión de las dos primeras, se encontró que la TAC mejoró el funcionamiento de la comunidad así como ayudó a disminuir las alucinaciones auditivas y los trastornos relacionados en comparación con los pacientes sin ella; sin embargo, los resultados del estudio no apoyaron la hipótesis de que la combinación de TAC y TCC (MCog) produciría mejores resultados al igual que se evidenció que la TCC no dio resultados favorables para la mejora de síntomas. Así mismo, los resultados de la TCC no fueron favorables a la hora de mejorar los síntomas positivos y el malestar asociado. Siguiendo esta línea, la terapia CT-R produjo efectos duraderos y favorables tanto para los síntomas positivos y negativos como para el funcionamiento global y estos estuvieron presentes incluso entre los individuos con la enfermedad más cronificada. La duración de la enfermedad moderó los efectos del tratamiento sobre el funcionamiento global, por lo que aquellos que tenían una enfermedad menos crónica empezaron a mostrar mejoras antes. Para el caso del estudio en el que se utiliza RC (CRT) y CC frente a la terapia tradicional, muestran que en cuanto a los resultados de medidas cognitivas, se demuestra mejoría o en los tres grupos o en el grupo CC o TAU más que en el grupo que utiliza CRT. Por tanto, se demuestra que este tipo de rehabilitación cognitiva computarizada no es eficaz en cuanto al funcionamiento cognitivo. En el resto de medidas tampoco encontraron una eficacia mayor que en los grupos controles. Finalmente, en el estudio con RC (CogPack) se

encontró que en comparación al grupo al que solo se le administró el tratamiento tradicional, el hecho de sumarle la rehabilitación cognitiva dio como resultado una mejora del funcionamiento cognitivo y social, así como de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. En algunos resultados se encontró correlación entre la mejora del funcionamiento cognitivo y la mejora del funcionamiento social. Resaltar que se encontró una mejora significativa especialmente en tres dominios de BACS-J: velocidad de procesamiento, funcionamiento ejecutivo y puntuación compuesta.

Tabla 3.

Resumen eficacia de las intervenciones incluidas en la revisión.

	Técnicas Cognitivas	Tratamiento tradicional (TAU)
Velligan et al. (2015)	No	-
Grant et al. (2017)	Sí	-
Díaz-Zuluaga et al. (2017)	No	No
Reeder et al. (2017)	Sí	-
Gomar et al. (2015)	No	Sí
Iwata et al. (2017)	Sí	-
Mueller et al. (2015)	Sí	-
Mueller et al. (2017)	Sí	Sí

Limitaciones

La principal limitación de esta revisión ha sido evaluar los riesgos de sesgo elementales de los estudios finalmente seleccionados existiendo la posibilidad de que la metodología de la evidencia científica de los estudios no sea adecuada, no habiendo realizado un análisis individual de los ECAs incluidos. Como también, no realizar una búsqueda mayor utilizando otras bases de datos, así como solo utilizar estudios

publicados en español o en inglés. Por último, otra limitación ha sido no tener un rango más amplio en cuanto al año de publicación, habiendo descartado estudios más longevos.

Asimismo, las limitaciones de las investigaciones en cuanto al número reducido de la muestra y la baja duración del tratamiento complican la eficacia de los resultados obtenidos, su generalización y conclusiones.

5. Conclusiones

La presente revisión presenta cambios sólidos para la mayoría de los estudios, excepto para dos de ellos, por lo que las técnicas cognitivas (TC) para el Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia son eficaces en mayor medida que el tratamiento habitual (TAU).

Se observó que CT-R y Rehabilitación Cognitiva con CogPack mejoraban el funcionamiento global (cognitivo y social) y los síntomas positivos y negativos. En cuanto, a la INT tanto en el estudio de 2015 como en el de 2017 se observa mejora de funcionamiento social y de síntomas negativos, sin embargo, en 2017 se incluye un incremento de funcionamiento cognitivo. Tanto CIRCuiTS como TAC muestran una mejora significativa en los síntomas positivos y la funcionalidad cognitiva.

Por el contrario, PRISMA y CRT no muestran una mejoría de los síntomas ni la funcionalidad cognitiva del trastorno, esto se debe a el corto tiempo de tratamiento psicoterapeutico en la primera técnica cognitiva y a la similitud entre grupos de tratamiento en la segunda técnica.

No obstante, para poder generalizar estos resultados sería necesario analizar más estudios sobre las técnicas cognitivas y así confirmar la eficacia que tienen en el Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia.

6. Referencias

- Acuña, V., Otto, A., Cavieres, A., y Villalobos, H. (2021). Efficacy of Metacognitive Training in a Chilean Sample of People with Schizophrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.rcp.2020.12.006>
- Alarcón, M., Ojeda, R. C., Ticse, I. L., y Cajachagua, K. (2015). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo. *Revista Estomatológica Herediana*, 25(4), 304-308.
- Bighelli, I., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., ... & Leucht, S. (2018). Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: a systematic review and single-group meta-analysis. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-10. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1186/s12888-018-1964-8>
- Caballo, E. V., Salazar, C. I., y Carrobbles, J. A. (2014). Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en Godoy, J. F., Godoy-Izquierdo, D., y Vázquez, M. L. (Ed.). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 395–426). Madrid: Pirámide.
- De Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. D. C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., y Ferre, G. C. (2021). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 999–1012. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/jan.14627>

- Díaz-Zuluaga, A. M., Vargas, C., Duica, K., Richard, S., Palacio, J. D., Agudelo Berruecos, Y., Ospina, S., y López-Jaramillo, C. (2017). Impact of a Multimodal Intervention on the Psychological Profile of Schizophrenic and Bipolar I Patients: A Study of PRISMA Program. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(2), 56–64. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.rcp.2016.03.003>
- Eack, S. M., Newhill, C. E., y Keshavan, M. S. (2016). Cognitive enhancement therapy improves resting-state functional connectivity in early course schizophrenia. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2), 211–230. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1086/686538>
- García-Fernández, L., Cabot-Ivorra, N., Rodríguez-García, V., Pérez-Martín, J., Dompablo, M., Pérez-Gálvez, B., y Rodríguez-Jimenez, R. (2019). Computerized cognitive remediation therapy, REHACOM, in first episode of schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 281. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.psychres.2019.112563>
- Gold, C. (2015). Dose and effect in CBT for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 207(3), 269. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1192/bjp.207.3.269>
- Gomar, J. J., Valls, E., Radua, J., Mareca, C., Tristany, J., del Olmo, F., ... McKenna, P. J. (2015). A multisite, randomized controlled clinical trial of computerized cognitive remediation therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1387–1396. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1093/schbul/sbv059>
- Grant, P. M., Bredemeier, K., y Beck, A. T. (2017). Six-month follow-up of recovery-oriented cognitive therapy for low-functioning individuals with schizophrenia.

Psychiatric Services, 68(10), 997–1002. doi: <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1176/appi.ps.201600413>

Higgins JPT, Green S. (2011) *Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones*. The Cochrane Collaboration

Ikebuchi, E., Sato, S., Yamaguchi, S., Shimodaira, M., Taneda, A., Hatsuse, N., Watanabe, Y., Sakata, M., Satake, N., Nishio, M., y Ito, J. (2017). Does improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy effect work outcomes in severe mental illness? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(5), 301–308. doi: <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1111/pcn.12486>

Iwata, K., Matsuda, Y., Sato, S., Furukawa, S., Watanabe, Y., Hatsuse, N., y Ikebuchi, E. (2017). Efficacy of cognitive rehabilitation using computer software with individuals living with schizophrenia: A randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1), 4–11. doi: <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1037/prj0000232>

Jauhar, S., McKenna, P. J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R., y Laws, K. R. (2014). Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204(1), 20–29. doi: <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1192/bjp.bp.112.116285>

Li, Z.-J., Guo, Z.-H., Wang, N., Xu, Z.-Y., Qu, Y., Wang, X.-Q., Sun, J., Yan, L.-Q., Ng, R. M. K., Turkington, D., y Kingdon, D. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: A multicentre randomized controlled trial in Beijing,

- China. *Psychological Medicine*, 45(9), 1893–1905. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1017/S0033291714002992>
- Linke, M., Jankowski, K. S., Wichniak, A., Jarema, M., y Wykes, T. (2019). Effects of cognitive remediation therapy versus other interventions on cognitive functioning in schizophrenia inpatients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(3), 477–488. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1080/09602011.2017.1317641>
- Loubat, M., y Astudillo-Zúñiga, A. (2019). Revisión sistemática (2010-2017) de los instrumentos de evaluación y programas de rehabilitación de la cognición social utilizados con personas con esquizofrenia. *Terapia Psicológica*, 37(3), 295–316. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.4067/S0718-48082019000300295>
- Moritz, S., Mahlke, C. I., Westermann, S., Ruppelt, F., Lysaker, P. H., Bock, T., y Andreou, C. (2018). Embracing psychosis: A cognitive insight intervention improves personal narratives and meaning-making in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), 307–316. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1093/schbul/sbx072>
- Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., Callcott, P., Christodoulides, T., Dudley, R., French, P., Lumley, V., Tai, S. J., y Turkington, D. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: An exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 1049–1056. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1017/S0033291711001899>
- Mortan, O., Tekinsav, S., Yesilyurt, S., Turan, S., y Gunes, B. (2019). Comparison of the effectiveness of two cognitive-behavioral group therapy programs for schizophrenia: Results of a short-term randomized control trial. *Community Mental Health Journal*,

56(2), 222-228. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1007/s10597-019-00448-y>

Mueller, D. R., Schmidt, S. J., y Roder, V. (2015). One-year randomized controlled trial and follow-up of integrated neurocognitive therapy for schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 604–616. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1093/schbul/sbu223>

Mueller, D. R., Khalesi, Z., Benzing, V., Castiglione, C. I., y Roder, V. (2017). Does integrated neurocognitive therapy (INT) reduce severe negative symptoms in schizophrenia outpatients? *Schizophrenia Research*, 188, 92–97. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.schres.2017.01.037>

Murow, E., y Unikel, C. (1997). La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. *Salud Mental*, 20(3), 35–40.

Nowak, I., Sabariego, C., Świtaj, P., y Anczewska, M. (2016). Disability and recovery in schizophrenia: A systematic review of cognitive behavioral therapy interventions. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-15. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1186/s12888-016-0912-8>

Penadés, R., López-Vílchez, I., Catalán, R., Arias, B., González-Rodríguez, A., García-Rizo, C., Masana, G., Ruíz, V., Mezquida, G., y Bernardo, M. (2018). BDNF as a marker of response to cognitive remediation in patients with schizophrenia: A randomized and controlled trial. *Schizophrenia Research*, 197, 458–464. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.schres.2017.12.002>

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)

- Pérez-Fernández, M. (2013). Evidence of the effectiveness of cognitive rehabilitation in psychosis and schizophrenia with the REHACOP programme. *Revista de Neurología*, 56(7), 400.
- Perona-Garcelán, S., y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. *Psicothema*, 14(1), 26–33.
- Piñón-Blanco, A., Vergara-Moragues, E., Fernández-Martínez, R., Gutiérrez-Martínez, O., Álvarez-Couñago, M. C., Martínez-Reglero, C., Rivera-Baltanás, T., Otero-Lamas, F., Olivares-Diez, J. M., y Spuch-Calvar, C. (2020). Efectividad del programa de intervención «El Trisquel» en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(5), 209–219.
- Ramírez, C. A. D., y Correa, D. C. (2018). Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 73–86.
- Reeder, C., Huddy, V., Cella, M., Taylor, R., Greenwood, K., Landau, S., y Wykes, T. (2017). A new generation computerised metacognitive cognitive remediation programme for schizophrenia (CIRCuiTS): A randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(15), 2720–2730. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1017/S0033291717001234>
- Reser, M. P., Slikboer, R., y Rossell, S. L. (2019). A systematic review of factors that influence the efficacy of cognitive remediation therapy in schizophrenia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 624–641. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1177/0004867419853348>

- Rodríguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Mariño, C., y Ríos-Lago, M. (2017). Eficacia de la rehabilitación cognitiva de la atención, funciones ejecutivas y memoria operativa en los trastornos psicóticos Revisión sistemática. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45(4), 167–178.
- Ruíz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2011). Terapia cognitiva en Ruíz, M. A., Díaz, M. I., Villalobos, A., y González, M. P (Ed.). *Manual de técnicas cognitivo conductuales* (pp. 363-379). Bilbao: Desclée Brouwer.
- Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Polo-López, R., Iruín, A., y Echeburúa, E. (2019). Preventing cognitive decline in chronic schizophrenia: Long-term effectiveness of integrated psychological therapy and emotional management training. *Psicothema*, 31(2), 114–120.
- Steel, C., van der Gaag, M., Korrelboom, K., Simon, J., Phiri, P., Baksh, M. F., Wykes, T., Rose, D., Rose, S., Hardcastle, M., Enright, S., Evans, G., y Kingdon, D. (2015). A randomised controlled trial of positive memory training for the treatment of depression within schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-5. doi: <https://doi-org.accedys2.bbt.ull.es/10.1186/s12888-015-0453-6>
- Suárez-Salazar, J. V., Fresán-Orellana, A., y Saracco-Álvarez, R. A. (2020). Facial emotion recognition and its association with symptom severity, functionality, and cognitive impairment in schizophrenia: Preliminary results. *Salud Mental*, 43(3), 105–112.
- Urrútia, G., y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina clínica*, 135(11), 507-511.
- Velligan, D. I., Tai, S., Roberts, D. L., Maples-Aguilar, N., Brown, M., Mintz, J., y Turkington, D. (2015). A randomized controlled trial comparing cognitive behavior

therapy, Cognitive Adaptation Training, their combination and treatment as usual in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 597–603. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1093/schbul/sbu127>

Ventura, J., Subotnik, K. L., Gretchen-Doorly, D., Casaus, L., Boucher, M., Medalia, A., Bell, M. D., Helleman, G. S., y Nuechterlein, K. H. (2019). Cognitive remediation can improve negative symptoms and social functioning in first-episode schizophrenia: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 203, 24–31. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.schres.2017.10.005>

Vigil, T. M., Orellana, A. F., García, R. R., y Correa, M. D. (2015). La terapia cognitivo conductual y los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 38(5), 371–377. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.17711/SM.0185-3325.2015.050>

Wang, L.-Q., Chien, W. T., Yip, L. K., y Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12.

Zuluaga, A. M. D., Duica, K., Galeano, C. R., Vargas, C., Berruecos, Y. A., Ospina, S., y López-Jaramillo, C. (2018). Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 4–12. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.rcp.2017.01.006>

7. Anexos

Anexo 1: Estrategias de búsqueda

PsycINFO

TX ((“Esquizofrenia” OR “Schizophrenia”) AND (“terapia cognitiva” OR “cognitive therapy”) AND (“eficacia” OR “efficacy”) AND (“estudios controlados aleatorizados” OR “ECA” OR “randomized controlled trial”)) **Filtro:** año de publicación (2015-2021).

Medline

((“Esquizofrenia” OR “Schizophrenia”) AND (“terapia cognitiva” OR “cognitive therapy”) AND (“eficacia” OR “efficacy”) AND (“estudios controlados aleatorizados” OR “ECA” OR “randomized controlled trial”)) **Filtro:** año de publicación (2015-2021).

Anexo 2. Criterios de selección

Población:

- Personas con Trastorno del espectro de la Esquizofrenia (I)
- Población adulta (I)
- Población infantil (E)

Intervención:

- Remediación Cognitiva Metacognitiva (CIRcuiTS) (I)
- Intervención Multimodal (PRISMA) (I)
- Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) (I)
- Cognitive Adaptation Training (CAT) (I)
- Multi-modal Cognitive treatment (I)
- Recovery-oriented Cognitive Therapy (CT-R) (I)
- Integrated Neurocognitive Therapy (INT) (I)
- Cognitive Remediation Therapy (CRT) (I)
- Cognitive Remediation Group (CogPack) (I)
- Otros (E)

Comparador:

- Tratamiento tradicional (TAU)

Medidas de resultado:

- Trastorno del espectro de la Esquizofrenia (I)

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión

Tabla 4

Estudios excluidos y motivos de exclusión.

Referencia del estudio	Motivo exclusión
Ruiz-Iriondo, M., Salaberria, K., Polo-López, R., Iruín, A., y Echeburúa, E. (2019). Preventing cognitive decline in chronic schizophrenia: Long-term effectiveness of integrated psychological therapy and emotional management training. <i>Psicothema</i> , 31(2), 114–120.	Comparador
Suárez-Salazar, J. V., Fresán-Orellana, A., y Saracco-Álvarez, R. A. (2020). Facial emotion recognition and its association with symptom severity, functionality, and cognitive impairment in schizophrenia: Preliminary results. <i>Salud Mental</i> , 43(3), 105–112.	Intervención
De Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. D. C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., y Ferre, G. C. (2021). Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 77(2), 999–1012. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/jan.14627	Intervención
Penadés, R., López-Vílchez, I., Catalán, R., Arias, B., González-Rodríguez, A., García-Rizo, C., Masana, G., Ruíz, V., Mezquida, G., y Bernardo, M. (2018). BDNF as a marker of response to cognitive remediation in patients with schizophrenia: A randomized and controlled trial. <i>Schizophrenia Research</i> , 197, 458–464. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.schres.2017.12.002	Población
Moritz, S., Mahlke, C. I., Westermann, S., Ruppelt, F., Lysaker, P. H., Bock, T., y Andreou, C. (2018). Embracing psychosis: A cognitive insight intervention improves personal narratives and meaning-making in patients with schizophrenia. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 44(2), 307–316. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1093/schbul/sbx072	Intervención

<p>Zuluaga, A. M. D., Duica, K., Galeano, C. R., Vargas, C., Berruecos, Y. A., Ospina, S., y López-Jaramillo, C. (2018). Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>, 47(1), 4–12. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1016/j.rcp.2017.01.006</p>	Intervención
<p>Murow, E., y Unikel, C. (1997). La musicoterapia y la terapia de expresión corporal en la rehabilitación del paciente con esquizofrenia crónica. <i>Salud Mental</i>, 20(3), 35–40.</p>	Intervención
<p>Perona-Garcelán, S., y Cuevas-Yust, C. (2002). Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia. <i>Psicothema</i>, 14(1), 26–33.</p>	Población
<p>Ikebuchi, E., Sato, S., Yamaguchi, S., Shimodaira, M., Taneda, A., Hatsuse, N., Watanabe, Y., Sakata, M., Satake, N., Nishio, M., y Ito, J. (2017). Does improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy effect work outcomes in severe mental illness? A secondary analysis of a randomized controlled trial. <i>Psychiatry and Clinical Neurosciences</i>, 71(5), 301–308. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1111/pcn.12486</p>	Población
<p>Wang, L.-Q., Chien, W. T., Yip, L. K., y Karatzias, T. (2016). A randomized controlled trial of a mindfulness-based intervention program for people with schizophrenia: 6-month follow-up. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i>, 12.</p>	Intervención
<p>Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., Callcott, P., Christodoulides, T., Dudley, R., French, P., Lumley, V., Tai, S. J., y Turkington, D. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: An exploratory trial. <i>Psychological Medicine</i>, 42(5), 1049–1056. doi: https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1017/S0033291711001899</p>	Diseño

Mortan, O., Tekinsav, S., Yesilyurt, S., Turan, S., y Gunes, B. (2019). Comparison of the effectiveness of two cognitive-behavioral group therapy programs for schizophrenia: Results of a short-term randomized control trial. *Community Mental Health Journal*, 56(2), 222-228. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1007/s10597-019-00448-y> Comparador

Linke, M., Jankowski, K. S., Wichniak, A., Jarema, M., y Wykes, T. (2019). Effects of cognitive remediation therapy versus other interventions on cognitive functioning in schizophrenia inpatients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(3), 477-488. doi: <https://doi-org.accedys2.bbtck.ull.es/10.1080/09602011.2017.1317641> Comparador
